

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ

JANUSZ KIRENKO

PSYCHOSPOŁECZNE PRZYSTOSOWANIE  
OSÓB Z PARAPLEGIĄ



LUBLIN 1991



WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ

JANUSZ KIRENKO

PSYCHOSPOŁECZNE PRZYSTOSOWANIE  
OSÓB Z PARAPLEGIĄ



1000026368



LUBLIN 1991

RECENZENCI

Prof. dr hab. Aleksander Hulek

Prof. dr hab. Adam Pąchalaki

REDAKTOR

Alicja Zagórska-Czarnecka

474/139

**Biblioteka**  
**UMCS**  
**Lublin**

Reel 608

5 671/34/81

ISBN 83-227-0432-1



# SPIS TREŚCI

Wstęp . . . . .	5
I. Przystosowanie a samoakceptacja i społeczne funk- cjonowanie człowieka . . . . .	9
Przystosowanie jako wielokierunkowy i wieloas- pektowy proces i stan funkcjonowania człowieka w środowisku . . . . .	9
Samoakceptacja a przystosowanie psychiczne . . .	19
Społeczny kontekst funkcjonowania człowieka . .	26
Samoakceptacja a społeczne funkcjonowanie czło- wieka . . . . .	33
II. Psychospołeczne funkcjonowanie osób z paraplegią	37
Charakterystyka skutków paraplegii . . . . .	37
1. Fizjologiczne następstwa uszkodzenia rdzenia kręgowego . . . . .	37
2. Psychologiczne problemy paraplegii . . . . .	41
3. Społeczne konsekwencje paraplegii . . . . .	47
Inwalidztwo a proces przystosowania . . . . .	51
Samoakceptacja i społeczne funkcjonowanie osób z paraplegią . . . . .	58
III. Metodologia badań własnych . . . . .	67
Problematyka badań . . . . .	67
Metody badań . . . . .	68
Kryteria doboru grup . . . . .	69
Organizacja i przebieg badań . . . . .	71
Charakterystyka badanych osób . . . . .	74

IV. Przystosowanie psychiczne osób z paraplegią w świetle zastosowanego Testu Przymiotników (ACL) H. Gougha i A. Heilbruna . . . . .	80
Poziom realnego obrazu własnej osoby ("ja" realne) badanych . . . . .	82
Poziom idealnego obrazu własnej osoby ("ja" idealne) badanych . . . . .	91
Stopień samoakceptacji badanych . . . . .	100
Podsumowanie . . . . .	106
V. Przystosowanie społeczne osób z paraplegią w świetle zastosowanego Inwentarza Psychologicznego (CPI) H. Gougha . . . . .	112
Ogólny poziom przystosowania społecznego badanych . . . . .	113
Kategorie przystosowania społecznego badanych . . . . .	127
Techniki funkcjonowania społecznego badanych . . . . .	130
Podsumowanie . . . . .	132
VI. Samoakceptacja a przystosowanie społeczne osób z paraplegią - analiza wyników . . . . .	136
Ogólny stopień samoakceptacji ("D") a poziom przystosowania społecznego badanych . . . . .	137
Średnie wskaźniki stopnia samoakceptacji ("d" - dla 24 skal ACL) a poziom przystosowania społecznego badanych . . . . .	139
Związek między "ja" realnym i "ja" idealnym a poziomem przystosowania społecznego badanych . . . . .	141
Podsumowanie . . . . .	146
Uwagi końcowe . . . . .	148
Literatura . . . . .	150
Aneks . . . . .	166

## WSTĘP

Rozwój urbanizacji i industrializacji, związany z coraz szybszym postępowaniem technicznym, niesie za sobą zagrożenia natury zdrowotnej, co stwarza wiele problemów o charakterze ogólnospołecznym. Nasilenie ruchu drogowego, niewłaściwe zabezpieczenie maszyn i urządzeń w miejscach pracy, coraz większe wymagania w sporcie - wszystko to sprawia, że z roku na rok wzrasta liczba osób dotkniętych urazowym uszkodzeniem ciała, w tym osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Jednocześnie w wyniku znacznego rozwoju medycyny rekonstrukcyjnej, rehabilitacji oraz pielęgnacji i opieki, zdecydowana większość osób doświadczonych tym schorzeniem ma możliwość korzystania z prawidłowego leczenia i usprawniania - na coraz to wyższym poziomie - co w konsekwencji prowadzi do ponownego włączenia tych osób w czynne życie społeczne. W związku z tym coraz częściej podkreśla się, iż w procesie leczenia i usprawniania oraz szeroko rozumianego przygotowania do aktywnego udziału w życiu społecznym i zawodowym osób z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego konieczne są działania zmierzające do ponownego przystosowania ich zarówno pod względem fizycznym i psychicznym, jak i społecznym. Ten aspekt funkcjonowania osób z paraplegią ma bowiem istotny wpływ na rozwój osobowości oraz społeczne działanie, a także na planowane programy kompleksowej rehabilitacji.

Obserwowany ostatnimi laty wzrost zainteresowania tą grupą osób niepełnosprawnych, czego przykładem może być wzrastająca ilość publikacji, opracowań i doniesień naukowych, m.in. w naszym kraju, gdzie dla przykładu II Kongres Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem został niemalże zdominowany przez tę problematykę, jest swoistego rodzaju ewenementem. Zważywszy na fakt, że jeszcze ćwierć wieku temu przeprowadzano niewiele badań nad paraplegią i tetraplegią, a jeżeli już, to w zdecydowanej większości podejmowane były one w ramach studiów medycznych i socjologicznych. Psycholodzy i pedagodzy specjalni

sporadycznie tylko zajmowali się tą grupą inwalidów, co dało m.in. asumpt M. Brackenowi i M. Shepard (1980) do oceny ówczesnej sytuacji w następujący sposób: "zastanawiającym jest, że urazy rdzenia kręgowego z ich nagłym atakiem, surowością i okrucieństwem otrzymały tak mało teoretycznych analiz" (s. 74). Trudno jest tutaj jednoznacznie ustosunkować się co do przyczyn wyjaśniających zarówno tamten stan rzeczy, jak i obecny zauważalny wzrost zainteresowania i to nie tylko kategorią uszkodzeń rdzenia kręgowego, ale także i innymi kategoriami schorzeń. Wydaje się jednakże, iż najwłaściwszym i najtrafniejszym wyjaśnieniem tego "ewenementu" może być jedynie wzrastająca świadomość poważnych konsekwencji społecznych i psychologicznych niepełnej sprawności oraz wzrastające możliwości wszechstronnej rehabilitacji (por. Ostrowska, 1983).

Coraz liczniejsze badania z zakresu psychologii rewalidacyjnej łączą psychologiczne i społeczne wymiary, celem dokonywania pomiarów postępów w rehabilitacji osób z trwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Szczególnie interesujące są tutaj prace takich m.in. badaczy, jak: N. Bourestom, C. Carlson, N. Crewe, S. Fink, W. Fordyce, L. Guttmann, H. Heflich-Piątkowska, W. Kerr, A. Mueller, D. Munro, B. Nagler, R. Rusk, J. Siller, R. Trieschmann, J. Walicka, E. Wilson oraz E. Wittkowera. Podstawowymi metodami w badaniach tychże autorów były przede wszystkim baterie testów, używane najczęściej do mierzenia poziomu inteligencji, cech osobowości oraz różnych, aczkolwiek podobnych, reakcji psychicznych. Dodatkowo brano pod uwagę również kliniczne studium przypadków, indywidualne wywiady i ankiety. Zauważyć jednak należy, iż, jak do tej pory, psychologiczne problemy paraplegii nie zostały jeszcze dokładnie zbadane, a tym samym rozwiązane i opisane.

Opracowanie niniejsze stanowi pierwszą w naszym kraju próbę oceny wybranych aspektów psychospołecznego funkcjonowania osób z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego - problematyka przystosowania osób z paraplegią nie była jeszcze, jak dotąd, przedmiotem odrębnego szerszego opracowania - dokonana z punktu widzenia praktyki psychologii rewalidacyjnej, rehabilitacji, pedagogiki specjalnej oraz - w mniejszym już zakresie - socjologii medycyny. Badania, jakie w tym celu wykonano na starannie dobranej próbie badawczej, prowadzone były przede wszystkim pod kątem percepcji psychospołecznych wymiarów

trwałego uszkodzenia rdzenia kręgowego badanych osób. Teoretyczne podstawy opracowania książki wynikają tedy z teoretycznych i metodologicznych przesłanek przeprowadzonych badań empirycznych.

Analiza podjętej problematyki badawczej, skupiona tylko na psychospołecznym wymiarze, zawężona została tu do dwóch podstawowych aspektów: samoakceptacji - w obrębie przystosowania psychicznego (zwanego niekiedy osobistym) i społecznego funkcjonowania - w obrębie przystosowania społecznego. Przyjęto zatem rozumieć - na podstawie analizy danych z zakresu psychologicznej literatury dotyczącej omawianej problematyki - pierwszy aspekt psychospołecznego przystosowania - samoakceptację, jako stopień zbieżności między oceną realnego obrazu własnej osoby, utożsamianą z "ja" realnym, a oceną idealnego obrazu własnej osoby, utożsamianą z "ja" idealnym. Drugi natomiast aspekt tegoż przystosowania - społeczne funkcjonowanie, ustalony za H. Goughem (za: Polakowski, 1979), to taki rodzaj kontaktów interpersonalnych, zachowania, który gwarantuje zaspokojenie potrzeb na wymaganym poziomie i daje przy tym satysfakcję emocjonalną, wynikającą z bezkonfliktowych, przyjaznych kontaktów z otoczeniem społecznym, czyli te cechy osobowości, które są utożsamiane przez H. Gougha z mechanizmami przystosowawczymi. Stosowane zaś w pracy dookreślenie pojęcia "przystosowanie" epitetem "psychospołeczne" wskazuje, z jednej strony, na zakres tematyczny poruszanej problematyki, z drugiej natomiast, na ścisły związek pomiędzy psychicznymi a społecznymi aspektami przystosowania.

Praca składa się z sześciu rozdziałów, z których dwa pierwsze mają charakter teoretyczny, pozostałe natomiast są prezentacją prowadzonych badań. Rozdział pierwszy dotyczy analizy teoretycznej zagadnienia przystosowania. Krytyczny stosunek do zastanego w literaturze materiału pozwolił tu na sformułowanie operacyjnej definicji analizowanego pojęcia. W rozdziale tym wyodrębniono i uściślono również podstawowe aspekty psychicznego i społecznego przystosowania, a także poddano analizie związki zależnościowe pomiędzy tymi aspektami. Rozdział drugi zawiera charakterystykę skutków urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego. Nakreślony został tu także problem badawczy podjętej pracy. Dokonano tego na podstawie prawidło-

wości występujących tak na gruncie psychologii przystosowania, jak i w psychologii rewalidacyjnej, w odniesieniu do problematyki niepełnej sprawności. Metodologia przedstawionych w pracy badań omówiona jest w rozdziale trzecim. Ukazuje on cel, problemy badawcze oraz stosowane metody i techniki, a także chronologię przebiegu badań i charakterystykę badanych osób. Rozdział czwarty poświęcony jest analizie uzyskanego przez osoby z paraplegią poziomu przystosowania psychicznego. Zastosowana tutaj analiza porównawcza dotyczyła nie tylko otrzymanych wskaźników samoakceptacji, ale także uzyskanych profili realnego i idealnego obrazu własnej osoby. Analizie uzyskanego przez badane osoby z paraplegią poziomu funkcjonowania społecznego poświęcono rozdział piąty. W rozdziale szóstym natomiast przedstawiono powiązania między otrzymanymi poziomami psychicznego i społecznego przystosowania.

Książka adresowana jest do studentów psychologii i pedagogiki specjalnej oraz wszystkich zainteresowanych rehabilitacją inwalidów.

# I. PRYZSTOSOWANIE A SAMOAKCEPTACJA I SPOŁECZNE FUNKCJONOWANIE CZŁOWIEKA

Przystosowanie jako wielokierunkowy i wieloaspektowy proces i stan funkcjonowania człowieka w środowisku

W "Słowniku języka polskiego" (Szymczak, 1981) termin "przystosowanie" definiowany jest w dwóch podstawowych znaczeniach. Biologicznym, jako "dziedziczne zmiany budowy i funkcji organizmów, korzystne dla zachowania gatunku w danym środowisku, utrwalone w toku ewolucji", oraz psychologicznym, jako "proces lub rezultat procesu, jakiemu podlega psychika człowieka w dążeniu do osiągnięcia stanu równowagi między potrzebami psychicznymi a wymogami społecznego otoczenia". Znane są jeszcze inne znaczenia, co uwarunkowane jest potrzebami tej dziedziny nauki, która posługuje się omawianym pojęciem. Inaczej bowiem podchodzą do tego zagadnienia przedstawiciele biologii i psychologii, a jeszcze inaczej przedstawiciele: ekologii, socjologii, medycyny, pedagogiki itd. Zauważyć jednakże należy, iż rozbieżności w znaczeniu terminu "przystosowanie" występują nie tylko między poszczególnymi dziedzinami nauk, ale także w ramach tychże dziedzin, czego dobitnym przykładem jest psychologia. Przez długi czas nie zajmowała się ona, co najwyżej sporadycznie, problemem przystosowania, a wszelkie jej zamierzenia w tym zakresie nawiązywały raczej do propozycji nauk biologicznych i społecznych niż psychologicznych (por. Popielski, 1975). Wiązało się z tym przenoszenie obowiązków tam praw na teren psychologii. Nie stroniła ona również od używania takich pojęć, wypracowanych przez biologię i socjologię, jak: adaptacja, uspołecznienie i - w mniejszym już zakresie - dostosowanie, socjalizacja czy resocjalizacja. Terminy te - będąc używane zamiennie z pojęciem "przystosowanie" do oznaczania tych samych procesów i zjawisk - bardzo

szybko stały się jego synonimami. Niesłusznie zresztą, ponieważ każdy z nich ma swój specyficzny sens i swoją tradycję zastosowań.

O ile zrozumiałe jest, że definicja terminu "adaptacja" w znaczeniu biologicznym - we wspomnianym już słowniku (Szymczak, 1981) - nie różni się niczym pod względem merytorycznym i treściowym od definicji terminu "przystosowanie", o tyle zastanawia fakt, że brak jest w tymże słowniku jakichkolwiek różnic w definicjach obu tych pojęć, ujętych w znaczeniu psychologicznym. Rodzi się zatem pytanie: Czy termin "adaptacja" jest równoznaczny w psychologii z terminem "przystosowanie"? Szybki rozwój psychologii przystosowania wyjaśnił tu wiele wątpliwości, stworzył bowiem sytuację, w której psychologom trudno było np. pogodzić się z faktem określania jednym i tym samym pojęciem adaptacji dwóch, z gruntu rzeczy odmiennych - jakkolwiek ściśle ze sobą powiązanych - procesów. Z jednej strony bio-neuro-fizjologicznych zjawisk, charakterystycznych dla wszystkich żywych organizmów. Z drugiej natomiast, procesów psychologicznych, dostępnych tylko człowiekowi, czyli tych procesów, które określają sposób radzenia sobie jednostki z bodźcami środowiska poprzez dawanie psychologicznych odpowiedzi, proporcjonalnych do ich siły i zachowania stanu psychicznej równowagi (Popielski, 1975, 1986). Stąd w coraz większym zakresie zaczął funkcjonować w naukach psychologicznych termin "przystosowanie", stając się stopniowo jednym z ich podstawowych pojęć. Nie wszyscy jednak badacze są zgodni co do roli i znaczenia tego terminu w psychologii. Kontrowersje w tym względzie dotyczą wielu aspektów znaczeniowych, począwszy od funkcji semantyczno-etymologicznej, a skończywszy na pryncypiach teoretyczno-metodologicznych. Inaczej bowiem rozumieją "przystosowanie" przedstawiciele tych orientacji psychologicznych, w których za punkt wyjścia przyjmuje się biologiczne mechanizmy determinujące psychiczne procesy osiągnięcia równowagi z wymogami środowiska. Inaczej tych, w których rozpatruje się to zagadnienie wyłącznie w kategoriach czysto psychologicznych, np.: potrzeb, frustracji, rozwoju, uczenia się itd., a jeszcze inaczej tam, gdzie "przystosowanie" ujmowane jest jako rezultat podejmowania przez jednostkę aktywnej działalności w grupie społecznej, zgodnie z obowiązującymi w niej normami. Wprawdzie



wszelkie podziały naukowych teorii na np. ujęcia biologiczne, psychologiczne czy też społeczne są już przestarzałe (por. Kościelska, 1984), niemniej jednak ten tradycyjny spór o rolę czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych jest mimo wszystko ciągle żywy, w szczególności na gruncie problematyki przystosowania.

Z uwagi na fakt, iż literatura przedmiotu jest bardzo obszerna i różnorodna, w tym cały szereg opracowań o charakterze przeglądowym i uogólniającym, postanowiono nie dokonywać tu prezentacji istniejących teorii i koncepcji przystosowania, co faktycznie wykraczałoby poza ramy niniejszej pracy. Poprzestano jedynie na wyszczególnieniu niektórych tylko, bardziej znanych, autorstwa:

- w ujęciu biologicznym: C. Bernard, W. Cannon, E. Claparede, R. Dawidowicz, D. Hebb, I. Pawłow, J. Piaget, B. Sadowski, H. Selye i - w pewnym stopniu - A. Lewicki, J. Reykowski oraz T. Tomaszewski;

- w ujęciu psychologicznym: G. Allport, A. Bandura, N. Cameron, R. Cattell, J. Dollard, E. Erikson, Z. Freud, K. Goldstein, E. Hilgard, H. Laughlin, R. Lazarus, W. Łukaszewski, A. Maslow, D. McKinnon, H. Miller, J. Murray, J. Nuttin, K. Obuchowski, K. Popielski, J. Reykowski, C. Rogers, A. Schneiders i S. Szuman;

- w ujęciu społecznym: A. Adler, E. Fromm, E. Guthrie, A. Leontiew, R. Linton, T. Newcomb, F. Powers, S. Rubinstein, W. Seliwanow, H. Sullivan, Z. Zaborowski i F. Znaniecki.

Podejmując próbę przedstawienia własnego stanowiska w tym zakresie, należy uprzednio przeprowadzić dyskusję nad nadmienionymi ujęciami, a w nich wybranymi koncepcjami. Pokazują one bowiem, jak wieloaspektowy jest problem przystosowania w psychologii. Biologiczne, psychologiczne i społeczne czynniki, akcentujące w większym lub mniejszym stopniu, razem i każdy z osobna, są rolę i znaczenie w genezie przystosowania człowieka do środowiska (otoczenia), stanowią o trudnościach, na jakie napotyka się w związku z jednoznacznym określeniem pojęcia "przystosowanie". Przyjęcie założenia, tak charakterystycznego dla biologicznej orientacji, że człowiek jest tylko istotą biologiczną, skądinąd słuszne - co podkreśla K. Popielski (1975, 1986), lecz nie całkowicie się z tym zgadza - nie ujmu-

je wszystkich aspektów zachowania się człowieka, a wskazuje jedynie na znaczenie bio-neuro-fizjologicznych mechanizmów warunkujących przystosowanie. Zwrócili na to już dawno uwagę behawiorysty i poddali krytycznej ocenie (Rosińska, Matusiewicz, 1984). Przecież biologiczne przystosowanie, czyli przystosowanie ujmowane w biologicznych aspektach, nie jest tożsame z przystosowaniem społecznym lub też psychicznym, i analiza zagadnienia tylko na tym poziomie nie może dać odpowiedzi na zarysowany problem, jakkolwiek - z czym zgadzają się niemal wszyscy wypowiadający się na ten temat - biologiczne podstawy przystosowania są bardzo pomocne przy tworzeniu, na przykład, psychologicznych i psychospołecznych koncepcji przystosowania. Przy czym, na co należy zwrócić szczególną uwagę, a co zostało przez wielu badaczy dostrzeżone, nie zawsze jest możliwe mechaniczne stosowanie prawidłowości przeniesionych z nauk biologicznych na grunt innych dziedzin naukowych, w tym psychologii. Organizm przecież, w odpowiedzi na bodziec, nie zawsze powraca do stanu wyjściowego, jak by tego chcieli niektórzy badacze, a i nie każdy rodzaj informacji reorganizuje zachowanie. Homeostaza - w końcu - nie decyduje o wszystkich mechanizmach, za pomocą których organizm odpowiada przystosowawczo na zmiany otoczenia (Dubos, 1970). Niemal analogicznie rzecz się ma, gdy w genezie przystosowania akcentowana jest rola takich czynników, również biologicznych, jak: stres, frustracja i odruch. Każdy z nich stanowi ważną determinantę biologiczną procesu przystosowania, ale zapewne - z czego należy sobie zdać sprawę - nie jedyną. Świadczy to jeszcze raz o tym, że interpretacja przystosowania ujmowana tylko na płaszczyźnie biologicznej jest zgoła niewystarczająca. Akcentuje bowiem jedynie podstawę wyjściową dla innych funkcji przystosowawczych, w szczególności dla roli czynników psychicznych i społecznych, co w dużym stopniu znalazło odzwierciedlenie zwłaszcza w teorii samoregulacji (zob. Reykowski, 1976, 1979).

R. Dubos (1970) w konkluzji do swych rozważań nad przystosowaniem człowieka do środowiska stwierdza, że "siły społeczno-kulturowe są obecnie potężniejsze od sił biologicznych, gdy chodzi o ukierunkowanie ewolucji życia człowieka" (s. 273). W odniesieniu do tego stwierdzenia należałoby postawić pytanie o miejsce dla sił psychicznych, czy takowe nie mają prawa bytu

w procesie przystosowania? Skoro przedmiotem zainteresowania i problemem badawczym tegoż procesu - według np. postulatu K. Darwina (za: Sowa, 1984) - winny być efekty, to znaczyłoby, że najważniejszym pojęciem operacyjnym przystosowania, odnoszącym się do darwinowskiego postulatu, byłoby "zachowanie", rozumiane jako odpowiedź organizmu na stymulację środowiska. Człowiek przecież, wchodząc w interakcje ze środowiskiem materialnym i społecznym, wchodzi jednocześnie w określony układ zależności zakłócających jego równowagę. Przeto procesy przywracania tej równowagi i uzyskiwania przystosowania należą do mechanizmów regulacji, a ich psychologicznym przejawem jest zachowanie (Tomaszewski, 1979). Stąd nieodłącznym elementem procesu przystosowania, efektem tegoż procesu, jest zachowanie, w którym współdziałające ze sobą mechanizmy percepcyjno-poznawcze, emocjonalno-uczuciowe, motywacyjno-dążeniowe i decyzyjno-wykonawcze, traktowane jako podstawowe wyznaczniki sprawności człowieka, gwarantują prawidłowe rozwijanie się procesu przystosowania, ustalając tym samym jego rodzaj i zakres (Popielski, 1975, 1986). A zatem, w procesie przystosowania biorą udział nie tylko siły biologiczne i społeczne, ale i psychiczne. Znalazło to odbicie m.in. w koncepcji J. Reykowskiego (1969, 1979), łączącej te trzy siły w jeden wspólny system.

W tak tradycyjnie pojmowanej psychologii, w której wszelkie procesy psychiczne ujmowane są w kategoriach wzorców biologicznych, posługującej się metodologią zaczerpniętą z nauk przyrodniczych, genezy procesu przystosowania należy szukać nie w zjawiskach psychicznych, lecz biologicznych, które to dopiero warunkują prawidłowy przebieg psychologicznych mechanizmów przystosowawczych. Ta procedura konstruowania psychologicznych koncepcji przystosowania na bazie biologicznych uwarunkowań jest charakterystyczna zwłaszcza dla teorii J. Reykowskiego (1969, 1979), T. Tomaszewskiego (1969, 1979) i A. Lewickiego (1963, 1969). Należy sądzić, że po tej linii rozumowania poszło szereg badaczy, których koncepcje ujęte zostały w grupie teorii akcentujących znaczenie procesów psychicznych jako pierwotnie istotnych dla funkcjonowania człowieka i determinujących jego zachowanie w środowisku społecznym. Wydaje się, iż autorzy ci, przyjmując biologiczny model przystosowania wypracowany na

terenie nauk przyrodniczych, starają się nasycić go treściami psychologicznymi. Stąd wszelkie koncepcje, których punktem wyjścia do wyjaśniania powstania, rozwoju i przebiegu procesu przystosowania są mechanizmy natury psychologicznej, jak np. potrzeby, motywy, frustracje itd., nie mogą się pozbyć biologicznych wzorców nauk przyrodniczych. Przeto niektóre z koncepcji - w ramach psychologicznego ujęcia - z gruntu rzeczy bardzo oryginalne i twórcze, nie wychodzą - mimo wszystko - poza ogólnie przyjęty biologiczny schemat relacji: człowiek - środowisko, czego przykładem może być m.in. zastąpienie biologicznego stresu stresem i frustracją psychologiczną, w celu wyjaśnienia na tej drodze zjawiska przystosowania. Taka procedura postępowania znalazła rację bytu szczególnie w koncepcjach odnoszących się do teorii potrzeb, teorii frustracji tychże potrzeb oraz teorii uczenia się. Przyjęcie założenia, że u podłoża procesu przystosowania leży jeden lub też kilka czynników, wyszczególnionych w ramach określonej orientacji teoretycznej i metodologicznej, jest zgoła niewystarczające, ponieważ we współczesnej psychologii występuje mnogość zapatrywań i kierunków, bez jakiegokolwiek unifikacji zjawisk, co przyczynia się jedynie do powstania rozbieżności interpretacyjnych. Dlatego też inaczej rozumieją przystosowanie (akcentują inne aspekty) zwolennicy teorii potrzeb, inaczej teorii uczenia się, a jeszcze inaczej zwolennicy teorii frustracji. Bardzo interesujące w tym względzie, zwłaszcza w zakresie usystematyzowania znaczeń pojęcia "przystosowanie" w psychologii, wydaje się stanowisko K. Popielskiego (1975) - według którego wszelkie procesy percepcyjno-poznawcze, emocjonalno-uczuciowe, motywacyjno-dążeniowe i decyzyjno-wykonawcze, a więc te czynniki, które poszczególni autorzy w swych koncepcjach uważają za istotne, nieodzowne i jedyne determinanty przystosowania, stanowią zespół o charakterze sprzężenia zwrotnego. Gwarantuje on układ - na wzór homeostazy - pozwalający na zachowanie dynamicznej równowagi wewnątrz niego. Ale czy układ ten - lub innymi słowy zespół mechanizmów - stanowi już o psychicznym przystosowaniu człowieka? Otóż nie, ponieważ - zdaniem K. Popielskiego - obecnie coraz częściej podkreśla się fakt utożsamiania tych (wyżej wymienionych) czynników i tego układu jedynie z podłożem przystosowania psychicznego (właściwie biopsychicznego),

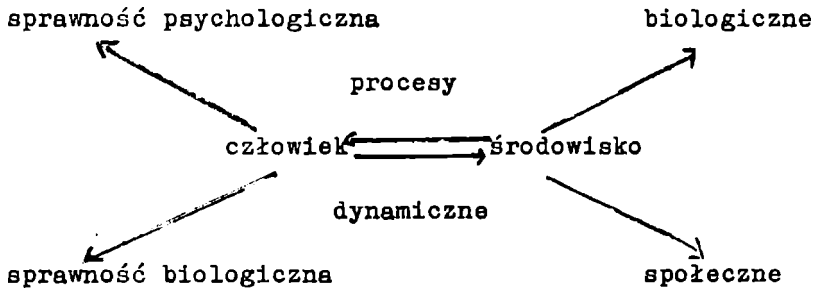
na bazie którego dopiero powstają i rozwijają się bardziej ogólne mechanizmy przystosowawcze, charakterystyczne tylko dla człowieka, wśród których wyróżnia się: koncepcję siebie, akceptację siebie i otoczenia, poziom aspiracji oraz poczucie sensu i wartości życia. Przy czym mechanizmy te związane są - według K. Popielskiego - tzw. ideą wiodącą, wypracowywaną przez człowieka w toku życia osobniczego. Stanowisko K. Popielskiego, tak charakterystyczne dla humanistycznej orientacji w psychologii, jest bardzo zbliżone do koncepcji proponowanych przez A. Schneidersa (1960) i R. Lazarusa (1963), które w niesłychanie szeroki sposób ujmują proces przystosowania, podkreślając w nim jego wielopoziomowość i wieloaspektowość, zwłaszcza w zakresie funkcji (czynników) psychospołecznych. Badacze ci, doceniając w procesie przystosowania rolę i znaczenie biologicznej sfery życia ludzkiego, bardzo mocno akcentują w nim ważność sfer psychicznych i społecznych, odpowiedzialnych za rozwój tych mechanizmów przystosowawczych, które są charakterystyczne tylko dla ludzi. Takie ujmowanie procesu przystosowania, w kontekście trzech podstawowych poziomów życia: biologicznego, psychicznego i społecznego, jak czynią to w swych psychologicznych koncepcjach A. Schneidersa i R. Lazarusa, nie jest obce również zapatrywaniom J. Nuttina (1966, 1968) i J. Reykowskiego (1979). I chociaż ten pierwszy w swej koncepcji przystosowania skłania się raczej ku uwarunkowaniom społecznym, odpowiedzialnym za rodzaj i zakres funkcjonowania człowieka w środowisku ("Ja-Świat"), a drugi ku biologicznym determinantom tegoż funkcjonowania, to w obu ujęciach bardzo silnie eksponowany jest taki psychiczny wyraz aktywności człowieka, jak obraz siebie (koncepcja siebie).

Wydaje się, iż próby wypracowania psychologicznych koncepcji wyjaśniających proces przystosowania, dokonane przez m.in. A. Schneidersa, R. Lazarusa, J. Nuttina, J. Reykowskiego i K. Popielskiego, jakkolwiek zawierające w sobie jeszcze szereg niejasności i sprzeczności, przez co nie zawsze są przekonujące, idą w dobrym kierunku, tzn. wielokierunkowości i wieloaspektowości ujmowania, gdyż przystosowanie jest procesem bardzo złożonym i rozpatrywać go należy przede wszystkim na wielu poziomach życia człowieka. Wszelkie natomiast przedsięwzięcia zmierzające do wyjaśnienia tego procesu na gruncie

psychologii w oparciu tylko o mechanizmy natury psychologicznej i analizowanie tego problemu wyłącznie w tym kontekście, co akurat ma miejsce w niektórych koncepcjach, m.in. A. Masłowa (1964), E. Eriksona (1959), A. Bandury (1969) oraz J. Dollarda i N. Millera (1969), wypacza niejako całość spojrzenia na to zagadnienie i staje się przez to analogiczne do biologicznego ujęcia tego zjawiska, czyli bardzo wąskiego. Podobnie rzecz się ma, gdy przystosowanie, ujmowane w relacji: człowiek - środowisko społeczne, rozpatrywane jest wyłącznie w kategoriach czynników społeczno-kulturowych.

Niewątpliwie jest dużo racji w stwierdzeniu, iż rozwój człowieka i jego przystosowanie uzależnione są od środowiska, w którym on przebywa. Poglądy autorów koncepcji przystosowania w ujęciu społecznym w większym lub mniejszym stopniu starają się o tym przekonać, niemniej jednak akcentowanie w genezie przystosowania tylko czynnika społecznego niesie za sobą szereg niebezpieczeństw. Przykładem na to niech będzie interpretacja procesu przystosowania, dokonana na podstawie analizy koncepcji E. Guthriego (1964) - według której - najważniejszą determinantą procesu przystosowania jest środowisko społeczne, od którego jednostka jest całkowicie uzależniona, podobnie jak uzależniona jest także od okoliczności, w jakich się znajduje i pod wpływem których kształtuje ona odpowiednie nawyki. Nie ma innej chyba możliwości interpretowania tego stanowiska, skoro sam E. Guthrie stwierdził, że człowieka można scharakteryzować nie badając go, a jedynie analizując środowisko, w którym się wychował. Nie sposób nie wyrazić opinii, że jest to stanowisko bardzo jednostronne. Podobne uwagi, aczkolwiek już w dużo mniejszym stopniu, można odnieść do koncepcji T. Newcomba (1964) - według której - jednostka poprzez ciągłe odgrywanie ról przypisanych jej przez społeczeństwo może skłaniać się wyłącznie ku konformizmowi przystosowawczemu, co absolutnie nie jest równoznaczne z przystosowaniem w takim znaczeniu, w jakim jest ono analizowane w niniejszej pracy. Społeczny aspekt przystosowania jest bardzo ważny w całokształcie rozumienia tego zjawiska, ponieważ człowiek - bez względu na to czy mu się podoba, czy też nie - jest zdany na środowisko społeczne i przebywanie w nim. Stąd wszelkie próby wyjaśniania procesu przystosowania bez uwzględniania tego czynnika nie mają ra-

cji bytu. Nie znaczy to również, że proces przystosowania rozpatrywany powinien być wyłącznie w kontekście zagadnień społecznych. Byłby to ten sam błąd, jak w przypadku analizy przystosowania wyłącznie w kategoriach biologicznych lub też psychologicznych, z przesadnym ich eksponowaniem. U podstaw genezy przystosowania leżą bowiem trzy grupy czynników i tylko w oparciu o te czynniki należy pojmować proces przystosowania. Człowiek, jako istota biopsychiczna, przebywając w grupie społecznej, ujawnia szereg mechanizmów, będących rezultatem interakcji pomiędzy biologiczną sprawnością jednostki, jej sprawnością psychologiczną oraz wymaganiami środowiska społecznego i biologicznego. W sposób obrazowy zostało to ukazane na schemacie, zaproponowanym przez K. Popielskiego (1975).



W takim ujęciu, przystosowanie rozumiane jako dynamiczny układ relacji: człowiek - środowisko, w którym istnieją i współdziałają ze sobą czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne ma wszelkie znamiona procesu, czyli czynności trwającej i niedokończonej. Stąd zasadne w niniejszych rozważaniach jest uzupełnienie pojęcia "przystosowanie" określeniem "proces", jakkolwiek nie jest i nie będzie błędem używanie również w tym miejscu określenia "stan", gdyż przystosowanie jest zjawiskiem dynamicznym i może być rozumiane zarówno jako proces, jak też stan osiągnięty dzięki stale dokonującym się przemianom (Schneiders, 1960; Wiśniewski, 1969; Popielski, 1975). Przy czym określenie "stan", które sensu stricto nie występuje w pracy, aczkolwiek w niej funkcjonuje, odnosi się przede wszystkim do tych postaci przystosowania, w których istnieje potrzeba określenia i scharakteryzowania zastanej sytuacji przystosowawczej. Ma to zastosowanie zwłaszcza w tych przypadkach, w których występuje konieczność sformułowania

kryteriów przystosowawczych. Jest to o tyle istotne, że ustalenie poprawnych kryteriów, w zgodzie z przyjętymi założeniami metodologicznymi i teoretycznymi, stanowi ważny element przystosowania, jako ten instrument, za pomocą którego można ustalać stopień i zakres funkcjonowania człowieka w środowisku. Jest to problem bardzo złożony i do dnia dzisiejszego nie rozwiązany, tak jak nie rozwiązany jest do dziś problem przystosowania, zwłaszcza w psychologii, gdzie odczuwa się dotkliwy brak dobrych narzędzi pomiarowych, w oparciu o które można by określić podstawowe kryteria przystosowania. O złożoności tego problemu świadczą stanowiska takich m.in. badaczy, jak:

A. Schneiders (1960), C. Czapów (1961), L. Cronbach (1963), R. Lazarus (1963), A. Lehner i B. Kuber (1964), J. Reykowski (1967), W. Wiśniewski (1969, 1971), K. Popielski (1975) i E. Hurlock (1985). Nie można oczywiście przytoczyć nazwisk wszystkich badaczy podejmujących problematykę ustalania kryteriów przystosowania, tak jak nie sposób omówić stanowiska wszystkich wymienionych autorów, co zresztą mijałoby się z przyjętym celem rozważań. Z punktu widzenia niniejszej pracy, w zgodzie z przyjętym postulatem wielopoziomowego i wieloaspektowego ujmowania przystosowania, wskazane wydaje się przedstawienie stanowisk tylko tych autorów, których prezentowane wcześniej koncepcje i ujęcia procesu przystosowania spełniają ten postulat i są wysoce znaczące dla ostatecznego sformułowania definicji przystosowania. Są to stanowiska (kryteria) A. Schneidersa (1960) i R. Lazarusa (zob. 1963; por. Popielski, 1975), z których tu zostanie zaprezentowane tylko to pierwsze.

I tak, A. Schneiders (1960) przedstawił listę 16 kryteriów przystosowania, które, jego zdaniem, są identyczne z czynnikami regulującymi rozwój. Dwanaście pierwszych kryteriów dotyczy przystosowania osobistego (psychicznego), pozostałe 4 - kryteria przystosowania społecznego. Oto one: Wygląd i rozumienie siebie; Obiektywizm w ocenie siebie i samoakceptacja; Samokontrola i samorealizacja (rozwój self); Integracja osobowości; Jasno określone cele i właściwe ukierunkowanie dążeń do nich; Adekwatność perspektyw życiowych, systemy wartości i filozofia życia; Poczucie humoru; Poczucie odpowiedzialności; Dojrzałość reakcji psychicznych; Wypracowanie wartościowych przyzwyczajeń; Brak nieprawidłowych reakcji uniemożliwiających skuteczne dzia-



łanie; Zdolność do zmian, giętkość i łatwość przystosowania; Współżycie i zainteresowanie innymi (uspołecznienie); Szeroki zasięg zainteresowań w pracy i zabawie; Zadowolenie z pracy i zabawy; Właściwa orientacja w rzeczywistości. Wymienione tu kryteria, w zdecydowanej większości psychologiczne, podkreślające - przede wszystkim - charakterystyczne tylko dla człowieka aspekty jego funkcjonowania, jak samoakceptacja, samorealizacja itd., są również w dużej mierze kryteriami społecznymi, ponieważ nie sposób traktować oddzielnie obu tych czynników, tak jak nie sposób nie pamiętać - w tym miejscu - o roli i znaczeniu czynnika biologicznego, który co prawda nie jest możliwy - w tym konkretnym przypadku - do uchwycenia, ale który - co wielokrotnie było podkreślane - determinuje całość procesu przystosowania.

Podsumowując niniejsze rozważania w oparciu o dostępną literaturę przedmiotu, jej analizę i przeprowadzony tok rozumowania, proponuje się następujące rozumienie pojęcia "przystosowanie": Jest to stan dynamicznej równowagi między wewnętrznymi wymaganiami człowieka a wymaganiami środowiska społecznego, osiągany w wyniku wielopoziomowego i wieloaspektowego procesu adaptacji, psychologizacji i socjalizacji. Przejawem tego stanu jest taki stopień dojrzałości i integracji poszczególnych cech i sfer osobowości człowieka, który pozwala mu na satysfakcjonujące i sensowne funkcjonowanie (realizowanie siebie) w otaczającej rzeczywistości i oddziaływanie na nią.

### Samoakceptacja a przystosowanie psychiczne

Jednym z kryteriów przystosowania, zaproponowanym przez A. Schneidersa (1960), jest samoakceptacja. Na ile ważne jest to kryterium świadczy m.in. usytuowanie go przez autora w grupie takich kryteriów, jak: wygląd i rozumienie siebie, samokontrola i samorealizacja (rozwój self) oraz integracja osobowościowa, a więc w grupie kryteriów, które - według A. Schneidersa - przenikają cały proces przystosowania i mają bezpośredni wpływ na prawidłowy rozwój procesów życia ludzkiego (por. Popielski, 1975). A. Schneiders (1960) jest zdania, że dla optymalnego funkcjonowania człowieka w grupie konieczna

jest znajomość siebie, tj. swoich możliwości i ograniczeń. Pomocna w tym względzie jest - według niego - umiejętność wglądu, która ułatwia realistyczną ocenę własnych dążeń, emocji i motywacji oraz ich wpływu na myślenie i powstawanie przyzwyczajzeń, a także na rozwój mechanizmów obronnych w zachowaniu. Rozumienie siebie natomiast prowadzi do samoakceptacji, w której zgoda na siebie samego, przy obiektywizmie względem swego osobowościowego i fizycznego wyposażenia oraz przy ciągłym podejmowaniu wysiłków tworzenia siebie, jest ważną zasadą rozwoju zdrowego procesu przystosowania się. Stanowisko to nie jest odosobnione, ponieważ zdaniem takich badaczy, jak: E. Berger, A. Brzezińska, D. Byrne, B. Chodorkoff, W. Fey, J. Fuster, H. Gough, T. Hanlon, J. Jakubowski, M. Jarymowicz, A. Jersild, J. Jourard, Z. Jucha, J. O'Conor, E. Paszkiewicz, J. Reykowski, C. Rogers, E. Sheerer, R. Suinn, W. Sullivan, T. Szustrowa i in., samoakceptacja odgrywa bardzo ważną rolę w zachowaniu się jednostki i - jak twierdzi J. Reykowski (1979) - "wywiera duży wpływ na emocjonalną równowagę człowieka /.../ oraz /.../ jest jednym z czynników determinujących społeczne funkcjonowanie jednostki" (s. 794).

M. Bończa-Tomaszewska i A. Kołodziej (1973) stwierdzają, że są dwa sposoby definiowania pojęcia "samoakceptacja". Pierwszy polega na przyjęciu pewnych teoretycznych założeń, na podstawie których wyodrębnia się zespół określeń i stwierdzeń charakteryzujących osobę akceptującą siebie. Jeżeli osoba, która siebie akceptuje ma je, oznacza to, że charakteryzuje ją ten rodzaj zachowań, który jest przedmiotem badań (zob. Siwek, 1980). Drugi natomiast sposób definiowania polega na przejęciu założenia, że samoakceptacja to wielkość korelacji między "ja" realnym a "ja" idealnym, przy czym dodatnia korelacja wskazuje na akceptację siebie, a ujemna na nieakceptowanie siebie (por. Suinn, 1961). Do pierwszej grupy określeń należą definicje podane m.in. przez: C. Regersa (1959), B. Wright (1965), A. Jersilda (1971), A. Brzezińską (1973) oraz L. Schwäbisch i M. Siemsa (1976), według których - w bardzo dużym uproszczeniu - pojęcie "samoakceptacja" oznacza postawę wobec siebie i własnych cech, polegającą na uznaniu swej wartości. Analizując natomiast drugi sposób definiowania, należy podjąć próbę wyjaśnienia, w pierwszej kolejności, samego pojęcia "ja" oraz takich

pojęć z nim związanych, jak chociażby: obraz siebie, samoocena, samowiedza, orientacja w sobie czy samoświadomość, które to pojęcia są często używane zamiennie, jakkolwiek w świetle danych teoretycznych nie zawsze jest to takie oczywiste. W następnej kolejności określić trzeba, jak te pojęcia mają się do siebie, jakie są między nimi układy odniesienia.

W literaturze spotyka się wielość określeń pojęcia "ja", czy też inaczej: "jaźń", "self", "ego" lub "me". Ponieważ jednak wszystkie te pojęcia funkcjonują - zdaniem E. Hilgarda (1972) - jako synonimy, terminologia dyskusji nie została jeszcze w pełni uzgodniona, jakkolwiek większość psychologów, szczególnie amerykańskich, używa terminu "self" (ja) w dwóch głównych znaczeniach, przejmując dla przykładu rozróżnienie między dwoma aspektami jaźni: jaźni wydedukowanej przez zewnętrznego obserwatora oraz jaźni, której jest świadomy sam podmiot (Hilgard, 1972). Podobnie podchodzą do tego problemu H. English i A. English oraz C. Hall i G. Lindzey (za: Siwek, 1980; Palak, 1981). Zarówno jedni, jak i drudzy rozpatrują jednostkę: w pierwszym przypadku - jako działający podmiot, gdzie "self" rozumiane jest jako czynnik dynamiczny, zespół procesów psychicznych, które kierują zachowaniem i przystosowaniem jednostki, w drugim natomiast przypadku - jako przedmiot samopoznania, gdzie "self" oznacza postawę, uczucia, percepcję i ocenę siebie samego jako przedmiotu. Potwierdzeniem powyższego jest analiza tego zagadnienia dokonana przez J. Jakubowskiego (1969), w myśl której termin "self" używany jest przez psychologów przede wszystkim do określenia systemu pojęć jednostki na temat własnej osoby. W sytuacjach zaś, gdy problem dotyka zespołu procesów psychicznych, wówczas psychologowie (niektórzy) używają terminu "ego".

W polskiej literaturze psychologicznej powszechnie używane jest pojęcie "ja" rozumiane jako przedmiot poznania. Znajduje to odzwierciedlenie w określaniu tego aspektu czynnika "ja", jako: pojęcie własnego ja, pojęcia o sobie samym (Łukaszewski, 1974, 1978), obraz własnej osoby (Brzezińska, 1973; Reykowski, 1970), obraz samego siebie, pojęcie samego siebie, własne ja, struktura ja (Reykowski, 1973, 1975, 1979), obraz siebie (Siek, 1982), koncepcja siebie (Popielski, 1975), pojęcie o sobie (Larkowa, 1974), samowiedza, poczucie własnej war-

tości (Kozielecki, 1976), samoocena (Kozielecki, 1976; Niebrzydowski, 1976), samoświadomość, świadomość siebie samego, samopoznanie (Niebrzydowski, 1975), orientacja w sobie (Gerstmann, 1979). Stąd, nawet przy wszelkiego rodzaju odwoływaniu się do poglądów zagranicznych autorów posługujących się terminologią obcojęzyczną, zastępuje się ją najczęściej polskimi odpowiednikami, z których określenia: pojęcie o sobie, obraz siebie i obraz własnej osoby znajdują największe zastosowanie.

Definicji pojęcia obrazu samego siebie oraz pokrewnych mu terminów jest bardzo dużo. Różni autorzy w podawanych przez siebie określeniach wymieniają rozmaite cechy pojęcia obrazu własnej osoby, przypisując im również różne znaczenie. Nie ma bowiem dotąd - jak twierdzą A. Brzezińska i M. Kofta (1973) - w literaturze przedmiotu pełnej i jedynej definicji tego pojęcia. Jednym z pierwszych określeń obrazu siebie jest - zdaniem S. Sieka (1982) - definicja V. Rainy, według której, obraz siebie "jako mniej lub bardziej zorganizowany obiekt /.../ jest wynikiem aktualnego i zachodzącego w przeszłości obserwowania siebie" (s. 401). Podobnie definiują inni autorzy. Na przykład R. Wylie (1961) mówi o obrazie siebie jako wyuczonej konstelacji wrażeń, spostrzeżeń i wartości; A. Combs i D. Snygg (1959) jako o organizacji tych wszystkich właściwości, które jednostka nazywa swoimi lub sobą; G. Murphy (1947) twierdzi, że jest to taka wizja własnej osoby, jaką jednostka sama siebie widzi; H. English i A. English (za: Larkowa, 1974) traktują obraz siebie jako pogląd danej osoby na siebie samą; I. Kon (1975) jako złożone pojęcie psychologiczne, w którym liczy się nie tyle wiedza człowieka o sobie samym, ile ustalony stosunek do siebie, socjalna konstatacja, w której wyobrażenia o sobie, swoich cechach i możliwościach organizmu są związane z emocjami, tak że jedno nie istnieje bez drugiego; dla C. Rogersa (1959) jest to zorganizowany, zwarty zespół percepcji (pojęć, ocen i sądów) odnoszących się do "ja", "mnie" oraz "moich" relacji do innych osób, środowiska i życia w ogólności; a zdaniem A. Schneidersa (1960), obraz siebie to sposób postrzegania własnej osoby jako odrębnej jednostki i centralnego punktu w stosunku z innymi ludźmi. Definicje pojęcia obrazu siebie, podane przez polskich autorów, są zdaniem S. Siwka (1980) - wyrazem osiągnięć tego, co dotychczas zgromadzono w badaniach

nad strukturą "ja" w literaturze światowej. Szczególne znaczenie ma tu ujęcie C. Rogersa, którego wpływ (por. Palak, 1981) widoczny jest wyraźnie w poglądach W. Łukaszewskiego, J. Kozieleckiego oraz J. Reykowskiego. Nie sposób oczywiście w tym miejscu przedstawić wszystkich polskich autorów, którzy próbowali określić pojęcie obrazu własnej osoby, a czynili to m.in.: A. Ginko, A. Lewicki, R. Miller, J. Pieter, A. Podgórecki, M. Przetacznikowa, T. Tomaszewski, M. Tyszkowa czy M. Żebrowska.

I ostatnia już definicja, autorstwa L. Niebrzydowskiego (1976), której treść jest bardzo istotna dla dalszych rozważań. Obraz siebie - według niego, właściwie świadomość siebie samego - to przede wszystkim orientacja jednostki we własnej osobowości. Tak zatem rozumiany obraz siebie, bardzo zbliżony z wcześniej zaprezentowanymi poglądami, spełnia kilka funkcji, stanowiących - jego zdaniem - element formowania się oceny siebie, oceny, która wpływa na samopoczucie, na to, co człowiek planuje, jakie stawia sobie wymagania oraz czego od siebie oczekuje (por. Pełka-Sługocka i in., 1981). Najważniejszymi z tych funkcji są: poznawczo-uświadamiająca, wartościująco-oceniająca oraz integrująco-scalająca (Niebrzydowski, 1976). Również zdaniem A. Brzezińskiej (1973; por. Palak, 1982) obraz własnej osoby spełnia trzy funkcje (większość badaczy przedstawia tylko na poznawczej i wartościująco-oceniającej), chociaż autorka nie mówi o funkcjach obrazu siebie, ale o elementach struktury własnej osoby. Tymi elementami są:

- element opisowy, czyli wytwór tych doświadczeń człowieka, które dają informacje o własnych cechach jednostki, tworzących wiedzę o sobie samym: "self concept", "pojęcie o sobie samym", "ja realne";

- element wartościująco-oceniający, czyli wytwór przyswajania informacji o wartościach, które tworzą "samoocenę", "stosunek do samego siebie", "poczucie własnej wartości";

- element normatywny, czyli przyswajanie informacji o tym, jak należy postępować w różnych sytuacjach, dzięki internalizacji systemu norm i sposobów postępowania.

W konsekwencji tak ustalonej struktury obrazu siebie, czy też w ten sposób pojmowanych funkcji tegoż obrazu, rozwój świadomości siebie samego prowadzi do ukształtowania się samooceny,

pojęcia będącego przedmiotem kontrowersji wielu badaczy. Bez tego pojęcia nie sposób określić terminu "samoakceptacja" w relacji "ja" realne - "ja" idealne.

A. Schneiders (1960) twierdzi, że posiadanie realistycznej wiedzy o sobie przyczynia się do "zdrowych" (s. 86) reakcji w stosunku do siebie i otoczenia. Ta realistyczna wiedza o sobie, w uproszczeniu zwana samooceną, stanowi trzon obrazu własnej osoby (por. Palak, 1982), istotny składnik świadomości siebie samego, gdyż bez niej nie byłoby możliwe ani określenie własnej istoty, ani też wyodrębnienie siebie ze środowiska (por. Niebrzydowski, 1976). Najogólniej można powiedzieć, że Z. Zaborowski (1965), J. Reykowski (1970) i L. Niebrzydowski (1976), iż samoocena to zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do swojej osoby - lub jeszcze krócej - tylko za J. Reykowskim (1979) - to "ogólna ocena swoich możliwości" (s. 791). Tak pojmowana samoocena jest, według J. Reykowskiego, wynikiem uogólniania się ocen własnych możliwości przedmiotu przy realizacji różnych celów. Stąd i ona sama jest bardzo zróżnicowana, tzn. może być cząstkowa - gdy człowiek ocenia siebie różnie w różnych sferach - lub globalna, czyli taka, która decyduje o tym, jak człowiek zachowa się wobec sytuacji nowych. W ten sposób rozumiana samoocena może występować w różnych formach, np. u J. Reykowskiego (1966) jako samoocena: publiczna, prywatna, rzeczywista. W obrębie tych form funkcjonują: samoocena wysoka lub niska, stabilna bądź niestabilna, pozytywna lub negatywna oraz adekwatna bądź nieadekwatna. W zależności od stopnia rozwoju i zdobytego doświadczenia jednostki oraz szeregu jeszcze innych czynników samoocena może być różna, ponieważ nie spotyka się, aby dana jednostka prezentowała jeden tylko rodzaj oceny siebie. Wyróżnione tutaj rodzaje samooceny są ze sobą ściśle związane, tak że poszczególny człowiek może przejawiać różne ich konfiguracje, posiadając np. samoocenę wysoką i nieadekwatną, a przy tym niestabilną i pozytywną. Oczywiście - jak mówi J. Reykowski (1979) - zakłada się, że ocena samego siebie zostaje przyrównana do jakiejś miary, a miar tych może być kilka, z których jednakże dwie wydają się najważniejsze. Pierwsza, to system własnych standardów, charakterystyczny dla danego typu działalności, druga natomiast - to osiągnięcia innych ludzi. Człowiek - zdaniem J. Reykowskiego - ocenia

siebie jednocześnie w obu miarach. Stąd ogólna ocena siebie, "oparta na porównaniu swoich osiągnięć ze stawianymi sobie wymaganiami, jest ważnym czynnikiem determinującym stosunek do samego siebie, który określa się jako poziom samoakceptacji" (s. 794).

Tak więc prawidłowa samoocena jest warunkiem koniecznym, aby człowiek mógł osiągnąć określony poziom samoakceptacji, ponieważ - jak twierdzi H. Świda (1974) - "przy bardzo ostrej rozbieżności między aspiracjami a samooceną występuje brak samoakceptacji" (s. 92). Przy czym, pod pojęciem "aspiracje" należy rozumieć samoocenę idealną, czyli taką ocenę siebie, którą jednostka pragnie osiągnąć. Natomiast ogólny termin "samoocena" oznacza samoocenę realną, czyli ocenę swego rzeczywistego postępowania. W taki również - mniej więcej - sposób podchodzi do tego problemu J. Reykowski (1979), który podejmując próbę uszczegółowienia struktury "self" mówi, że w jej zakres wchodzi: samoocena realna i samoocena idealna, dotyczące następujących zjawisk: własnego wyglądu i fizycznych właściwości; swoich umiejętności i zdolności; własnych postaw i potrzeb; własnej pozycji wśród innych ludzi; oraz tego, co człowiekowi należy się od innych.

Stwierdzenia te pozwalają więc na wyróżnienie w pojęciu samoakceptacji dwóch podstawowych elementów: samooceny realnej, która utożsamiana jest z "ja" realnym (system modeli pojęciowych według W. Łukaszewskiego) i samooceny idealnej, utożsamianej z "ja" idealnym (według W. Łukaszewskiego system wizji pojęciowych). Zgodność (zbieżność) między nimi jest - zdaniem C. Rogersa (1959) - ściśle powiązana z wieloma pozytywnymi i społecznie pożądanymi cechami, jak również z większą dojrzałością osobowości, kiedy obraz własnej osoby jest taki, iż wszystkie zmysłowe doznania są, albo mogą być, zasymilowane na poziomie symbolicznym i tworzą zwarty związek z koncepcją samego siebie, co wskazuje na psychologiczne przystosowanie. Niezgodność (rozbieżność) natomiast - według tego samego autora - związana jest z osobowością niedojrzałą, kiedy jednostka nie chce uznać i zaakceptować szeregu potrzeb i doświadczeń, które nie są wkomponowane w strukturę jej obrazu własnej osoby. Stąd też psychologicznie jest nie przystosowana. Podobne stanowisko prezentuje J. Koziński (1976), mówiący o dwója-

kiej rozbieżności między systemem samooceny (czyli Rogerowskim "ja" realnym) a systemem standardów ("ja" idealnym). Mianowicie może ona mieć postać elementarną, rozbieżność między parą sądów: "samoocena - standard" dotyczy tej samej cechy jednostki, lub globalną - dotyczącą różnicy między zbiorem samooceny a zbiorem standardów. Właśnie rozbieżność globalna jest - zdaniem J. Kozielskiego - wyznacznikiem poziomu samoakceptacji, a tym samym w znacznej mierze decyduje o przystosowaniu się jednostki do warunków życia społecznego.

Z rozważań tych wynika, że pojęcie samoakceptacji jest nadrzędne w stosunku do samooceny, która w tym ujęciu traktowana jest jako główny trzon obrazu własnej osoby i jako taka nie równa się temu obrazowi. Jest to paralelne do tego, co wielu autorów mówi na temat kształtowania się ideału własnej osoby ("ja" idealne) w oparciu o wiedzę o sobie samym, czyli na podstawie samooceny (samoocena realna), gdzie treść ideału własnej osoby stanowi najczęściej zespół wyidealizowanych cech wizji według W. Łukaszewskiego (1978).

#### Społeczny kontekst funkcjonowania człowieka

Problem przystosowania człowieka do warunków życia społecznego jest bardzo złożony. Świadczy o tym m.in. mnogość interpretacyjnych ujęć tego zjawiska. Wielokierunkowość i wieloaspektowość podejścia większości badaczy, zajmujących się tym zagadnieniem, utrudnia jednoznaczne określenie tego pojęcia. Każdy z nich w różnych proporcjach akcentuje rolę i znaczenie czynników społecznych. Podkreśla się również znaczenie czynników biologicznych i psychologicznych, jakie wpływają na relację: człowiek - środowisko. Wynikają stąd olbrzymie nawet rozbieżności w definiowaniu i rozumieniu pojęcia przystosowania społecznego między badaczami należącymi do kręgu tych samych orientacji teoretycznych. Ogólnie jednak można stwierdzić, że są dwójakie formy oddziaływania środowiska społecznego w procesie przystosowania się jednostki. Pierwsza, odnosząca się do zewnętrznego oddziaływania, zmuszająca jednostkę do przystosowania się przez przyswojenie sobie określonych nawyków lub ról społecznych czy też norm społecznych i grupowych, oraz druga,



akcentująca wpływ oddziaływań socjalizujących na proces zmian dokonujących się w samej jednostce. Zmiany te mogą dotyczyć cech osobowości, kształtowania się nawyków i społecznie akceptowanych sposobów zaspokajania potrzeb (Skorny, 1976; Kukułowicz, 1978; Stanula, 1981). Obecnie większe znaczenie przypisuje się drugiemu nurtowi orientacji, według którego zjawisko przystosowania można analizować bądź to od strony zmian zachodzących w psychice jednostki, w związku z jej życiem społecznym, i koncentrować się tylko na efektach tych zmian, analizując je np. na poziomie behawioralnym - jako proces zmian zachodzących w zakresie czynności jednostki pod postacią przechodzenia od czynności wykonywanych indywidualnie do czynności wykonywanych zbiorowo (Przetacznikowa, 1971), lub proces nabywania umiejętności do nawiązywania właściwych stosunków interpersonalnych w ramach określonego modelu społecznego (por. Kluckhohn, Murray, 1949); bądź też wnikać w wewnętrzne mechanizmy regulacji zachowania i mówić o przystosowaniu w kontekście zmian psychiki czy osobowości (Kościelska, 1984). W takim ujęciu, blisko spokrewnione z problematyką przystosowania jednostki do środowiska społecznego staje się pojęcie socjalizacji, gdyż zdaniem M. Kościelskiej wszelkie procesy zmian psychiki człowieka pod wpływem oddziaływań społecznych określa się mianem socjalizacji lub uspołecznienia czy też rozwoju społecznego, traktując powyższe pojęcia zamiennie. Jest to zgodne z ogólnie przyjętą w literaturze formułą posługiwania się tymi terminami, chociaż są autorzy, którzy przypisują im wyróżnione aspekty zagadnienia, np. Z. Skorny (1976) uważa, że uspołecznienie jest rezultatem socjalizacji, jaka dokonuje się w trakcie rozwoju społecznego.

Jak twierdzi S. Kowalski (1974), socjalizację, nazywaną przez autora uspołecznieniem, pojmuje się w socjologii jako proces wchodzenia w kulturę (tzw. akulturacja) z równoczesnym kształtowaniem osobowości społecznej, zwanej często nabywaniem społecznej dojrzałości lub kompetencji społecznych. R. Miller (1981) podaje, że wrastanie w kulturę, czyli uczenie się kultury, a więc pierwszy aspekt socjologicznego podejścia do analizowanego pojęcia, jest dawnym antropologicznym ujęciem socjalizacji. Dlatego też należy sądzić, iż rozumienie socjalizacji - za F. Znanieckim (1973) - jako procesu wrastania

w kulturę przeniknęło do psychologii nie z socjologii, a raczej za pośrednictwem socjologii. Jest to o tyle ważny aspekt rozumienia istoty pojęcia socjalizacji, z punktu widzenia psychologii, że, zdaniem M. Kościelskiej (1984) - praktycznie wszystkie wiadomości i umiejętności, jakie człowiek w ciągu życia sobie przyswaja, są wytworem kultury. Stąd cała działalność i rozwój człowieka przebiega w warunkach społecznych. A zatem, pojęcie socjalizacji - według autorki - jest tak szerokie, iż pokrywa się z pojęciami tworzenia się psychiki, zachowania i osobowości człowieka. W takim zakresie tego pojęcia, obejmującym "rozwój całej ludzkiej psychiki" (s. 15), socjalizację rozpatruje się w dwóch ujęciach. Pierwszy, skoncentrowany na płaszczyźnie psychologicznej, ma postać analizy funkcji i struktur psychicznych, czy też czynności mogących się rozwinąć w specyficznie ludzkiej formie, w wyniku skomplikowania stosunków społecznych i aktywności człowieka (zob. Muszyński, 1964; Zaborowski, 1967). Drugi zaś, koncentrujący się na płaszczyźnie społecznej, jako proces stawania się członkiem społeczeństwa, ma postać analizy procesu nabywania określonych umiejętności, uczenia się określonych wartości i ustosunkowań oraz funkcjonowania w wyznaczonych przez społeczeństwo rolach (zob. T. Parsons, 1969; A. Kłoskowska, 1969; J. Szczepański, 1970; K. Przecławski, 1971; S. Kowalski, 1974). Istnieje jeszcze inne znaczenie pojęcia socjalizacji (uspołecznienia), według E. Ziglera i J. Childa (1973), traktujące socjalizację jako proces, dzięki któremu jednostka rozwija się przez interakcje (transakcję) z innymi ludźmi i wzorami społecznego zachowania i doświadczenia. Tak rozumiana przez autorów socjalizacja jest utożsamiana z aktualizacją siebie, jakiej jednostka doświadcza na określonym poziomie rozwoju. Przy czym proces socjalizacji (w znaczeniu aktualizacji siebie) dokonuje się - według autorów - w ścisłym związku z warunkami środowiska społecznego, co nie zawsze było mocno akcentowane przez przedstawicieli psychologii humanistycznej.

T. Stanuła (1981), dokonując przeglądu teorii socjalizacji i jej związków z przystosowaniem, doszła do wniosku, iż niemal wszystkie ujęcia socjalizacji, tak z psychologicznego jak i socjologicznego punktu widzenia, zakładają hipotetyczny model oddziaływania środowiska społecznego na jednostkę, celem

ukształtowania w niej społecznie pożądaných cech. Co przy odniesieniu tego do zjawiska przystosowania. pozwala zauważyć, iż w takim rozumieniu celem socjalizacji byłoby przystosowanie jednostki do określonej grupy społecznej. Znaczyłoby to - jak twierdzi T. Stanula - że socjalizacja pozwalałaby jednostce na przystosowanie się do społeczeństwa w ramach tendencji do utrzymania stałości równowagi. Sądzić zatem należy, iż pojęcia socjalizacji i przystosowania są równoznaczne i można je stosować zamiennie - na zasadzie synonimów, zwłaszcza wtedy, gdy rzecz dotyczy skutków obu tych procesów. Nie wszyscy jednak autorzy są skłonni przyznać rację tak postawionemu problemowi relacji: socjalizacja - przystosowanie. S. Kowalski (1974) np. uważa, że pojęcie socjalizacji (uspołecznienie) jest szersze od terminu przystosowanie, ponieważ zawiera ono w sobie aspekt wchodzenia w role zarówno w sposób konformistyczny, jak i w sposób twórczy, prowadzący do modyfikacji. To rozumowanie, przy jednoczesnym definiowaniu przez autora przystosowania jako procesu konformistycznego identyfikowania się z grupami i rolami (percypowanie, kanalizowanie, internalizowanie i pełnienie ról przypisanych bez modyfikacji ich), każe sądzić, że przystosowanie jest węższym wycinkiem socjalizacji. W podobny sposób wypowiada się M. Kościelska (1984), twierdząc, iż "szerokie" pojęcie socjalizacji (rozwoju społecznego) jest bardzo trudne do operacjonalizacji, stąd istnieje konieczność jego konkretyzowania poprzez zawężenie zakresu znaczeniowego. Jednym ze sposobów takiego zawężenia jest - zdaniem autorki - zastosowanie terminu "przystosowanie społeczne". Termin ten można - według M. Kościelskiej - w pewnych sytuacjach uważać za słuszny, np. (por. Stanula, 1981) w przypadku uściślenia i sprowadzenia znaczenia socjalizacji tylko do przystosowania społecznego. Niemniej w świetle tego, co zostało dokonane we wcześniejszych rozważaniach niniejszej pracy, w szczególności w świetle przyjętej operacyjnej definicji pojęcia przystosowania, nie można zgodzić się z taką interpretacją relacji zachodzącej między socjalizacją a przystosowaniem. Pojęcia procesów socjalizacji i przystosowania nie są równoznaczne, chyba że mowa jest o skutkach tych procesów. Tym bardziej więc pojęcie socjalizacji nie jest szersze od pojęcia przystosowania. Przystosowanie bowiem nie polega tylko na biernej adaptacji czło-

wieka do środowiska społecznego, ale przede wszystkim na jego aktywnym uczestnictwie w tym środowisku. Swym zakresem pojęcia przystosowania obejmuje takie m.in. czynniki, jak: zaspokajanie potrzeb, rozwiązywanie konfliktów, nawiązywanie kontaktów społecznych oraz zdobywanie samodzielności i niezależności osobistej, czyli całokształtu funkcjonowania człowieka w środowisku.

Tak arbitralne przyjęcie tezy mówiącej o podrzędności pojęcia socjalizacji w stosunku do pojęcia przystosowania lub najwyżej o równoznaczności z pojęciem przystosowania społecznego, gdy rzecz dotyczy efektów tegoż procesu, implikuje rozważania nad zakresem ujmowania socjalizacji oraz nad problem kryterium oceny i pomiaru efektów tego zjawiska. R. Miller (1981) uważa, że socjalizację można ujmować w dwóch podstawowych skalach: jako procesy interspołeczne, zachodzące w różnych społeczeństwach, lub jako procesy intraspołeczne, związane z kulturą jednej grupy. E. Aronson (1978) natomiast jest zdania, iż przedmiotem badań psychologii społecznej jest wpływ jaki wywierają ludzie na zachowanie i poglądy innych ludzi, czyli - po prostu - podejmowanie prób oceny zjawiska tzw. umiejętności interpersonalnych, zwanych również kompetencjami interpersonalnymi. Są to pojęcia bliskie terminowi inteligencji społecznej, rozumianej za R. Thorndikiem (za: Plewicka, 1982) jako zdolność rozumienia ludzi oraz mądre postępowanie z nimi. Idąc po tej linii, M. Kościelska (1984) wiąże kompetencje interpersonalne ze zdolnością rozumienia sytuacji społecznych i umiejętnością wyboru form działania przez ludzi, które są adekwatne do tych sytuacji, które prowadzą do uzyskania w kontaktach z ludźmi zamierzonych celów. Przy takim pojmowaniu umiejętności interpersonalnych liczne próby ich pomiaru - zdaniem M. Kościelskiej - szły w kierunku określania poziomów następujących sprawności społecznych: empatia, wgląd społeczny, możliwość podejmowania ról oraz bierność i aktywność społeczna. Szereg autorów, m.in. powoływanych już tutaj: M. Kościelska, F. Powers, Z. Skorny i T. Stanula, opowiada się za wieloma różnorodnymi kryteriami oceny socjalizacji, z których trzy wydają się najdonioślejsze. Są to: wiek rozwoju społecznego (zob. Kościelska, 1984; Stanula, 1981), adekwatność zachowania w stosunku do obowiązujących norm (zob. Sowa, 198

Frączek, Malak, 1980) oraz poziom dojrzałości społecznej. Każde z tych kryteriów ma zarówno swoich zwolenników, jak i przeciwników, krytykujących je ze względu chociażby na niejasności teoretyczne i nieścisłości metodologiczne.

Dojrzałość społeczna jest bodajże najbardziej eksponowana z prezentowanych kryteriów, co zgodnie podkreśla większość autorów zajmujących się tym zagadnieniem, jakkolwiek zasadność koncepcji zmierzających do wiązania jej z określeniem stopnia przystosowania (por. Powers, 1971) jest coraz częściej krytykowana (por. Kościelska, 1984). Najogólniej można powiedzieć, za E. Hurlock (1965), że dojrzałość społeczna to stan, w którym postawy, wiedza, uczucia i zdolności kwalifikują jednostkę do współdziałania z innymi. W takim rozumieniu dojrzałości społecznej, jej wysoki poziom odpowiada wysokiemu stopniowi uspołecznienia i odwrotnie. Wskazuje to na słuszność stwierdzenia F. Powersa (1971), iż miernikiem dojrzałości społecznej jest podatność jednostki na socjalizację oraz związaną z tym zdolność przyswajania zasad i zwyczajów postępowania, obowiązujących w danej grupie, sprzyjających prawidłowemu współżyciu. Występujące jednak wymagania, przepisy, normy i społeczne oczekiwania w stosunku do jednostki, zmieniające się w zależności od wieku, płci, statusu społecznego i pełnionej roli oraz w związku z faktem, iż sformułowali je ludzie w stosunku do innych ludzi (Kościelska, 1984), wpływają - jak uważa M. Kościelska - na praktyczną niemożność stworzenia jednakowych miar oceny poziomu socjalizacji. Jest to trudność spowodowana płynnością relacji, z którą metodologią badań naukowych, jak dotąd, sobie jeszcze nie poradziła. Skonstruowano co prawda w psychologii szereg metod i technik służących do oceny stopnia przystosowania społecznego, niemniej jednak - jak sądzi M. Kościelska, z czym trudno się nie zgodzić - wszystkie one opierają się na zasadzie rejestru form zachowania, których poszczególni twórcy w sposób arbitralny i statyczny przyjmują za społecznie pożądane, a tym samym służące identyfikacji jednostek posiadających cechy zbliżone do przyjętego w praktyce obiegowej i psychologicznej wzorca przystosowania społecznego (por. Polakowski, 1979). Wszelkie przyjęte kryteria ocen są bardzo rozdrobnione i niejednolite, wynikające tak z wielości teoretycznych założeń, jak i zaobserwowanych empirycznych faktów czy też

często subiektywnych odczuć autorów skal. Dlatego też oceny przystosowania społecznego dokonywane są, z jednej strony, na podstawie pomiarów zachowania przystosowawczego (zob. Kostrzewski, 1975; Stanula, 1981), z drugiej natomiast, na podstawie poziomu dojrzałości społecznej (zob. Powers, 1971) lub też wymiaru stopnia uspołecznienia (zob. Gough, 1960), bądź takich zmiennych, jak: aprobatą społeczną, wgląd społeczny czy empatia. Najczęściej jednak, badania i dyskusje nad przystosowaniem się człowieka do życia koncentrują się - jak twierdzi K. Polakowski (1979) - nad sposobami, za pomocą których jednostka to przystosowanie osiąga - oraz nad zmiennymi osobowościowymi, które te sposoby determinują. Stąd nie sposób przeprowadzić analizy funkcjonowania jednostki w warunkach społecznych bez uwzględniania jej kontekstu osobowościowego, co trafnie ujmuje K. Polakowski, pisząc, iż "pojęcie przystosowania zdaje się /.../ zajmować naczelne miejsce w koncepcji osobowości" (s. 11). Tą właśnie drogą, bez opowiadania się jednak za jakąkolwiek orientacją teoretyczną, poszedł H. Gough, dla którego przystosowanie jest określeniem cechy kontaktów interpersonalnych, jakie jednostka podejmuje i zdolna jest nawiązać ze swoim otoczeniem (1960). Kryterium zaś jej dobrego przystosowania stanowić będzie taki rodzaj zachowania, który zagwarantuje optymalne zaspokojenie potrzeb na wymaganym poziomie i da przy tym satysfakcję emocjonalną, wynikającą z bezkonfliktowych, przyjaznych kontaktów z innymi osobami (Gough, 1960; por. Polakowski, 1979). A zatem, przystosowanie społeczne rozpatrywane jest przez autora w aspekcie funkcjonowania jednostki w szeroko rozumianym kontekście społecznym i sytuacyjnym. U H. Gougha wynika to zapewne z jego empirycznego podejścia, stosowanego przy konstrukcji metody, jaką jest opracowany przez niego Inwentarz Psychologiczny (CPI), oraz z pojmowania przez niego struktury osobowości, jako zespołu względnie trwałych tendencji jednostki do zachowania się i reagowania w sytuacjach społecznych. Podstawowymi aspektami takiego funkcjonowania jednostki w społecznych warunkach są m.in.: towarzyskość, tolerancja, uspołecznienie, chęć podobania się, wnikliwość psychologiczna, czyli 18 wymiarów osobowości, jakie podał H. Gough, określając je mianem mechanizmów przystosowania. W takim też znaczeniu przyjęto, na użytek niniejszej pracy, ro-

zumienie przystosowania społecznego, czyli funkcjonowanie człowieka w warunkach społecznych.

### Samoakceptacja a społeczne funkcjonowanie człowieka

Wskazywanie na samoakceptację jako istotną zmienną psychologiczną znajduje potwierdzenie w szeregu badaniach empirycznych. Wykazano bowiem, że osoby o wysokim poziomie samoakceptacji odznaczają się: większą aktywnością, bardziej prawidłowymi kontaktami interpersonalnymi, lepszym zrównoważeniem emocjonalnym (Rogers, Dymond, 1954; Kwak, 1980), wyższym stopniem aspiracji (Lewin i in., 1944; Rogers, Dymond, 1954; Gough, 1960; Obuchowski, 1961; Kwak, 1980), zadowoleniem z przebiegu swego życia (Siwek, 1980), lepszym panowaniem nad swoimi impulsami (Reykowski, 1975; Kamińska, Mokrzycka, 1976), odpowiedzialnością za swój los (Rotter, 1954, 1960), większym poczuciem wewnętrznej kontroli (Rotter, 1960; Reykowski, 1975; Kamińska, Mokrzycka, 1976), odpornością na presję grupy (Crutchfield, 1955), gotowością do zachowań prospołecznych (Reykowski, 1976; Jarymowicz, 1979 - tylko umiarkowany stopień samoakceptacji wiąże się z zachowaniami prospołecznymi, natomiast nie sprzyja takim zachowaniom nadmierna akceptacja siebie), dobrym funkcjonowaniem w rodzinie (Kołodziej, 1974), lepszym rozwojem intelektualnym (Jersild, 1971), lepszymi osiągnięciami w nauce (Turnar, Vanderlippe, 1958) - co jednak nie potwierdziło się w badaniach S. Spivacka (za: Skinner, 1971) i B. Borisłowa (1962), większą odpornością na próby zmian ich postaw (Cohen, 1959; Crowne, Marlowe, 1964) oraz akceptowaniem innych ludzi (Sheerer, 1949; Berger, 1952; Fey, 1955). Są to osoby: lubiane, popularne, pełniące role przywódcze, efektywnie działające jako członkowie grup zadaniowych (Mussen, Porter, 1959; Rosenberg, 1965; Niebrzydowski, 1973), pewne siebie, z większym poczuciem większej wartości, bardziej wierzący w swoje uzdolnienia, bardziej akceptowane przez otoczenie, szukający przyjaźni, szczerzy, z bezpośrednią pozytywną postawą wobec życia, chętnie udzielający pomocy, bardziej wytrwali w działaniu, pracowici, zorganizowani, planujący, z wyższą potrzebą osiągnięć (Kwak, 1980), uzdolnione twórczo i osiągające sukcesy

sy w twórczości (Siwek, 1980), nie przejawiające cech neurotycznych (Kwak, 1980) i bez zaburzeń nerwicowych oraz o niskim poziomie lęku (Bruce, 1958; Rogers, Dymond, 1954).

Natomiast osoby o niskim poziomie akceptacji siebie oprócz zachowań odwrotnych niż tu przedstawione, cechuje: brak odporności psychicznej, brak zaufania do siebie, niewiara we własne możliwości, trudności w nawiązywaniu kontaktów z innymi ludźmi (Jakubowski i in., 1975), unikanie sytuacji współzawodnictwa i zespołowego wykonywania działań (Gurycka, 1970), niezadowolenia z życia i przyjmowanie krytycznej postawy wobec siebie i innych (Kwak, 1980), z silnym reagowaniem na krytykę i naganę ze strony osób drugich (Wylie, 1957; Siwek, 1980) oraz łatwością obrażania się (Rosenberg, 1965; Jakubowski i in., 1975). Są to osoby depresyjne i znerwicowane, egocentryczne (reagują egocentrycznie), o niestabilnych wyobrażeniach i sądach o własnym "ja", z tendencjami do izolacji społecznej (Rosenberg, 1965), o dużym stopniu lęklivosti (Wylie, 1957), zmienne (Jakubowski i in., 1975), niecierpliwie, nierównoważone, bardziej impulsywne, uparte, aroganckie, ulegające znudzeniu i zniecierpliwieniu w sytuacjach, w których szybkie działanie jest niemożliwe. Można więc przyjąć za C. Rogersem (1959; por. Palak, 1981), że samoakceptacja jest ściśle związana z wieloma pozytywnymi i społecznie pożądanymi cechami oraz z większą dojrzałością osobowości. Brak jej wiąże się z osobowością niedojrzałą, z niepożądanymi cechami i zaburzeniami osobowości. Zauważyć przy tym jednakże należy, że niezależnie od tego, na który z korelatów samoakceptacji położony jest nacisk, wszelkie rozważania w tym zakresie zmierzają do wiązania akceptacji siebie przez jednostkę z jej przystosowaniem społecznym.

Według J. Reykowskiego (1966) samoakceptacja jest jednym z głównych czynników determinujących funkcjonowanie człowieka. Dla J. Jakubowskiego (1968) natomiast samoakceptacja i dobre przystosowanie są zmiennymi współzależnymi. Im większa akceptacja siebie, tym lepsze przystosowanie się i odwrotnie. Zmiany jednego czynnika powodują zmiany drugiego. Stwierdzenie J. Jakubowskiego oparte zostało na przeprowadzonych przez niego badaniach empirycznych, efektem których było sformułowanie przez autora następujących twierdzeń szczegółowych: im wyższy



poziom akceptacji siebie, mierzonej zgodnością pomiędzy realnym a idealnym obrazem siebie, tym wyższy stopień zainteresowań i motywacji, większa wolność od niepokoju, narzekań i niedowierzania sobie, wyższy stopień zainteresowania wewnętrznymi potrzebami, motywami i doświadczeniami innych, wyższy stopień i większa adekwatność samokontroli, bardziej towarzyskie usposobienie, wyższa zdolność do podejmowania społecznej inicjatywy, większa tolerancja wobec społecznych postaw i przekonań oraz wyższe poczucie osobistej wartości i zdolności do niezależnego myślenia i działania tam, gdzie ceni się autonomię i niezależność. Natomiast im niższy stopień akceptacji siebie, tym niższy poziom wymienionych zespołów cech. Badania o zbliżonej procedurze badawczej i podobnych rezultatach prowadzili: C. Bier (1948), E. Berger (1952), T. Hanlon i in. (1954), J. Blook i H. Thomas (1955), B. Chodorkoff (1954), R. Turner i R. Vanderlippe (1958), M. Engel (1959), K. Worrell (1959), H. Gough (1960), R. Wylie (1961), R. Filer (1962), J. Fuster (1963), R. Boskier (1970), S. Schluderman i E. Schludermann (1970), W. Szewczyk (1975), K. Popielski (1975) oraz wielu innych. Nie wszystkie oczywiście badania dotyczyły w istocie problemu sprowadzającego się - w czystej postaci - do związków pomiędzy samoakceptacją a przystosowaniem. Często były one tylko wycinkiem szerszych opracowań lub też opracowaniami akcentującymi inne wymiary własnej osoby, jak np. samoocenę. Ale informacje zebrane w toku ich analizy wskazują jednoznacznie na istotę zależności pomiędzy samoakceptacją a przystosowaniem, i to najczęściej w relacji tej, którą charakteryzuje J. Jakubowski (1968).

Stanowisko J. Jakubowskiego wskazuje również na prostoliniowość zależności między samoakceptacją a przystosowaniem. Jest to potwierdzenie hipotezy, będącej przez długi czas podstawową. Jej początków doszukiwał się S. Siwek (1980) w poglądach Z. Freuda i K. Horney, którzy wskazywali, że rozbieżność między idealizowaniem własnej osoby a rzeczywistością jest źródłem poczucia winy i wiąże się z neurotyzmem.

Obecnie - w świetle analizy niektórych badań empirycznych, dokonanych m.in. przez E. Paszkiewicz (1974; por. Reykowski, 1970) - hipoteza ta została zastąpiona hipotezą zależności krzywoliniowej (zob. Byrne, 1966), w której zarówno niskie,

jak i bardzo wysokie wskaźniki rozbieżności między "ja" realnym a "ja" idealnym łączą się z nieprzystosowaniem, podczas gdy wskaźniki o średnim poziomie wskazują na przystosowanie.

Opowiedzenie się tak za jedną, jak za drugą hipotezą nasywa szereg trudności. Wiele bowiem badań, o których mowa w tym rozdziale, potwierdza, z jednej strony, słuszność zależności prostoliniowej, a z drugiej, zależności krzywoliniowej, jakie zachodzą pomiędzy samoakceptacją a przystosowaniem. S. Siwek (1980), doszukując się przyczyn rozbieżności w tym względzie, uważa, iż tkwią one przede wszystkim w ogólności i wieloznaczności pojęcia przystosowania, które bywa rozmaicie pojmowane i rozumiane, a tym samym różnie określane i mierzone za pomocą różnorodnych narzędzi pomiaru. Nie sposób nie zgodzić się z takim wnioskiem, zwłaszcza że w badaniach, w których stosowano te same narzędzia pomiaru poziomu przystosowania, uzyskano zadziwiająco zgodność lub zbliżone podobieństwo związków potwierdzających słuszność jednej z hipotez. Słuszny również wydaje się pogląd S. Siwka, że bardzo możliwe jest występowanie zróżnicowanych zależności pomiędzy samoakceptacją a pewnymi aspektami przystosowania, np. zależność krzywoliniowa w jednej relacji, a prostoliniowa w drugiej itd. Wskazane zatem byłoby podjęcie rzetelnych badań, mających na celu wyjaśnienie omawianego problemu.

## II. PSYCHOSPOŁECZNE FUNKCJONOWANIE OSÓB Z PARAPLEGIA

### Charakterystyka skutków paraplegii

#### 1. Fizjologiczne następstwa uszkodzenia rdzenia kręgowego

W rozmaitych urazach kręgosłupa, dotyczących przede wszystkim odcinków charakteryzujących się dużą ruchomością fizjologiczną (odcinek szyjny i lędźwiowy), niezależnie od uszkodzenia części kostnych i aparatu więzadłowego, może nastąpić cięższe lub lżejsze uszkodzenie rdzenia kręgowego (por. Prusiński, 1983; Szulc, 1983). S. Fiałkowski (1971; por. Głuch, 1981) podaje, że tylko 10-15 % złamań kręgosłupa powikłanych jest uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Wydaje się jednak, że jest to tylko stan wyjściowy, ponieważ - jak twierdzą E. Gadula i A. Franek (1986) - u części chorych pierwotne uszkodzenia są stosunkowo niewielkie i dopiero błędy w postępowaniu, szczególnie na miejscu wypadku i podczas transportu, prowadzą do poważnych uszkodzeń wtórnych, zwiększając tym samym odsetek chorych zagrożonych uszkodzeniem rdzenia - do 17 % uszkodzeń.

Wyróżnia się kilka rodzajów uszkodzeń rdzenia kręgowego, w zależności od stopnia intensywności obrażeń (zob. Prusiński, 1983; Szulc, 1983). Ogólnie jednak sprowadzają się one do dwóch podstawowych (Chromiec, 1983): uszkodzeń całkowitych i częściowych - J. Makowski (1971) mówi jeszcze o uszkodzeniu korzonków nerwowych - od których to, jak się powszechnie sądzi, zależą możliwości funkcjonalne chorego. Możliwości te zależą również, i to w dużym stopniu, od wysokości uszkodzenia segmentu rdzenia. Dlatego przyjmuje się (zob. Chromiec, 1983; Weiss, 1983; i inni), że najcięższe przypadki dotyczą uszkodzeń części szyjnej, a w niej wysokości C<sub>1</sub>-C<sub>5</sub>, na której to występuje upośledzenie czynności oddychania. W przypadkach całkowitego

uszkodzenia rdzenia stwierdza się u chorych brak ozucia powierzchniowego i głębokiego oraz funkcji dowolnych mięśni, na tych poziomach, na których uległy zniszczeniu segmenty rdzeniowe i poniżej ich. Charakter uszkodzeń częściowych rdzenia jest bardziej zróżnicowany i daje wiele różnorodnych zjawisk, w związku z niejednorodnym obrazem upośledzenia funkcji neurologicznych, uzależnionych od wysokości uszkodzonego segmentu rdzenia oraz od głębokości i rozległości jego uszkodzenia. Stąd klasyfikacja uszkodzeń częściowych wyróżnia następujące zespoły neurologiczne: stłuczenie rdzenia, wstrząśnięcie rdzenia (Prusiński, 1983; Szulc, 1983), zespół centralny, zespół tętnicy przedniej (Chromiec, 1983) oraz zespół Brown-Sequarda (Jakimowicz, 1981; Chromiec, 1983; Szulc, 1983).

Kiedy omawiamy fizjologiczne następstwa uszkodzenia rdzenia kręgowego, ważne wydaje się przedstawienie charakterystyk poszczególnych stanów klinicznych, jakie występują w przebiegu uszkodzenia rdzenia, ze względu na zmieniającą się w nich patologię, co w konsekwencji rzutuje tak na stan medyczny, jak i psychiczny oraz społeczny chorego, a tym samym na jego późniejsze przystosowanie bądź nieprzystosowanie do życia w zmienionych warunkach. Według M. Weissa (1974) w przebiegu uszkodzenia rdzenia kręgowego wyróżnia się pięć następujących po sobie stanów klinicznych. Są to:

- Stan ostry. Trwa około 3 tygodni i charakteryzuje się brakiem odruchów fizjologicznych i patologicznych poniżej uszkodzonego neuromeru przy uszkodzeniach całkowitych i głębokich częściowych. W tym stanie, zwanym "szokiem rdzeniowym", poza objawami neurologicznymi, występują również inne zaburzenia, jak: zatrzymanie moczu i stolca, brak ruchów robaczkowych jelit, zmiany skórne, obniżenie ciśnienia krwi, brak erekcji (Jakimowicz, 1981) oraz skłonności do odleżyn;

- Stan kompensacyjno-regeneracyjny. Trwa około 3 miesiące i charakteryzuje się pojawieniem (niekiedy) objawów patologicznych. Jest to wynik tworzenia się nowych połączeń międzykomórkowych w rdzeniu, na podstawie których dochodzi do reorganizacji odruchowej czynności izolowanego przez uraz odcinka rdzenia, w przypadkach uszkodzeń całkowitych, a w przypadkach uszkodzeń częściowych, kompensowanie czynności rdzenia. Przy czym - jak twierdzi M. Weiss (1974) - prawie nigdy nie obser-

wuje się powrotu funkcji rdzenia, który przez pierwsze 2-3 tygodnie po urazie wykazuje cechy całkowitego uszkodzenia (24-48 godz. za: Haftek, Makowski, 1986; Kiwerski, 1986).

W stanie tym dochodzi do wyrównania w zaburzeniach naczynioruchowych, pojawia się automatyzm pęcherza - "spontaniczne" opróżnianie na drodze odruchowej (Jakimowicz, 1981) - usprawnia się wydalanie stolca oraz ustępują zaburzenia troficzne skóry;

- Stan utrwalających się zaburzeń neuropatologicznych.

Trwa od 6 do 24 miesięcy od uszkodzenia, charakteryzuje się nasileniem spastyczności, podatnością na skostnienia okołostawowe, złamaniami kości długich i różnego rodzaju zaburzeniami urologicznymi;

- Stan utrwalonych uszkodzeń neurologicznych. Występuje powyżej 2 lat po urazie i charakteryzuje się niekiedy spastycznością o dużym nasileniu, ograniczeniami ruchomości stawów oraz zaburzeniami troficznymi skóry, które mogą powodować chroniczne odleżyny z przetokami sięgającymi nieraz okolic kostnych;

- Stan przewlekły "człowieka rdzeniowego". Trwa całe życie i objawia się obniżeniem ogólnej wydolności fizycznej i osłabieniem siły mięśni nie porażonych, rozlicznymi zmianami w układzie moczowym i kostno-stawowym oraz - niekiedy - chronicznymi odleżynami.

Tak poważne następstwa fizjologiczne uszkodzeń rdzenia występują zazwyczaj w przypadkach bardzo skomplikowanych z medycznego punktu, źle prowadzonych i pielęgnowanych, nieprawidłowo rehabilitowanych oraz - często - w wyniku nałożenia się szeregu przyczyn związanych tak ze stanem psychicznym (zaburzeniami), jak i nieprawidłowymi warunkami rodzinnymi i środowiskowymi chorego, co szczególnie odnosi się do trzech ostatnich okresów, kiedy pacjent jest już wypisany ze szpitala lub ośrodka rehabilitacyjnego, a tym samym pozbawiony stałej kontroli odpowiednich służb medycznych i rehabilitacyjnych. Bywa jednak niekiedy, że u najlepiej nawet prowadzonych i usprawnianych chorych, posiadających optymalne warunki materialne, rodzinne i mieszkaniowe oraz wykazujących prawidłowy stan psychiczny, nie sposób uniknąć szeregu powikłań, takich chociażby, jak: odleżyny, dysfunkcje dróg moczowych, zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego, spastyczność, przykurcze, zaburzenia

troficzne, skostnienia pozaszkieletowe, rozległe zaniki mięśniowe, bóle neurologiczne oraz złamania patologiczne (por. Daab, 1981; Szulc, 1983; Weiss 1983; Gadula, Franek, 1986), które bardzo komplikują życie człowieka z uszkodzonym rdzeniem kręgowym. Urazy rdzenia należą bowiem do tych schorzeń, w których niezwykle łatwo i szybko nabywa się "dodatkowych" dolegliwości. Stąd niesłychanie istotną rzeczą jest, aby chorzy z uszkodzeniem rdzenia kręgowego stosowali się ściśle do zaleceń personelu medycznego i rehabilitacyjnego zarówno na oddziale szpitalnym, rehabilitacyjnym, jak i w domu. W uszkodzonych komórkach nerwowych zjawisko regeneracji nie występuje, a wszelkie próby zespolenia na powrót przerwanego rdzenia kończyły się niepowodzeniem. Próbowali tego dokonać R. Harte i F. Stewart, S. Stauffer, F. Goodman oraz V. Nickel (za: Daab, 1981), lecz okazało się to niemożliwe. Stąd wniosek może być tylko jeden: od całkowitego uszkodzenia rdzenia kręgowego odwrotu nie ma (por. Głuch, 1981).

Wieloletnie obserwacje i badania osób z uszkodzeniem rdzenia pozwalają na ustalenie zależności pomiędzy poziomem uszkodzenia segmentów rdzenia a ogólną funkcją samoobsługową i lokomocyjną, jaką są w stanie te osoby uzyskać w wyniku oddziaływań rehabilitacyjnych. Według J. Weinberg (1982; por. Chromiec, 1983), osoby z uszkodzeniem  $C_1-C_3$  mają poważne kłopoty z oddychaniem - wymagają zatem sztucznej wentylacji (wspomagania). Brak im czucia i funkcji poniżej szyi, mogą jednak poruszać szyją i potrafią kierować (ustami) swoim wózkiem elektrycznym. Przy uszkodzeniach  $C_4-C_5$  mogą oddychać bez sztucznej wentylacji, potrzebują wózka i urządzeń pomocniczych. Nie mają czucia ani funkcji poniżej obojczyka, zazwyczaj jednak potrafią ubrać górną część tułowia przy pomocy dodatkowych urządzeń.  $C_6$  to - zdaniem autorki - najczęściej występujący poziom uszkodzenia. Osoby z tym uszkodzeniem mają czynne mięśnie trójgłowe i dwugłowe rąk, mogą więc używać ręcznie poruszanego wózka - na krótkich dystansach. Przy uszkodzeniach  $C_7-C_8$  chorzy mogą pracować rękoma bez urządzeń pomocniczych, są zupełnie niezależni w przemieszczaniu się na wózku.  $Th_1$  - to pełne działanie rąk i palców, słaba jednak równowaga w pozycji siedzącej.  $Th_2-Th_5$  zaś, to czucie od poziomu przepony, górna część tułowia bardziej ruchoma. Osoby natomiast z uszkodze-

niem Th<sub>6</sub>-Th<sub>12</sub> mogą być zdolne do stosowania aparatów szynowo-opaskowych (do stania), mogą również brać udział w grach sportowych oraz mogą oddychać mięśniami klatki piersiowej. Przy uszkodzeniach L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub> mogą chodzić przy pomocy aparatów szynowo-opaskowych i kul, zaś przy uszkodzeniach L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> mają zachowane czucie mięśni bioder i kolan. L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> - to działanie niektórych mięśni bioder, kolan, stawów skokowych i stóp, ale brak czucia organów płciowych. I na końcu S<sub>2</sub>-S<sub>4</sub>, na którym to poziomie osoby z tym uszkodzeniem często mają zachowaną funkcję pęcherza i кишки stolcowej oraz wykazują dużą sprawność ruchową polegającą na uzyskaniu całkowitej niezależności samobsługowej i lokomocyjnej. Powyższe zależności stanowią, z czego należy sobie zdać sprawę, jedynie o ogólnych danych, gdyż niemal regułą jest, że pacjenci z częściowymi uszkodzeniami objawiają mieszaninę możliwości funkcjonalnych następstw. Ponadto pacjenci nawet o tym samym poziomie całkowitego uszkodzenia charakteryzują się odmiennymi obrazami klinicznymi.

W zakończeniu tej krótkiej charakterystyki fizjologicznych następstw uszkodzenia rdzenia kręgowego konieczne jest wyjaśnienie dwu terminów, które służą do określania wszystkich tych stanów, jakie były przedmiotem zainteresowania niniejszego rozdziału. Terminami tymi są "paraplegia" i "tetraplegia". Otóż paraplegią nazywamy zespół symetrycznego porażenia dwukończynowego (kończyny dolne) powstały przy uszkodzeniu piersiowo-lędźwiowego poziomu rdzenia kręgowego. Tetraplegia natomiast, zwana również quadriplegią, to zespół porażenia czterokończynowego z porażeniem mięśni tułowia, połączonej z urazem rdzenia w odcinku szyjnym (por. Makowski, 1971).

## 2. Psychologiczne problemy paraplegii

H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975) twierdzą, że dotychczasowe badania nad stanem psychicznym chorych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego dają możliwość określenia przebiegu reakcji pod wpływem szoku psychicznego spowodowanego nagłym powstaniem ciężkiego kalectwa oraz pozwalają prześledzić działanie mechanizmów psychicznych w procesie adaptacji do nowych warunków fizycznych. Zdecydowana większość badaczy zajmujących

się paraplegią stany po urazie rdzenia kręgowego dzieli klinicznie na poszczególne okresy, charakteryzując i określając je czasowo. D. McEver (1972) np. twierdzi, że istnieje teoretyczny model, który prezentuje człowiek ucząc się walki z kryzysami. Model ten składa się z kilku następujących po sobie faz. Podobnie podchodzą do tego zagadnienia: A. Meuller i C. Thompson (1950), S. Fink (1967) oraz H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975). F. Shontz (1965) natomiast przedstawia proces radzenia sobie w sytuacji doznania nagłego kalectwa jako kolejne stadia postępowania - unikania, słabnące i malejące pod względem intensywności i częstotliwości, aż do momentu, w którym ten cykliczny charakter stanie się niezauważalny. S. Tucker (1980) uważa, że cykl ten charakteryzuje się przechodzeniem od ostrej depresji, przez gniew, chaos, usuwanie się do wystąpienia wyraźnej akceptacji prowadzącej do stopniowego, ponownego włączania się w życie. Występuje tutaj silne poczucie oderwania się od własnego "ja" i jest dominujące aż do chwili jego reintegracji, chociaż wydaje się - jak sądzi F. Shontz (1965) - że proces ten nie kończy się pełną akceptacją, ponieważ istnieje nadal szereg trudności i kłopotów, związanych z faktem niepełnej sprawności.

Interesujących obserwacji nad psychicznym stanem pacjentów z uszkodzonym rdzeniem kręgowym dokonały także D. Weller i P. Miller (1977). W wyniku tych badań zidentyfikowały i opisały etapy tzw. progresywnej reakcji (progressive reaction) na uraz, składającej się z szoku, zaparcia się, gniewu oraz depresji. Zdaniem autorek etapy te mogą występować w innej kolejności, ulegać wahaniom, zachodzić na siebie lub nie występować w ogóle. Mogą one również kończyć się takim etapem, jakim jest przystosowanie się do zmienionego fizjologicznego stanu, występującego zazwyczaj dwa do trzech lat od urazu. Do podobnych wniosków doszedł M. Gunther (1971, 1977), zdaniem którego pacjent z uszkodzeniem rdzenia kręgowego przechodzi od etapu początkowego, tzw. chaotycznego zniszczenia (chaotic disruption), trwającego od 1 do 3 dni po uszkodzeniu, przez etap pasywnego przystosowania się do roli "dobrego pacjenta" (good patient) prowadzący do defensywnego zaparcia się, w którym to okresie następuje skonfrontowanie (unaocznienie) konsekwencji uszkodzenia. Wynikiem tego, z powodu rozpaczy, zaniechane zostają



środki obronne, co z kolei prowadzi do typowego kryzysu depresyjnego - do etapu, kiedy stopniowe oddziaływanie kryzysu zlewa się z nabywaniem i stabilizacją nowego "ja", przy stopniowej przemianie obrazu siebie oraz identyfikacji.

Stanowiska D. Weller i P. Miller oraz M. Gunthera są zbliżone do ujęcia zaproponowanego przez M. Brackena i M. Shepard (1980). Autorzy ci dokonali syntezy poglądów wielu badaczy z obserwacji zachowania pacjentów z ostrym przebiegiem urazu rdzenia kręgowego, z perspektywy walki i adaptacji. Doszli oni do wniosku, że psychiczny stan chorych po urazie można scharakteryzować przez następujące reakcje: wyparcie, represja, regresja, projekcja, zaprzeczenie i izolacja; wściekłość i gniew; targowanie się; depresja; akceptacja. M. Bracken i M. Shepard nie wyznaczają poszczególnych faz, stadiów oraz okresów i nie określają ich czasowo, lecz koncentrują się na analizowaniu zaistniałych (zaobserwowanych) reakcji psychologicznych.

Wyparcie, represja, regresja, projekcja, zaprzeczenie i izolacja należą do klasycznych mechanizmów obronnych, które mogą być uruchamiane w pierwszym ostrym okresie i które wespół z wściekłością, gniewem, targowaniem się i depresją zostały zakwalifikowane przez autorów do komponentu obrony (defence) w walce z ostrym urazem rdzenia, w przeciwieństwie do akceptacji, zaliczonej do komponentu innych zwalczających reakcji (other coping reactions). L. Guttman (1976) uważa, że niektóre z tych klasycznych mechanizmów mogą być wywołane przez czynniki fizyczne, takie jak np. niedobór tlenu u pacjentów bezpośrednio po urazie rdzenia.

Wyparcie jest reakcją częściej dyskusowaną. Określenie to używane jest jednak do opisu tych samych obserwacji przez wszystkich badaczy. Choć wielu z nich zgodnie stwierdza, że wyparcie we wczesnym stadium urazu odgrywa pozytywną rolę jako mechanizm obronny, to niektórzy jednak zauważają, że w późniejszym okresie staje się ono przeszkodą w procesie rehabilitacji pacjenta z paraplegią (Lipp i in., 1968; Siller, 1969; Murphy, 1974; Vincent, 1975; Guttman, 1976). Zaobserwowano też, że podstawowe w mechanizmie wyparcia staje się uświadomienie sobie przez pacjenta (mężczyznę) utraty cech męskich (Winston i in., 1969). Wielu autorów zwraca również uwagę, że gdy reak-

cja wyparcia przedłuża się na okres rehabilitacji, to prawie zawsze prowadzi do pojawienia się ostrej depresji (Roberts, 1972; Stern, Slattey, 1975; Vincent, 1975). W następnym okresie, kiedy rzeczywistość urazu zaczyna docierać do świadomości pacjenta, pojawiają się bardzo silne reakcje emocjonalne o charakterze protestu przeciwko swojej sytuacji. Mogą wystąpić: wściekłość, gniew, a także reakcje histeryczne. Przedmiotem złości staje się najczęściej osoba lub sytuacja, którą pacjent uważa za odpowiedzialną bądź za przyczynę swego kalectwa. Złość może wyrażać się otwarcie, ale może także przejawiać się przez bunt (Kerr, Thompson, 1972), pogardę i przebiegłość (Siller, 1969). Zdaniem tegoż J. Sillera okres złości jest niezbędny. Zauważa on również, że pacjent trudny do zniesienia w początkach choroby ma lepszą prognozę co do wyników rehabilitacji niż taki, który nie przeżywał buntu. Reakcja targowania się, wymieniona przez M. Brackena i M. Shepard (1980), nie była opisywana i charakteryzowana. Z tego chyba względu, że jak twierdzi E. Kubler-Ross (1975) występuje ona tylko w sytuacjach poprzedzających zgon i trwa bardzo krótko.

Po okresie złości i (rzadko) targowania się następuje przejście do stanu depresji. S. Tucker (1980) oraz D. Weller i P. Miller (1977) uważają, że problem depresji jest kluczowym problemem psychologicznym w uszkodzeniach rdzenia, gdyż fizyczne konsekwencje, jakie niesie z sobą to schorzenie, powodują natychmiastową i przytłaczającą utratę funkcji mobilności, kontroli i niezależności. Ponadto stanowi ewentualne zagrożenie życia i zapowiada wiele symbolicznych strat w przyszłości pod względem pozycji społecznej, pracy i związków uczuciowych. J. Siller (1969; por. Neff, Weiss, 1965) zauważył, że okresy depresji w tym stadium są tak powszechne, iż powinny być uważane za normalne dla wszystkich pacjentów, a powodem troski powinni być raczej ci, którzy nie doświadczają tej reakcji. G. Hohmann (1975), N. Lawson (1978), N. Wilcox i E. Stauffer (1972), V. Katz i in. (1978) natomiast sugerują, iż depresyjne epizody zmniejszają możliwość powrotu do zdrowia, co w pewnych przypadkach prowadzi do wcześniejszej śmierci przez samobójstwo lub z innych możliwych do uniknięcia przyczyn. Z drugiej jednak strony A. Mueller (1962) i E. Becker-Friedman (1976) wskazują, że depresyjne reakcje u osób z paraplegią mają cha-

rakter przejściowy i sytuacyjny, rzadko kiedy długotrwały i przesadny. Innego zdania jest M. Stachowska (1973), która twierdzi, że depresja nie opuszcza pacjentów z urazem rdzenia, a różni się tylko stopniem nasilenia. Gdyby tak faktycznie było to - według L. Guttmana (1976) - prowadziłyby to do zakłócenia procesu adaptacji i - co więcej - mogłoby doprowadzić do samobójstwa. Wszelkie bowiem przedłużanie się tej reakcji na okres rehabilitacji - zdaniem L. Guttmana - oraz pojawienie się jej częściej niż epizodycznie tylko w ten sposób może się skończyć. Wyniki badań prowadzone przez J. Malca i R. Neimera (1983) potwierdzają te opinie, podkreślając wagę minimalizowania depresji u pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, czym m.in. wspierają twierdzenie N. Lawsona (1978) mówiące, że jest bezwzględnie konieczne, aby zrobić wszystko, co jest możliwe, w celu ochrony pacjentów przed depresją. Świadczy to o niebagatelnej roli depresji w sytuacji osoby z paraplegią.

Inną reakcją emocjonalną, będącą przedmiotem opisu wielu badaczy, jest - jak twierdzą M. Bracken i M. Shepard (1980) - nadmierna zależność. Brak redukcji tej zależności u wielu pacjentów z paraplegią uznawany jest za środek hamujący proces przystosowania. Pokrewne reakcje, obserwowane u chorych z paraplegią, to: agresja i kompensacja (Siller, 1969), uczucie obojętności (Guttman, 1976) i zupełnej beznadziejności (Mueller, Thompson, 1950) oraz myślenie autystyczne, które wyraża się między innymi nierealistycznym nastawieniem do przyszłych zamierzeń (Thorn, 1946).

Po początkowych reakcjach obronnych przychodzi okres akceptacji. Powoływani już wielokrotnie M. Bracken i M. Shepard stwierdzają, że nie zawsze jest ona oznajmiana, stąd towarzyszy jej zastrzeżenie: "ewentualnie" (1980, s.84), lecz zaraz dodają, iż konieczna jest dla pomyślnego leczenia i rehabilitacji (przystosowania) tych osób. Akceptacja w takim wypadku sprowadza się do twórczej fazy rzeczywistej walki z przypadkowością życia i fizycznymi ograniczeniami z powodu inwalidztwa. D. Mechanic (za: Bracken, Shepard, 1980) uważa, że są trzy podstawowe elementy konieczne do pomyślnego przystosowania: walka o własne zdolności, motywacja do sprostania żądanom otoczenia oraz odzyskanie równowagi psychicznej. Zagadnienia

te dotyczą problemu przystosowania osób z paraplegią i stanowią przedmiot analizy, zamieszczonej w rozdziale II, § 2 i § 3 niniejszej pracy.

S. Tucker (1980), dokonując oceny psychologicznych stadiów i faz, a w nich określonych reakcji emocjonalnych, jakie występują u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, zauważa, że tylko niektóre jednostki z urazem są w stanie przejść przez te wszystkie stadia, by osiągnąć etap akceptacji i przystosowania. Większość zatrzymuje się na początkowych okresach depresji i gniewu. U jednostek tych, nawet po kilku latach, wypadek i związane z tym uszkodzenie lub początek niepełnej sprawności, a nawet lata pełnego zdrowia są bardziej "żywe" niż ich obecna sytuacja. Zdaniem autorki przyczyną zróżnicowania osób z paraplegią na te, które potrafią wzrastać psychologicznie, i te, które zatrzymują się w miejscu, jest prawdopodobnie oddziaływanie czynników osobowościowych i sytuacyjnych. Wydaje się, że jednostki, które czynią postępy, mają zazwyczaj silne wewnętrzne - aczkolwiek elastyczne - poczucie własnego "ja", cenią interpersonalne stosunki i wartości intelektualne, odznaczają się wystarczającą kreatywnością, aby wyobrazić sobie alternatywne związki, potrafią wyładowywać złość w sposób efektywny a zarazem kontrolowany oraz posiadają psychologiczną energię, aby wytrzymać. Do korzystnych czynników sytuacyjnych należą tutaj: pomocni przyjaciele i krewni, dobra sytuacja materialna, możliwość zdobycia wykształcenia oraz możliwość uzyskania takiej pracy - w wykonywaniu której ograniczenia funkcjonalne nie będą przyczyną utrudnień. Natomiast jednostki, które zatrzymują się np. na etapie gniewu i rozpacz, nie mają wymienionych czynników sytuacyjnych. Wykazują przy tym trudności w radzeniu sobie z frustracją oraz mają nieadekwatne poczucie własnego "ja", co w wysokim stopniu uzależnione jest od wpływu otoczenia zewnętrznego. Spostrzeżenia dokonane przez S. Tucker są bardzo trafne, w dużej mierze pewnie dlatego, iż autorka sama jest osobą z paraplegią. W wysokim stopniu podkreślają one znajomość mechanizmu występowania i działania psychologicznych reakcji, ich wpływu i związków w procesie przystosowania się jednostek z uszkodzonym rdzeniem kręgowym do nowej sytuacji życiowej. Jak stwierdzają G. Hohmann (1975) i R. Trieschmann (1979), liczne reakcje psychologiczne, jakie

daje się zaobserwować u osób z paraplegią, są niczym innym jak normalnymi reakcjami na nienormalną sytuację. Stąd poznanie ich i uświadomienie sobie w odmiennych relacjach jest konieczne, celem zapobieżenia poważnym psychologicznym i fizycznym następstwom.

Zaprezentowany tutaj przegląd poglądów na psychologiczne następstwa paraplegii, w aspekcie psychicznych stadiów i reakcji, nie może być utożsamiany z obiegowo - niekiedy - funkcjonującym poglądem jakoby uszkodzenie rdzenia kręgowego pociągało za sobą specyficzne zmiany psychiczne, a reakcje na kalectwo wiązały się tylko z cechami osobowości. J. Siller (1969) kategorycznie odrzuca ten pogląd, twierdząc, iż nie ma żadnych dowodów na istnienie specyficznej osobowości człowieka dotkniętego paraplegią.

### 3. Społeczne konsekwencje paraplegii

Coraz powszechniejsze przekonanie, że osoby z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego stanowią poważny problem społeczny, znajduje aprobatę nie tylko wśród socjologów i psychologów, ale również lekarzy, ponieważ - jak się sądzi (por. Makowski, 1971; Holdsworth za: Przeździak, Maceluch, 1986; Kirenko, 1986) - paraplegia to nie tylko medyczne aspekty, jakkolwiek fundamentalne dla wszelkich dalszych dokonań i przedsięwzięć, co raczej ogólnospołeczne wymiary, o których należy tutaj mówić.

Zdaniem autorów Ekspertyzy PAN (1978), średnio na jeden milion mieszkańców przypada rocznie około 10 wypadków urazowego uszkodzenia rdzenia kręgowego. Natomiast według H. Głucha (1981) w krajach uprzemysłowionych w skali rocznej dochodzi do trzech uszkodzeń rdzenia na 100 tys. mieszkańców, w Polsce np. liczba osób nabywająca paraplegii w ciągu roku waha się od 350 (Przeździak, Maceluch, 1986) do około 500-800 (Makowski, 1971). H. Głuch (1981) dokonał orientacyjnych obliczeń i okazało się, że przy przyjęciu za podstawę relacji: 3 uszkodzenia rdzenia na 100 tys. obywateli oraz średni czas przeżycia na poziomie 17-18 lat, to na każde 100 tys. mieszkańców w Polsce przypada 50 osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, co stanowi liczbę

18 tys. chorych. Przy czym autor przypuszcza, że z liczby tej około 40 % to ludzie z całkowitym uszkodzeniem rdzenia, a pozostali to chorzy z częściowym uszkodzeniem, o różnym poziomie urazu. Do powyższych danych należy podchodzić jednak ze szczególną ostrożnością. Są one chyba zawyżone, zważywszy chociażby fakt niejednorodności przyjmowanych wskaźników pomiaru, jak i bazowanie w dużym stopniu na epidemiologicznych wskaźnikach wziętych z krajów wysoko rozwiniętych, w szczególności z USA, gdzie są one najwyższe (całkowita liczba osób z para- i tetraplegią szacowana jest tam na poziomie 150 tys.), od 7 do 10 tys. nowych przypadków rocznie (za: Trieschmann, 1980).

Jeszcze 50 lat temu 60-90 % pacjentów z uszkodzonym rdzeniem kręgowym (por. Mueller, Thompson, 1950; Daab, 1981) umierało w pierwszych tygodniach i miesiącach po urazie, pozostali - którzy przetrwali ten pierwszy okres - żyli z paraplegią najwyżej kilka lat (do 5 lat - według J. Daaba). Gwałtowny wzrost liczby osób z tego typu porażeniem, w wyniku działań II wojny światowej oraz szybkiego rozwoju komunikacji i przemysłu, przyczynił się niewątpliwie do rozwoju medycyny rekonstrukcyjnej i rehabilitacji, skutkiem czego ewidentnie zmalała śmiertelność osób w pierwszym okresie po uszkodzeniu rdzenia, odwracając ten zatrważający 80-procentowy wskaźnik śmiertelności na korzyść takiego samego odsetka utrzymanych przy życiu. Zaczęły powstawać ośrodki rehabilitacyjne, specjalizujące się w leczeniu i usprawnianiu osób z tego typu upośledzeniem. Osiągnęły one wspaniałe rezultaty, co spowodowało, że np. L. Guttman (za: Mueller, Thompson, 1950) tę, jakże radykalną zmianę, skonkludował: "W przeszłości człowiek z całkowitym poprzecznym uszkodzeniem rdzenia kręgowego był ogólnie uznawany za beznadziejny przypadek. Ci zaś pacjenci, którzy przetrwali, uważali swoje życie za zmarnowane i niepotrzebne. Doświadczenia podczas ostatniej wojny światowej pokazały jednak, że te przypadki, które zostały należycie pokierowane od początku nie musiały wcale oznaczać beznadziejności" (s. 95). Istotnie, stosowanie różnorodnych metod operacyjnych stabilizujących kręgosłup w miejscu uszkodzenia, zapobieganie powikłaniom, nowe metody pielęgnowania czy tworzenie oddziałów dla "ostrych" przypadków, to duże osiągnięcia, warunkujące zapewne prawidłowy przebieg dalszego usprawniania i powrotu do aktywnego życia

(Kirenko, 1986). Czas życia tych chorych znacznie się wydłużył. O ile bowiem - jak podaje W. Jones (za: Mueller, Thompson, 1950) - z 4 tys. żołnierzy, którzy nabyli paraplegię w I wojnie światowej, po 20 latach przy życiu został tylko jeden, to obecnie w Wielkiej Brytanii np. (zob. Głuch, 1981) średni czas przeżycia oceniany jest na 18 lat, zaś według statystyk amerykańskich, czas ten dla paraplegii wynosi 17 lat, a tetraplegii - 14 lat. Przy czym u chorych z częściowym uszkodzeniem rdzenia jest on dłuższy średnio o 4 lata. Czas ten - o czym mówi H. Głuch - zależy również od wielu czynników, w tym szczególnie od czynników natury społecznej, jak chociażby warunki środowiskowe, zawodowe czy bytowe.

To ciężkie inwalidztwo, jakim jest paraplegia, pociągające za sobą szereg ograniczeń, między innymi w sferze funkcjonalnej, poznawczej i psychicznej - o których była wcześniej mowa - do niedawna jeszcze skazujące osobę z poprzecznym porażeniem na stałą zależność od otoczenia, przy obecnie ciągle udoskonalanych oddziaływaniach rehabilitacyjnych pozwala sporej grupie chorych na powrót do czynnego życia społecznego i zawodowego. Szczególnie dużą rolę, zwłaszcza w początkowym okresie, odgrywa tutaj zdolność i praca nad nabywaniem nowych umiejętności i funkcji życiowych. H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975) mówią, że pomyślne przeprowadzenie osoby z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego przez kolejne etapy usprawnienia ruchowego aż do etapu samodzielnego poruszania się na wózku inwalidzkim, umiejętności wykonywania czynności życia codziennego, samoobsługi oraz czynności związanych z zakresem terapii zajęciowej, podejmowanych z myślą o profilaktyce zaburzeń narządowych i doskonaleniem percepcji ruchów, pozwala na powrót do warunków życia społecznego, abstrahując oczywiście od kontestu zagadnień psychicznych, doświadczanych przez osoby z paraplegią, a odgrywających przecież niebagatelną rolę w tym powrocie. Autorki nadmienią również, iż zagadnienie opanowania nowych umiejętności - właściwie powinno się mówić o ponownym nauczaniu się tych umiejętności i funkcji, rozwijanych w trakcie życia osobniczego, które uległy zatraceniu na skutek urazu - nie wyczerpuje kontekstu problemów społecznych i ich złożoności, jakie pojawiają się podczas pobytu chorego z paraplegią w oddziale szpitalnym i rehabilitacyjnym. Na tym etapie

ważna jest również - zdaniem H. Heflich-Piątkowskiej i J. Walickiej - profilaktyka zabezpieczająca pacjentów przed ewentualnymi późniejszymi trudnościami życiowymi, które niewątpliwie związane są z samą istotą oraz zakresem kalectwa. Profilaktyka ta polega, ze strony personelu medycznego, przede wszystkim na zabezpieczeniu kontaktów rodzinnych i społecznych, przekazywaniu informacji o stanie fizycznym i postępach, stymulowaniu zainteresowań i kontaktów interpersonalnych oraz kształtowaniu postaw ze strony najbliższego otoczenia. Są to ważne przedsięwzięcia, ponieważ - według H. Heflich-Piątkowskiej i J. Walickiej - przeciwdziałają wytworzeniu się zjawiska tzw. pozornej niezależności (por. Siller, 1969), co bardzo często obserwuje się u chorych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w czasie ich pobytu w szpitalu lub ośrodku rehabilitacyjnym. Osoby z paraplegią żyjące w zamkniętym ośrodku szpitalnym czują się bezpieczne, podporządkowując się niekiedy wymaganiom rehabilitacyjnym bez pełnego osobowościowego zaangażowania i bez postaw antycypacyjnych (Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975). Mają zaufanie do personelu i do siebie samych. Kiedy zaś wracają do domu i rozpoczynają samodzielne życie, muszą się nauczyć żyć w otwartym świecie i to bez względu na reakcje, jakie wywołuje ich wygląd zewnętrzny i trudności wynikłe z określonych sytuacji społecznych. Wiele danych wskazuje na to, że przebywanie inwalidów z ciężkim schorzeniem narządu ruchu wśród ludzi zdrowych, pełnosprawnych, w poważnym stopniu wpływa na akceptację przez nich niesprawności, na chęć życia w nowych warunkach oraz na zadowolenie z udziału w życiu społecznym. Decydujące słowo w tej sprawie należy jednak nie do inwalidy lecz do środowiska społecznego i zależy od stosunku tego środowiska do osoby niepełnosprawnej. Nie sposób w tym miejscu pominąć zagadnienia, parokrotnie już wspomnianego, jakim jest relacja zależności i niezależności osób z paraplegią od społeczeństwa. S. Tucker (1980) twierdzi, że zależność i niezależność wydają się najważniejszymi interpersonalnymi problemami u osób z uszkodzeniem rdzenia. Osoby te bowiem stają się bardziej zależne od innych, bo uzależnienie to dotyczy nawet podstawowych czynności życia codziennego. Faktem tym może być wywołana konieczność radykalnego przystosowania, szczególnie że niezależność jest tak bardzo ceniona w wielu społeczeństwach.



Stąd osoby z uszkodzonym rdzeniem kręgowym, chcąc być samodzielne, muszą stać się - przede wszystkim - bardziej niezależne umysłowo i emocjonalnie. Niewiele bowiem jest - zdaniem S. Tucker - modeli ról lub subkultur, z którymi mogliby się inwalidzi identyfikować i które pomogłyby im w integracji, gdyż sztywne standardy stawiane wobec osób niepełnosprawnych są tak przeceniane i przypisuje się im zbyt wiele wartości, że człowiekowi niepełnosprawnemu już z definicji nie może się powieść.

E. Wittkower i inni (1954), podsumowując badania nad psychospołecznymi reakcjami osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, stwierdzają wprost, iż społeczeństwo nasze nie przyjmuje inwalidów do siebie z otwartymi ramionami. I to jest prawdą. Istnieją bowiem setki przykładów, wskazujących na trudności uniemożliwiające osobom niepełnosprawnym pełną integrację ze społeczeństwem (por. Kirenko, 1986). Lista społecznych problemów niesionych przez paraplegię jest bardzo bogata, od tzw. barier architektonicznych i społecznych, problematykę życia rodzinnego, przygotowania zawodowego oraz pracy, do np. zagadnień związanych z życiem seksualnym, i nie sposób jej tu w całości powołać. Dotyczy ona bowiem całokształtu życia ludzkiego, ze wszystkimi jego aspektami, a możliwości analiz są różnorodne, w zależności od przyjętych kryteriów. Można je rozpatrywać w aspekcie: rodzinnym, instytucjonalnym, towarzyskim i - w szeroko rozumianym, aspekcie społecznym (zob. Górczycka, 1981). Można je również omawiać, biorąc pod uwagę uwarunkowania wiekowe (paraplegia wieku dziecięcego, dorosłego i starczego), co uczyniły np. H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975). Niniejszy rozdział stanowi jedynie wprowadzenie w istotę charakteru paraplegii, naświetlając najważniejsze problemy dotyczące osób z tego typu schorzeniem.

## Inwalidztwo a proces przystosowania

W jedynym polskim słowniku rehabilitacji, pod red. T. Gałkowskiego i J. Kiwerskiego (1986), pojęcie przystosowania traktowane jest jako synonim adaptacji i w swej definicji - w zasadzie - nie odbiega od określeń tego pojęcia umieszczonych w innych słownikach ("reakcja przystosowawcza do określonej

sytuacji bodźcowej", (s. 15). Ma to miejsce jednak tylko w części dotyczącej ogólnego znaczenia terminu, ponieważ w zakończeniu objaśnienia hasła jego autor uzupełnia, iż w rehabilitacji osób niepełnosprawnych szczególne znaczenie przypisywane jest adaptacji psychicznej i adaptacji społecznej. Stwierdzenie to stwarza pozycję wyjściową do wyjaśnienia obu tych pojęć w dalszej części słownika. I tak, adaptacja psychiczna to "proces wewnętrznych przemian (psychicznych), który zapewnia im (inwalidom - przyp. J.K.) funkcjonowanie w warunkach niepełnosprawności (inwalidztwa)" (s. 15), przy czym proces ten przebiega w sferze intelektualnej, emocjonalnej i behawioralnej. Natomiast adaptacja społeczna osób niepełnosprawnych, złączona z adaptacją psychiczną, to "przystosowanie do warunków życiowych zmienionych wskutek kalectwa i przez to wymagających zmodyfikowania własnych postaw osoby niepełnosprawnej, także odpowiednie zmiany stosunku, jaki przejawia najbliższe otoczenie" (s. 15).

Bardzo kompleksową wydaje się próba wyjaśnienia rozumienia terminu "przystosowanie" dokonana przez A. Hulka (1969). Autor uważa, że "przystosowanie inwalidy to proces odchodzenia od stanu, w jaki wprowadziło go upośledzenie, i dojście do takiego stanu, który pozwoli mu na prowadzenie życia na równi z nieinwalidami" (s. 92), i dalej: "aby przystosowanie to było pełne, powinno dokonać się pod względem fizycznym, psychicznym i społecznym" (s. 92).

R. Silver i C. Wortman (1984), analizując teoretyczne problemy związane z definicją przystosowania, zadają pytanie o istotę znaczenia tego pojęcia. Odpowiadają zarazem, że sformułowanie ścisłej definicji skutecznego radzenia sobie, czyli przystosowania, jest niezwykle trudnym zadaniem, które m.in. ograniczyło postęp w tej dziedzinie. Przyczyny tego stanu rzeczy - zdaniem autorek - są różne, w rzeczywistości jednak sprowadzają się do odpowiedzi na kolejne pytania: Do jakiego stopnia można założyć, że takie m.in. cechy czy składniki charakteryzujące przystosowanie, jak: panowanie nad stresem emocjonalnym, realistyczna ocena sytuacji, zdolność do osiągnięcia akceptowanych społecznie celów, pozytywna samoocena i pozytywne spojrzenie na sytuację są równoznaczne z efektywnym radzeniem sobie? Chcąc np. ustalić predyktory skutecznego przysto-

sowania do inwalidztwa po urazie rdzenia kręgowego, można zbadać wiele jego szczegółowych elementów, takich chociażby, jak: brak skarg na dolegliwości somatyczne, brak przeżywania silnego stresu emocjonalnego, współdziałanie w programie rehabilitacyjnym czy powrót do aktywności społecznej i zawodowej. Tylko czy akurat te elementy będą związane z przystosowaniem i będą na nie wskazywać? A jeżeli nawet będą, to czy przypadkiem nie zmieniają się z upływem czasu, bo przecież mogą nie mieć stałego charakteru? Takich i podobnych pytań jest wiele. Zagadnienie przystosowania - jak już wielokrotnie wspomniano - jest tak wielostronne (wielokierunkowe i wieloaspektowe), że nie sposób jednoznacznie wyjaśnić wszystkich wątpliwości wynikających z tego tytułu (zob. rozdz. I, § 1). Problem zaczyna nabierać dodatkowych wymiarów, kiedy analizę procesu przystosowania sprowadzi się do jej przebiegu u osób chorych, niepełnosprawnych i kalekich. Podejmując zatem próbę wyjaśnienia mechanizmów przystosowawczych u tychże osób, należy zaznaczyć, że nie można w sposób bezpośredni odwoływać się do ogólnych koncepcji przystosowania, jakie zostały opracowane na gruncie psychologii przystosowania. Należy raczej, mając je na uwadze, skoncentrować się przede wszystkim na tych teoriach, które oparte są na empirycznym materiale zaczerpniętym z ośrodków opieki zdrowotnej, a powstało ich na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat bardzo wiele (por. Silver, Wortman, 1984). Powinny one przyczynić się do lepszego zrozumienia funkcjonowania jednostki niesprawnej, tak bardzo różniącej się od osób zdrowych. Zorientowanie zaś badacza na wybranej koncepcji ogólnej, najbardziej jego zdaniem trafnej, pozwala mu oprzeć swoje badania na naukowych podstawach teoretycznych. Kilka ujęć przebiegu przystosowania się osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego zaprezentowano w rozdz. II, § 2, dotyczącym psychologicznych następstw paraplegii. Część z nich trudno nazwać koncepcjami w pełnym tego słowa znaczeniu. Były to po prostu opisy poszczególnych faz i stadiów, jakie - zdaniem ich autorów - zachodzą u chorych z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Wymieniano najczęściej trzy lub cztery stadia, wśród których ostatnim okresem - występującym u wszystkich osób dotkniętych paraplegią - była zazwyczaj faza akceptacji i adaptacji. O ile jednak poprzednie dwa lub trzy okresy były przez

autorów w miarę dokładnie opisywane, o tyle ten ostatni zawierał się przeważnie w pojedynczym stwierdzeniu: Jeżeli pacjent zacznie akceptować to, że nie jest już tym kim był, to może śmiało myśleć o powrocie do aktywnego życia społecznego. Jest to zdecydowanie za mało (Kirenko, 1986). Natomiast w przypadku autorów, m.in. F. Shontza, D. Weller i P. Miller oraz M. Gunthera, którzy opierali się na rzetelnych teoriach przystosowania do inwalidztwa, ograniczono się wyłącznie do przedstawienia poszczególnych faz, jakie osoba z paraplegią przechodzi, od momentu nabycia schorzenia aż do okresu pobytu w domu, czyli tzw. "okresu rdzenlowego". Analiza tych ujęć prowadzona więc była nie pod kątem przechodzenia z jednego stadium w drugie i kolejne wyższe, aż do chwili zaakceptowania przez chorego swego nowego stanu i nowej sytuacji, innymi słowy, nie dotyczyła przebiegu procesu przystosowania, lecz odnosiła się raczej do naświetlenia ogólnych psychologicznych problemów związanych z paraplegią. Założeniem tego wycinka pracy było bowiem tylko scharakteryzowanie funkcjonalnych, psychologicznych i społecznych następstw paraplegii, aby dopiero w oparciu o te treści, jak i wcześniejsze dokonania w zakresie problematyki przystosowania, można było prześledzić proces przystosowania osób niepełnosprawnych.

A. Hulek (1974), dokonując przeglądu teorii próbujących wyjaśnić reakcje na inwalidztwo i ich wpływ na osobowość, a tym samym na sposób przystosowania, wyodrębnił sześć grup, w ramach których je analizowano. Są to: teorie stosunków międzyludzkich, teorie obrazu ciała, teorie motywacji, teorie postaw i osobowości, teorie krytycznych przeżyć oraz grupa różnych teorii, jak np.: teoria porównywania poziomów, teoria stresu, teoria indywidualnego przypadku czy tradycyjna teoria A. Adlera. Natomiast powoływani już parokrotnie R. Silver i C. Wortman (1984) z dużej ilości i różnorodności teorii wybrali i przeanalizowali pięć kierunkowych: teoria angażowania się i uwalniania od podniety E. Klingera, scalony model C. Wortman i J. Brehma, teoria wyuczonej bezradności M. Seligmana, teoria reakcji na kryzys F. Shontza (teoria ta została zaliczona przez A. Hulka (1974) do grupy teorii motywacji) oraz teoria reakcji zaradczych R. Lazarusa. Interesującą cechą tych teorii - zdaniem R. Silver i C. Wortman (1984) - jest to, że opierają

się one na pewnych wspólnych założeniach dotyczących procesu przystosowania, które są powszechnie przyjmowane wśród praktyków jak też wśród niespecjalistów. Te powszechne przekonania sprowadzają się do tego, iż sądzi się, że po pierwsze - istnieją uniwersalne reakcje na sytuację traumatyczną, takie jak szok czy depresja, po drugie - że ludzie radzą sobie z tymi sytuacjami, przechodząc kolejne stadia reakcji emocjonalnych oraz po trzecie - że udaje im się w końcu przewyciężyć niekorzystną sytuację i przystosować się do zmienionych warunków. Na ile są to słuszne przesłanki, trudno jednoznacznie odpowiedzieć.

Oprócz prezentowanych już w pracy teorii odnoszących się do procesu przystosowania osób z paraplegią - aczkolwiek ukazanych w innym świetle - szczególnie interesująco rysują się tutaj ujęcia omawianego zagadnienia dokonane przez N. Cohn (1961), S. Di Michaela (za: Hulek, 1969) oraz R. Matsona i N. Brooks (1977). O ile np. dla F. Shontza (1965) punktem wyjścia w opracowaniu modelu przystosowania było podważenie powszechnie przyjmowanego założenia, że inwalidztwo zawsze prowadzi do negatywnych następstw psychicznych, o tyle - w ujęciu N. Cohn, S. Di Michaela oraz R. Matsona i N. Brooks - taką teoretyczną platformą odniesienia było przyjęcie poglądu B. Wright (1965), mówiącego, że istnieje rażąco nadmierne uproszczenie związku między fizyczną niesprawnością a złym przystosowaniem. To w konsekwencji spowodowało wystąpienie dalszych sugestii (vide F. Shontz) skłaniających do przekonania, że niesprawność wcale nie musi prowadzić do złego przystosowania i aby osoba niepełnosprawna mogła stawić czoła kalectwu bez dewaluowania siebie, powinna przyjąć zasadę "akceptacji straty" (Barker, za: Matson, Brooks, 1977).

Jak wykazały wyniki studiów nad przystosowaniem się do kalectwa i choroby (Rusk, Taylor, za: Hulek, 1969), osoby fizycznie poszkodowane na zdrowiu częściej niż zdrowe przejawiają zachowania wskazujące na "nieprzystosowanie się", przy czym objawy nieprzystosowania się u inwalidów nie są specyficzne, lecz podobne do zaobserwowanych u nieinwalidów. Nie ma bowiem dowodów na to, że istnieje związek między rodzajem inwalidztwa a rodzajem przystosowania się. Czy istnieje zatem jakiś specyficzny mechanizm przystosowania się osób niepełnosprawnych do

swojej, jakże odmiennej sytuacji? Na podstawie wyróżnionych modeli przystosowania oraz propozycji teorii zawartych w niniejszym rozdziale oraz w rozdz. II, § 2, ich analizy, można pokusić się o stwierdzenie, iż problematyka większości z nich oscyluje wokół kilku zasadniczych zagadnień, sprowadzających się do konkretnych pytań, na które należałoby odpowiedzieć. W większości przedstawionych ujęć stwierdza się, że u ludzi dotkniętych zdarzeniem awersyjnym występuje jednolity schemat reakcji oraz że reakcje te układają się w szereg kolejnych stadiów, przez które ludzie przechodzą, chcąc pokonać doświadczony zdarzenie, a także to, że prawie wszystkie powoływane koncepcje stadiów zawierają ostateczną fazę rozwiązania, jaką jest przystosowanie. R. Silver i C. Wortman (1984), dokonując analizy tych zagadnień poprzez korzystanie z procedury porównywania teoretycznych wyznaczników modeli z wynikami badań empirycznych, doszły do wniosku, że istnieją pewne - niekiedy zasadnicze - rozbieżności między teoretycznym a empirycznym dorobkiem w tym zakresie. Tak np. - zdaniem autorek - mimo wyraźnie wskazywanego istnienia pewnych powszechnych reakcji na zdarzenie traumatyczne, aktualnie funkcjonujące teorie nie pozwalają, niestety, wyjaśnić ogromnego zróżnicowania danych empirycznych. Co więcej, to ogromne zróżnicowanie obserwowanych reakcji nie daje powodów do jednoznacznego potwierdzenia teorii stadiów. Przy czym R. Silver i C. Wortman podają, iż nie są odosobnione w swych poglądach (wątpliwościach) dotyczących koncepcji stadiów, powołując się zarazem na stanowisko cytowanej już R. Trieschman (1978), autorki obszernej monografii na temat psychologicznego, społecznego i zawodowego przystosowania osób z uszkodzonym rdzeniem kręgowym. Twierdzą one, że zdecydowana większość teorii nie precyzuje ani czasu trwania danego etapu, ani również tego, kiedy jednostka przechodzi z jednego etapu na drugi. A przecież występują sytuacje - co przyznają niektórzy teoretycy (za: Silver, Wortman, 1984) - iż ludzie mogą przeżywać jednocześnie więcej niż jeden etap oraz mogą poruszać się wśród tych etapów w obu kierunkach, a także mogą przeskakiwać (opuszczać) pewne etapy (por. rozdz. II, § 2). Sprawą otwartą wydaje się również to, czy jednostki doświadczające traumy odzyskują równowagę i godzą się z poczuciem straty, a więc czy przystosowują się, czy też nie. Ani jedna

- według autorek - z powoływanych teorii nie pozwala jednak przewidzieć, którzy ludzie są, a którzy nie są w stanie przystosować się. Co prawda, większość z teorii operuje konkretnymi uwarunkowaniami, od których zależy osiągnięcie stanu akceptacji, nie mają one jednak żadnej mocy predyktywnej, stąd m.in. daleko idący postulat (por. Silver, Wortman, 1984), aby na nowo rozważyć rozpowszechnione twierdzenie dotyczące odzyskiwania równowagi psychicznej po zdarzeniach awersyjnych.

To wszystko, co zostało tutaj powiedziane na temat roli i znaczenia tzw. okresowości, etapowości, stadialności przebiegu procesu przystosowania w teoretycznym i empirycznym ujęciu, oraz brak oczywistych danych potwierdzających słuszność operowania modelami stadiów, co zostało wykazane m.in. przez R. Silver i C. Wortman (1984), skłaniać może do wniosku podważającego zasadność koncepcji stadiów. R. Silver i C. Wortman jednoznacznie opowiadają się za takim stanowiskiem, pisząc, że "gdyby kliniczny model stadiów znajdował odbicie w rzeczywistości, to byłby niewątpliwie ogromnie użyteczny" (s. 88). Istotnie, istnienie takiego modelu byłoby szczególnie przydatne w rehabilitacji np. osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, ale przecież tak nie jest. Dlatego, negując zasadność posługiwania się koncepcjami stadiów, przyjmuje się w niniejszej pracy, iż problematyka związana z przystosowaniem się osób z dysfunkcją narządu ruchu do ich inwalidztwa skoncentrowana powinna być przede wszystkim na zagadnieniach określanych mianem godzenia się ze stratą, włączonych w nurt reinterpretacji pojęcia o sobie, z uwzględnieniem społecznych czynników i uwarunkowań. Mając wiele wątpliwości i zastrzeżeń do zasadności operowania elementami etapowości w koncepcjach N. Cohn, S. Di Michaela i innych, nie sposób jednak nie zgodzić się z zawartą w nich istotą procesu przystosowania, jaką jest integracja, w myśl zasady "akceptacji straty". Od tego bowiem, czy jednostka zaakceptuje swoje inwalidztwo, integrując je w pojęciu o sobie, pozwalającym jej w efekcie na optymalne funkcjonowanie w nim w warunkach społecznych, zależeć będzie jej przystosowanie lub nieprzystosowanie. Nie może to być oczywiście li tylko zgoda na kalectwo, co krytycznie oceniają m.in. H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975). Przede wszystkim decydujące jest prawidłowe wyrobienie i umotywowanie odpowiedniego stosunku do

własnej osoby, a także stosunku do środowiska zewnętrznego, czyli dynamiczna akceptacja, już nie tylko straty, ale swego stanu, tak w formach fizjologicznych jak i psychologicznych. Realne natomiast i obiektywne spojrzenie inwalidy na swoje otoczenie zdecydowanie wpływa na jego przystosowanie do wymagań życia codziennego, rodzinnego, nauki, pracy oraz umiejętności spędzania czasu wolnego, czyli do całego kontekstu życia społecznego (Kirenko, 1986). Należy również zauważyć, że przystosowanie osób niepełnosprawnych do nowych warunków życia (w szerokim rozumieniu tego słowa) to nie tylko medyczne i fizyczne usprawnienie czy też psychiczne i społeczne przystosowanie, ale także - co podkreśla A. Hulek (1969) - odpowiednie przygotowania środowiska społecznego i otoczenia fizycznego do ich potrzeb. Tak więc problem przystosowania osób niesprawnych rozstrzyga się na wielu płaszczyznach i uwarunkowany jest wieloma czynnikami. Analiza ich będzie przedmiotem kolejnego rozdziału, gdzie omówione zostaną zwłaszcza takie aspekty problemu przystosowania, jak zagadnienie obrazu siebie i własnego ciała oraz integracja tego obrazu w psychice inwalidy, czyli samoakceptacja, a także społeczne funkcjonowanie jednostek, czyli przystosowanie społeczne. Te właśnie aspekty - zdaniem H. Heflich-Piątkowskiej i J. Walickiej (1975) - są szczególnie interesujące w przypadku inwalidów z dysfunkcją narządu ruchu i "zasługują na dalsze pogłębienie" (s. 152).

### Samoakceptacja i społeczne funkcjonowanie osób z paraplegią

W powszechnej społecznej ocenie podstawowym problemem człowieka z paraplegią jest niemożność jego chodzenia i poruszania się. Rzadko kto zdaje sobie sprawę, że uszkodzenie rdzenia kręgowego i związany z tym stan trwałego poprzecznego paraliżu wiąże się z mnóstwem innych fizjologicznych następstw (zob. rozdz. II, § 1). Następstwa te, zazwyczaj niedostępne postronnemu obserwatorowi, bardzo często w stopniu o wiele większym aniżeli obserwowane ograniczenia lokomocyjne rzutują na psychospołeczne funkcjonowanie chorego z paraplegią. Szczególnie istotną rolę odgrywa tutaj utrata kontroli nad funkcjami mięśni pęcherza, кишки stolcowej oraz narządów płciowych.



Brak kontroli w tych rejonach - zdaniem J. Weinberg (1982) - może prowadzić do wystąpienia uczucia wstydu, winy, krzywdy, bezradności i wyobcowania. T. Stewart i A. Rossier (1978) powołują się w tym miejscu na analogię do łacińskiego rozumienia zewnętrznych narządów płciowych jako nerwu wstydu i hańby, uszkodzenie którego bywa przyczyną występowania wymienionych tutaj stanów. Osoba sparaliżowana odczuwa, że jej ciało nie należy już do niej, nie jest już przez nią "odczuwane" (Weinberg, 1982), będąc traktowane jako coś, co występuje poza nią samą, tak jak wózek inwalidzki, na którym siedzi, i cewnik lub aparat na mocz, który często zakłada. Stan taki - zdaniem wielu badaczy - powoduje wystąpienie olbrzymich zmian w ustalonym już, w toku życia osobniczego, obrazie własnego ciała czy inaczej - jak podają H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975) - wystąpienie zmian w dotychczasowej koncepcji własnego ciała. Przy czym zakłada się, że obraz ciała - definiowany za S. Blaesingem i J. Blockhausenem (1972) jako suma uświadomionych i nieuświadomionych informacji, odczuć i percepcji dotyczących ciała jako różnego i różniącego się od innych - jest osobnym poczuciem swego "ja" i wszelkie jego zakłócenia występują zwykle wtedy, gdy brak jest akceptacji ciała, takiego jakie ono jest, oraz przystosowania do niego (Weinberg, 1982). Konflikt zazwyczaj powstaje - jak podają P. Sclord i S. Jourard (1953) - między sposobem, w jaki ciało jest spostrzegane przez innych, a sposobem, w jaki dana osoba wyobraża sobie swoje ciało. - Powoływani już T. Stewart i A. Rossier (1978) utrzymują, że sytuacje związane z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego są podobne do sytuacji noworodka. Zapewne tak jest, i to nawet w dużym stopniu, tylko że psychospołeczny wymiar jest jednak o wiele szerszy w przypadku urazowców niż noworodków. Występujące bowiem, np. u osób z quadriplegią, trudności z samodzielnym spożywaniem posiłków, poleganie na innych przy wypróżnianiu się, nie mówiąc już o interwencji osób drugih podczas zmiany pozycji na łóżku, ubierania, toalety, jak też przesadzania z łóżka do łóżka i z powrotem - rodzą w nich uczucie głębokiego upokorzenia, a więc uczucia, które nie jest znane noworodkom, tak jak nie jest im znane uczucie wstydu, winy i bezradności. Doświadczanie tych uczuć dane jest bowiem tylko tym osobom, które świadome są sobie jako obiektu własnej uwa-

gi i które poprzez rozróżnianie siebie od innych potrafią komponować obraz i ocenę własnej osoby. Chcąc zatem wyjaśnić zjawisko powstawania uczucia wstydu, niepokoju, winy i innych podobnych reakcji, wyrażanych przez osoby z nabytym inwalidztwem, czyli - jak mówi A. Hulek (1974) - chcąc określić rodzaj reakcji na inwalidztwo i ich wpływ na osobowość, a tym samym na przystosowanie, szereg autorów powołuje się na olbrzymią rolę w tym zakresie obrazu ciała jako tego czynnika, który będąc m.in. związany z uczuciem wstydu i winy (por. Hulek, 1974) w zasadniczym stopniu wpływa na kształtowanie się pojęcia o sobie. Niektóre opracowania, m.in. P. Sclorda i S. Jourarda (1953), C. Rosena i A. Rossa (1968) oraz S. Blaesinga i J. Blockhausa (1972), wskazują na pozytywną relację między zadowoleniem z obrazu swego ciała a zadowoleniem z obrazu siebie. Wszyscy przecież ludzie, jak zauważa L. Crigler (1974), pragną być zauważani, kochani oraz uchodzić za atrakcyjnych fizycznie i - co najważniejsze - sympatycznych. Niemal każdy fakt niesprawności, zwłaszcza ten, w którym występują deformacje w wyglądzie zewnętrznym jednostki oraz trudności w utrzymaniu kontroli nad swoim organizmem, wiąże się w szczególności z dezorganizacją obrazu ciała. Natomiast utrata szeregu wartości z tym związanych, do jakich dochodzi w tym czasie, prowadzi w konsekwencji do "zaburzeń koncepcji samego siebie, czyli zaburzeń identyfikacji" (Heflich-Piątkowska, Walicka, 1975, s. 15) lub inaczej, "wpływa /.../ na pojęcie o sobie i swojej wartości" (Larkowa, 1974, s. 39). Należy jednak zaznaczyć, że na jakiegokolwiek zmiany w obrazie własnej osoby u osób niepełnosprawnych wpływa nie tylko fakt zaburzonego obrazu ciała, ale również szereg innych czynników, w tym m.in. postawy społeczne. W powszechnym bowiem przekonaniu wielu badaczy, obraz własnej osoby traktowany jest również jako wynik określonej części procesu socjalizacji (Cooley, za: Matson, Brooks, 1977), w tym interakcji osobniczych (Mead, za: Matson, Brooks, 1977). J. Weinberg (1982) np. twierdzi, że niepełnosprawni odbierają wiele negatywnych informacji o swoich zniekształconych i spalizowanych ciałach nie tylko dlatego, że obserwują te zmiany u siebie, ale i dlatego, iż mogą odczytywać je z relacji innych, np. że ich ciała są "nie do przyjęcia" (Bogle, Shaul, za: Weinberg, 1982, s. 410). Trudno jest tutaj wyrokować także

o tym, czy obraz siebie jest tylko określonym wynikiem lub utrwalonym stanem procesu lub też raz na zawsze ustaloną w dzieciństwie całością, czy też - jak uważają H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975) oraz inni - ulega on ciągłym zmianom. E. Goffman (1963) sugeruje, że jest to ciągle zmieniający się proces zachodzących interakcji, na który wpływ mają nowe okoliczności i relacje. Takie zaś ujęcie obrazu własnej osoby pozwala R. Matsonowi i N. Brooks (1977) traktować go jako szczególnie istotny czynnik w psychospołecznym przystosowaniu osób niepełnosprawnych. Twierdzą oni, że "ja" stale interpretuje napływające bodźce, tworząc nowe znaczenie dla nowych warunków. Te znaczenia są następnie stosowane do nowych samoocen, działań i reakcji. Kiedy więc tylko fizyczne "ja" zostaje zmienione, to zmieniony może zostać obraz siebie. Dana osoba musi tylko zastosować nowe wzorce samooceny obrazu siebie w oczach własnej wyobraźni. Autorzy nie biorą jednak pod uwagę faktu, wielokrotnie podkreślanego m.in. przez D. Snygga i A. Combsa, A. Masłowa, C. Rogersa czy A. Brzezińską, że podstawową potrzebą człowieka jest ochranianie i wzmacnianie obrazu własnej osoby oraz, że podtrzymywanie tej potrzeby jest tym silniejsze, im bardziej samoocena i samoakceptacja danej jednostki jest zagrożona. A zatem, można powiedzieć, że występuje tutaj swego rodzaju dualizm zjawiska formowania obrazu siebie jako procesu ciągłego i jako procesu podlegającego stałemu utrwalaniu. Stąd wszelkie zmiany obrazu siebie, z pozytywnego na negatywny - jak i odwrotnie - wyzwalają opór przeciw tym zmianom.

H. Larkowa (1974) podaje, że są trzy główne tendencje w interpretowaniu procesu integracji nowych doświadczeń, zgodnie z ustalonym pojęciem o sobie: pierwsza, ujmowana jest w ramach teorii dysonansu poznawczego; druga polega na idealizacji; trzecia zaś jest tendencją do tzw. samokontroli. Największe znaczenie w rehabilitacji przypisywane jest drugiej tendencji, a operowanie w tym kontekście takimi pojęciami, jak: "akceptacja inwalidztwa", "akceptacja straty" czy "akceptacja siebie", często utożsamianymi z pojęciem "samoakceptacja", urasta niemal do rangi synonimu psychicznego przystosowania osób niepełnosprawnych, zaś liczne koncepcje, utrzymujące, że inwalidzi tworzą idealne obrazy własnej osoby, czyli tzw.

"ja" idealne, następnie porównują je z realnym obrazem siebie, tzw. "ja" realnym, znajduje coraz więcej zwolenników. To szczególnie akcentowanie roli i znaczenia samoakceptacji w procesie psychicznego przystosowania osób niepełnosprawnych uwarunkowane jest - jak wynika z prezentowanego materiału - przede wszystkim rolą i znaczeniem obrazu ciała. Wszelkie niekorzystne zmiany w jego strukturze rzutują w konsekwencji na ogólną koncepcję siebie. A zatem zjawisko samoakceptacji jest tym, które decyduje o psychicznym sposobie funkcjonowania niepełnosprawnej jednostki w środowisku społecznym. I fakt ten starano się tu właśnie ukazać. Należy jednakże zauważyć, że o ile mechanizm tworzenia realnego obrazu siebie i jego oceny jest w miarę oczywisty - jednostka z uszkodzeniem rdzenia kręgowego po prostu widzi swoje ciało tu i teraz, oceniając je, a na tym tle i siebie - o tyle bardziej skomplikowana wydaje się procedura tworzenia idealnego obrazu siebie. Tutaj zwłaszcza uwidocznić się może tendencja do utrzymywania i ochraniań przez jednostkę obrazu własnej osoby sprzed urazu oraz potrzeba posiadania poczucia własnej wartości. W. Łukaszewski (1974), omawiając mechanizmy tworzenia się idealnej koncepcji siebie stwierdził, że najbardziej typowym mechanizmem w sytuacji kalectwa jest porównywanie "ja" realnego z modelami siebie z przeszłości. Do podobnych wniosków dochodzi B. Wright (1965), mówiąc, że po traumatycznych zdarzeniach, powodujących trwałą niesprawność, u wielu osób idealna koncepcja siebie ma charakter wspomnieniowy - jest przeniesieniem przeszłości w przyszłość. Wydaje się, że tworzenie idealnego obrazu siebie z przeszłości przeduszkodzeniowej jest szkodliwe dla procesu przystosowania, albowiem pogłębia tylko stopień rozbieżności z realnym obrazem siebie. W idealnym obrazie siebie nie będzie przecież miejsca dla aktualnego, zmienionego obrazu własnej osoby. Stąd, aby nastąpiła samoakceptacja, konieczne jest zintegrowanie w idealnej koncepcji siebie faktu niesprawności wraz z jej konsekwencjami, czyli stworzenie tzw. zmodyfikowanej tożsamości poprzez porzucenie przeszłej osobowości (por. Stewart, Rossier, 1978). Wiązałoby się to ze zmianą w idealnym pojęciu własnej osoby, a konkretnie w idealnej samoocenie. Dopiero wówczas, gdy idealny obraz siebie - tzn. subiektywna jego ocena - zawierający w sobie zmieniony obraz ciała, będzie

zbliżony do realnego obrazu własnej osoby - także według subiektywnej jego oceny - obejmującego również zmieniony obraz ciała, można będzie powiedzieć, że jednostka o takiej konfiguracji obrazów akceptuje siebie i swoje inwalidztwo. Trzeba przy tym pamiętać o dynamizmie tych układów, zgodnie z tym, co mówią na temat przystosowania H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975).

Stosunkowo niewiele jest w literaturze danych z badań empirycznych nad obrazem siebie i samoakceptacją osób z tetra- i paraplegią. R. Trieschmann (1980) twierdzi, że obraz ciała, jako tradycyjnie definiowana zmienna osobowości, nie był często demonstrowany w powiązaniu z przystosowaniem do inwalidztwa, jakkolwiek - zdaniem autorki - w szeregu doniesieniach podkreślany jest fakt występowania zaburzonego obrazu ciała i własnej osoby u bardzo dużego odsetka osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wkrótce po doznaniu urazu. Do wniosków takich doszli m.in.: H. Wachs i M. Zaks (1960), K. Mitchell (1970) oraz J. Mayer i M. Eisenberg (1982).

Utożsamienie samoakceptacji z przystosowaniem - poniekąd słuszne, ale tylko w określonym zakresie - odnosi się właściwie do psychicznego aspektu zagadnienia i stąd wynika jego potoczne określenie mianem przystosowania psychicznego. Zdarza się jednak - i to nader często - że dookreślenie "psychiczne" bywa pomijane, co sprawia, że wszelkie stwierdzenia na temat przystosowania osób niepełnosprawnych zrazu są kojarzone z ich akceptacją siebie (samoakceptacją). A przecież, zdaniem B. Wright (1965), przystosowanie wymaga szerszego zakresu cech niż samoakceptacja. Przystosowanie jest bowiem przede wszystkim procesem, który dokonuje się w środowisku społecznym i z tego środowiska wpływa, równocześnie na nie wpływając. Przy czym nie należy oczywiście zapominać o biologicznych uwarunkowaniach tego procesu. Przeto społeczny kontekst funkcjonowania niepełnosprawnych jednostek jest na równi ważny z ich funkcjonowaniem psychicznym i fizycznym. Przecież nawet rozwój obrazu siebie, samooceny i samoakceptacji, dokonuje się w rezultacie społecznych interakcji, co zgodnie podkreśla wielu badaczy. Dlatego mówiąc o przystosowaniu inwalidów do życia społecznego, należy uwzględnić poza wymiarem psychologicznym - wymiar społeczny, czyli taki sposób funkcjonowania osób niepełnosprawnych w wa-

runkach społecznych, który sprawi, że będą się one czuły pełnoprawnymi członkami społeczeństwa.

R. Trieschmann (1980) twierdzi, że wystąpienie paraplegii zmienia u osób doświadczonych tym schorzeniem społeczną wartość bodźca, a zmiana ta zostaje odzwierciedlona niemal we wszystkich sferach życia. Świat bowiem jest urządony przede wszystkim dla ludzi pełnosprawnych, ludzi, którzy stają się najoczęściej sztywni i skrępowani, kiedy przyjdzie im spotkać osoby niepełnosprawne. Do analogicznych wniosków, na podstawie własnych badań i obserwacji, doszli: B. Cogswell (1967, 1968), T. Caywood (1974), J. Mesch (1976) oraz M. Dunn (1977). Potwierdzają one socjologiczne analizy dokonane przez F. Davisa (1961) nad procesem interakcji między osobami niepełnosprawnymi a sprawnymi, udowadniając, że sukces interakcji jest zwykle funkcją sprawności, z którą osoba niepełnosprawna ośmiela osobę pełnosprawną. To przede wszystkim - jak twierdzą R. Kleck i in. (1966) - niewygodna, dziwność i niepewność w spostrzeganiu sytuacji prowadzą do stereotypowego i wysoce kontrolowanego zachowania. W dalszych badaniach R. Kleck (1968, 1969) zauważył, że interakcje z osobą o widocznej niesprawności są związane z: motorycznym ograniczeniem, bardziej pozytywnym wrażeniem tej osoby oraz zniekształceniem opinii w kierunku zgodnym z przypuszczeniem, że jest się związanym z osobą niepełnosprawną. Autor nie zauważył natomiast żadnej różnicy w naocznym widoku pomiędzy obrazem: niepełnosprawny-pełnosprawny oraz obrazem pełnosprawny-pełnosprawny, co zinterpretował jako potwierdzenie hipotezy E. Goffmana (1963) - dotyczącej osób niepełnosprawnych. W myśl tej hipotezy unika się interakcji z osobami napiętnowanymi, tak bardzo, jak tylko jest to możliwe, a jeżeli kontakt ten jest konieczny, wówczas osoba pełnosprawna staje się nieco emocjonalnie pobudzona, wytwarzając tym samym ograniczone, sztuczne zachowanie.

Wydaje się zatem, że dla prawidłowego społecznego funkcjonowania osób niepełnosprawnych konieczne jest utrzymywanie przez te osoby kontaktów z osobami pełnosprawnymi, tak jak konieczne jest informowanie społeczeństwa o osobach niepełnosprawnych. Przy czym - według W. Anthony'ego (1972) - kombinacja obu, czyli kontaktu i informacji, odnosi większy skutek niż występowanie każdego z tych czynników z osobna. Jest to

zgodne z opinią R. Trieschmann (1980), według której sukces społecznych interakcji osoby dotkniętej kalectwem zależy w dużym stopniu od jej zdolności uzyskania pewności siebie, inicjowania kontaktów i ośmielania drugich osób. Wymaga to jednak dużego zasobu społecznych umiejętności, których niepełnosprawni człowiek musi się nauczyć. M. Romano (1976) utrzymuje, że ci pacjenci, którzy brali udział w ćwiczeniach technik przeciwdziałania początkowych napięć w interakcjach, twierdzili, że bardzo łatwo z mniejszym niepokojem wchodzili w sytuacje społeczne, na jakie napotykali po wyjściu ze szpitala. Do podobnych wniosków doszli S. Manley i M. Armstrong (1976), którzy zauważyli, że w przypadku kiedy na krótki choćby czas - tuż przed wyjściem ze szpitala - umożliwi się chorym z paraplegią zamieszkanie z rodziną, tak aby mogli się sprawdzić w wyuczonych technikach społecznych umiejętności, wówczas doświadczają oni mniej medycznych komplikacji i psychospołecznych kryzysów w czasie pobytu w domu, niż osoby z paraplegią zwolnione do domu bez tego doświadczenia.

Z obserwacji S. Manleya i M. Armstronga można również wnioskować, że istotną rolę w nabywaniu społecznych interakcji, umiejętnego funkcjonowania w warunkach społecznych, odgrywa środowisko rodzinne, jako tzw. społeczne wsparcie, którego związek z przystosowaniem jest mocno podkreślany przez wielu badaczy (zob. Silver, Wortman, 1984). B. Kemp i C. Vash (1971), S. Cobb oraz A. Caplan (za: Silver, Wortman, 1984) twierdzą wprost, że społeczne wsparcie stwarza klimat, w którym łatwiej przebiegają zmiany tożsamości, a ludzie, którzy uzyskali taką pomoc, rzadziej stosują destrukcyjne mechanizmy obronne, charakteryzując się przy tym większą pewnością siebie, pozwalającą im łatwiej zmieniać siebie, aby przystosować się do zachodzących zmian. Oprócz społecznego wsparcia, ważną rolę - jak uważają R. Silver i C. Wortman (1984) - w procesie społecznego przystosowania odgrywa także możliwość ekspresji lub swobodnego wyrażania uczuć i umiejętność znalezienia sensu w zaistniałej sytuacji. Z uwagi jednak na śladową ilość publikacji z tego zakresu, w szczególności w odniesieniu do inwalidów narządu ruchu, oraz na wykraczającą poza ramy niniejszej pracy tematykę tych zagadnień - ozygniki te pozostaną jedynie nadmienione.

Podsumowując przeprowadzone rozważania, należy stwierdzić, że dwa główne aspekty procesu przystosowania osób z paraple-

gią, jakimi są samoakceptacja i umiejętność społecznego funkcjonowania, odpowiedzialne kolejno za przystosowanie psychiczne i przystosowanie społeczne, są w rzeczywistości układem zwartym. Samoakceptacja bowiem - jak wielokrotnie podkreślano - kształtuje się w wyniku zachodzących interakcji osobniczych i społecznych, wpływając jednocześnie na te interakcje na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Jest to zatem proces ciągły, ale jednocześnie i stan, co zostało podkreślone w niniejszym rozdziale, a także w rozdz. I, uwzględniający sobą czynniki biologiczne (medyczne i fizjologiczne), psychologiczne i społeczne. Stąd mówiąc o przystosowaniu osób z paraplegią, wskazane jest używanie dookreślenia "psychospołeczne". Medyczny (biologiczny) aspekt przystosowania ujęty jest w zakresie terminu "paraplegia".



### III. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

#### Problematyka badań

Pomimo iż przedmiotem dociekań niniejszej pracy są osoby z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, to zagadnienia związane z istotą paraplegii wyeksponowane zostały dopiero w rozdziale drugim. Powodów takiego stanu rzeczy było kilka. Najważniejszy z nich sprowadzał się do tego, że dysponowano nielicznym materiałem bibliograficznym na temat przystosowania osób z paraplegią, co sprawiło, iż chcąc określić zaistniałą sytuację badawczą, należało na początku w swoich analizach oprzeć się na ogólnie funkcjonujących w psychologii teoriach i koncepcjach przystosowania. Następnie niezbędne było sformułowanie własnej definicji analizowanego pojęcia, po czym wyodrębniono i uściślono podstawowe aspekty procesu psychicznego i społecznego przystosowania. Dopiero na podstawie stwierdzonych prawidłowości, występujących na gruncie psychologii przystosowania, i po uwzględnieniu takowych z terenu psychologii rewalidacyjnej, oraz stosując odpowiednie analogie do sytuacji przystosowania osób z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego sformułowano główny cel badań w sposób następujący: Ocena niektórych aspektów psychospołecznego przystosowania osób z paraplegią.

Opracowując to zagadnienie, należało rozstrzygnąć cztery ogólne problemy:

1. Jaki jest obraz własnej osoby u osób z paraplegią?
2. Jaki jest poziom samoakceptacji u osób z paraplegią?
3. Jaki jest poziom przystosowania społecznego (funkcjonowania w warunkach społecznych) u osób z paraplegią?
4. Jaki jest związek pomiędzy poziomem samoakceptacji a poziomem przystosowania społecznego u osób z paraplegią?

Zgodnie z przyjętymi w metodologii badań zasadami nie stawiano hipotez do pytań, które mają charakter diagnostyczny

(por. Łobocki, 1978). Hipotezę natomiast sformułowano do pytania o związki przyczynowe, co miało miejsce w przypadku pytania czwartego. Podstawą wysunięcia hipotezy związku z wyżej wymienionym pytaniem była analiza dotychczasowego stanu badań na temat zależności między samoakceptacją a przystosowaniem społecznym (zob. rozdz. I).

Hipoteza: Istnieje zależność między samoakceptacją u osób z paraplegią a ich poziomem przystosowania społecznego.

Główny zatem akcent badań położony został na psychicznych i społecznych czynnikach warunkujących przystosowanie osób po urazie rdzenia kręgowego. Czynniki te są: w przystosowaniu psychicznym - samoakceptacja swego stanu i sytuacji, rozumiana jako wielkość korelacji między oceną realnego i idealnego obrazu własnej osoby, natomiast w przystosowaniu społecznym - umiejętność społecznego funkcjonowania, czyli ocena takiego rodzaju zachowania, który zagwarantuje optymalne zaspokojenie potrzeb na wymaganym przez nią poziomie. Istotnym elementem podjętych badań jest również poszukiwanie związków przyczynowych między uzyskanymi poziomami samoakceptacji i przystosowania społecznego w badanej populacji.

## Metody badań

W celu uzyskania materiału badawczego, który pozwoliłby na rozwiązanie postawionych problemów badawczych i weryfikację hipotezy, konieczne było zastosowanie odpowiednich metod i technik psychologicznych. Spośród znanych, często stosowanych w psychologii osobowości metod, w badaniach korzystano z Testu Przymiotników (ACL) H. Gougha i A. Heilbruna oraz z Inwentarza Psychologicznego (CPI) H. Gougha. Jednocześnie samodzielnie opracowano i włączono do badań Kwestionariusz Ankiety, jako pomocniczą technikę badawczą. Test Przymiotników (ACL) i Inwentarz Psychologiczny (CPI), jako metody obiektywne (patrz: ACL - Gough, Heilbrun, 1971; por. Siek, 1983; Wolińska, Drwal, 1989; CPI - Gough, Heilbrun, 1957; por. Kottas, Markowska, 1968; Kottas, 1975; Polakowski, 1979), służyć miały do

oceny poziomu psychospołecznego przystosowania. Stąd badano nimi zarówno osoby z paraplegią, wchodzące w skład grupy podstawowej, oraz osoby pełnosprawne stanowiące grupę porównawczą. Dobór tych metod uzależniony był od takich czynników, jak: łatwość i prostota wypełniania, stosunkowo krótki czas wypełniania, popularność i dostępność oraz - co ma niebagatelne znaczenie przede wszystkim dla badacza - bogactwo uzyskiwanego materiału badawczego i w związku z tym duże możliwości interpretacyjne. Z uwagi na wymienione zalety metody te można było zastosować w korespondencyjnej formie zbierania materiału badawczego, która była wykorzystywana w toku niniejszych badań. Występowały tutaj co prawda obawy o ewentualną rzetelność tak prowadzonych badań, ostatecznie jednak zdecydowano się na taką formę, zwłaszcza że H. Gough (za: Polakowski, 1979) prowadził parokrotnie badania w ten sposób, a wyniki jakie uzyskiwał, wcale nie odbiegały od wyników otrzymywanych w tradycyjnym sposobie prowadzenia badań. Kwestionariusz Ankiety służył do badania wyłącznie osób z paraplegią. Uzyskane za jego pomocą dane z zakresu sytuacji medyczno-zdrowotnej, sprawnościowej, rodzinnej, towarzyskiej, zawodowej, socjalnej i szeroko rozumianej społecznej badanych osób zostały tutaj w minimalnym stopniu wykorzystane, z uwagi na ograniczony zakres pracy.

#### Kryteria doboru grup

Występujące w paraplegii i tetraplegii, tak przy częściowym, jak i całkowitym uszkodzeniu odpowiedniego segmentu rdzenia kręgowego (neuromeru), wielorakie obrazy kliniczne, odpowiedzialne w dużym stopniu za zakres ogólnych funkcji lokomocyjno-samoobsługowych chorego oraz za rodzaj, natężenie i jakość następstw psychologicznych i społecznych (por. rozdz. II) skłaniają - w dążeniu dobrania do niniejszych badań w miarę jednorodnej grupy badawczej - do ustalenia następujących kryteriów doboru osób z poprzecznym paraliżem:

- częściowe lub całkowite uszkodzenie rdzenia kręgowego na poziomie segmentu Th<sub>1</sub> i niższych;

- korzystanie podczas przemieszczania się wyłącznie z wózka inwalidzkiego;
- urazowe uszkodzenie rdzenia kręgowego (typu wypadkowego) jako przyczyna powstania paraplegii;
- wypadek (uraz) zaistniały po 18 roku życia badanej osoby;
- minimum jeden rok (w chwili prowadzenia badań) od nabycia paraplegii;
- przedział wieku między 20 a 40 rokiem życia;
- wykształcenie - minimum podstawowe;
- brak dodatkowych schorzeń u badanej osoby przed doznaniem przez nią urazu rdzenia kręgowego.

Wszystkie przypadki uszkodzeń segmentu Th<sub>1</sub> i niższych charakteryzują się zachowaniem u chorego funkcji kończyn górnych, co ma miejsce tylko w paraplegii, stąd zdecydowano się badać wyłącznie osoby z tym uszkodzeniem. Oczywiście, obrazy kliniczne u poszczególnych osób z paraplegią będą bardzo różne, niemniej jednak stopień naruszenia sprawności fizycznej w tej grupie jest zbliżony we wszystkich przypadkach i stosunkowo łatwy do oceny. Uściśleniem tego kryterium jest wymóg posługiwania się przez osoby z paraplegią podczas przemieszczania się wyłącznie wózkiem inwalidzkim. Respektowanie tego kryterium nie będzie przeszkodą w uwzględnianiu w badaniach tych osób, które pomimo paraliżu kończyn dolnych odzyskały w trakcie ćwiczeń rehabilitacyjnych taką sprawność lokomocyjno-czynnościową, która pozwala im na posługiwanie w przemieszczaniu się wyłącznie aparatami szynowo-opaskowymi i laskami. Kolejnym kryterium doboru grupy jest urazowe uszkodzenie rdzenia kręgowego jako przyczyna powstania paraplegii, co ma - zdaniem autora - szczególne znaczenie w kontekście przyjętej koncepcji badań, uwzględniającej dwa zasadnicze aspekty psychospołecznego przystosowania, jakimi są: samoakceptacja osób z trwałym poprzecznym uszkodzeniem i społeczne ich funkcjonowanie. Inna jest bowiem psychologiczna i społeczna sytuacja osób, które nabywają paraplegię w wyniku długotrwałej choroby, będąc niejako stopniowo przygotowywane na ewentualność niesprawności, a inna osób, które nagle, niespodziewanie, w ciągu kilku sekund zostają nieodwracalnie sparaliżowane. Z kryteriów tych wypływa następne, a mianowicie: skoro do badań kwalifikują się wyłącznie osoby z urazową paraplegią, to powinny to być tylko

te osoby, które nabyły paraplegię po 18 roku życia. Wynika to z faktu, o którym mówią H. Heflich-Piątkowska i J. Walicka (1975) oraz R. Silver i C. Wortman (1984), iż nabycie paraplegii w wieku rozwojowym często wpływa hamująco na rozwój osobowości tychże osób, nie dając im możliwości osiągnięcia wyznaczonych celów, i często powoduje występowanie patologicznych mechanizmów przystosowawczych. Kryterium minimum jednego roku od nabycia paraplegii wprowadzono ze względu na ogólnie przyjęty w praktyce rehabilitacyjnej paradygmat jednorocznego okresu od doznania urazu rdzenia kręgowego, wykluczając w ten sposób pośrednie stadia i fazy dochodzenia do akceptacji i przystosowania. Postanowiono także, że obiektem badań będą wyłącznie osoby dorosłe, stąd obligatoryjnie przyjęta granica wieku wahająca się pomiędzy 20 a 40 rokiem życia. Następne kryterium, wykształcenie na poziomie minimum podstawowym, wprowadzono ze względu na wymogi podyktowane zastosowaniem w badaniach Inwentarza Psychologicznego (CPI) H. Gougha. Autorowi badań zależało także na osobach, które w chwili doznania urazu rdzenia kręgowego odznaczały się pełnią zdrowia i sprawności fizycznej, bez jakichkolwiek wad wrodzonych. Wprowadzenie tego kryterium nie było jednak przeszkodą w zakwalifikowaniu do badań osób, które miały wiele dodatkowych schorzeń, wynikających z bezpośredniego związku z nabyciem paraplegii.

Grupa porównawcza osób pełnosprawnych dobrana została w oparciu o zmodyfikowany dobór losowy, wieloetapowy, polegający na zmniejszeniu o połowę liczbowych wartości zmiennych demograficznych: płeć, wiek, pochodzenie społeczne, stan cywilny, miejsce zamieszkania i wykształcenie, otrzymanych w grupie osób z paraplegią.

#### Organizacja i przebieg badań

Ścisłe trzymanie się jednoznacznie ustalonych kryteriów doboru grupy podstawowej, w dalszym etapie także grupy porównawczej, w sposób istotny wpłynęło na organizację i przebieg badań. Chcąc bowiem przeprowadzić je na wyselekcjonowanej grupie osób z paraplegią, spełniającej przyjęte kryteria i będą-

cej jednocześnie reprezentatywną dla tej populacji, należało uwzględnić kilka co najmniej uwarunkowań z tym związanych. Otóż, opierając się na szacunkowych danych epidemiologicznych, stwierdzono, że liczebność osób z paraplegią w skali kraju, spełniających ustalone w niniejszej pracy wymogi, jest stosunkowo nieduża (około 500 osób). Osoby te rozproszone są na terenie całej Polski, aczkolwiek obserwuje się większe skoncentrowanie ich w ośrodkach miejsko-przemysłowych. Przebywają najczęściej w domach rodzinnych, szpitalach, ośrodkach rehabilitacyjnych, sanatoriach oraz takich m.in. instytucjach, jak np. domy opieki społecznej. Zdecydowana większość z nich, szczególnie mieszkających na wsi i w mniejszych ośrodkach miejskich, po pierwszym intensywnym okresie leczenia i usprawniania (do około jednego roku) nigdy już więcej nie korzysta z żadnych form rehabilitacji medycznej, prowadząc życie "człowieka rdzeniowego" w miejscu swego zamieszkania, ulegając tym samym stopniowemu "zapomnieniu" przez służby socjalne, medyczne itp. Wszystko to sprawia, że bardzo trudno jest dotrzeć do tych osób, zwłaszcza gdy w skali kraju nie prowadzi się centralnej ewidencji, a poszczególne rejestry osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, prowadzone przez instytucje mające do czynienia z chorymi na paraplegię, są często niekompletne, zdezaktualizowane i dotyczą przede wszystkim tylko tych osób, które w określony sposób "przypominają" o swoim istnieniu (starania o kontynuację leczenia i usprawniania, zaopatrzenie ortopedyczne, sprawy rentowe, pracę, zapomogi itd.).

Uwzględniając powyższe uwarunkowania zdecydowano, aby badania osób z paraplegią prowadzić w dwojakiej formie: indywidualnej (tradycyjnej) oraz korespondencyjnej (wysyłkowej). We wszystkich przypadkach, gdzie było to możliwe, przeprowadzane je osobiście, w kontakcie z osobą badaną. Badania takie wykonano w: GCRLiZ "Repty", Stołecznym Zespole Rehabilitacji w Konstancinie, na turnusie rehabilitacyjnym w Centrum Kształcenia Inwalidów w Konstancinie, w CKI w Konstancinie, Klinice Rehabilitacji AM (PSK 4) w Lublinie, sanatoriach uzdrowiskowych w Ciechocinku i domach prywatnych. Tą formą prowadzenia badań kwestionariuszowych zgromadzono dane od 57 osób z paraplegią. Dane od pozostałych 88 osób, z ogólnej sumy 145 osób z paraplegią przebadanych w celach niniejszej pracy, zebrano

metodą korespondencyjną. Metoda ta, zwana także wysyłkową lub listową, stosowana bywa z powodzeniem w badaniach socjologicznych, chociaż i psychologowie również z niej dosyć często korzystają. Oczywiście, stosowanie jej niesie za sobą szereg niebezpieczeństw, typu nierzetelności lub też braku odpowiedzi, lecz w tej konkretnej sytuacji - o której była mowa na początku tego rozdziału - tylko taką formę badań można było zastosować, aby zebrać jak najliczniejszy materiał badawczy. Aby ta forma badań powiodła się, musi jednak zostać spełnionych kilka podstawowych warunków, a mianowicie: każdy zestaw wysyłkowy powinien zawierać odpowiednio zredagowany list wprowadzający o charakterze prośby; zastosowane metody i techniki badań powinny być jak najprzystępniejsze, niezbyt liczne i mało pracochłonne; a co najważniejsze opatrzone przystępnymi i jednoznacznymi instrukcjami; osoba badana powinna być również poinformowana o celu prowadzonych badań i zapewniona o pełnej anonimowości a także dyskrecji otrzymanych od niej informacji; oraz nie powinna ponosić żadnych kosztów związanych z odesłaniem wypełnionych materiałów. Kierując się tymi zasadami, sporządzono listę 150 osób z paraplegią, spełniających ustalone kryteria doboru grupy podstawowej, wraz z ich dokładnymi adresami. Po czym pod wskazane adresy zostały wysłane przygotowane zestawy kwestionariuszowe. Podstawą sporządzenia listy adresowej była analiza rejestrów socjalnych, pod kątem przyjętych kryteriów, znajdujących się w: Stołecznym Zespole Rehabilitacji w Konstancinie, GCRLiZ "Repty" w Tarnowskich Górach, Klinice Rehabilitacji AM (PSK 4) w Lublinie oraz Poradni Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej w Lublinie. Z powrotem otrzymano 88 zestawów kwestionariuszowych poprawnie wypełnionych, co stanowi 58,6 % wszystkich wysłanych zestawów, czyli wskaźnik zbliżony do uzyskanego m.in. przez E. Gorczycką (1981).

Wyselekcjonowane osoby pełnosprawne badano indywidualnie, podając im do wypełnienia tylko Test Przymiotników (ACL) i Inwentarz Psychologiczny (CPI). Trudności ze skompletowaniem zaplanowanej - 73-osobowej - grupy osób pełnosprawnych, związane z niemożnością idealnego dobrania osób, które spełniałyby ustalone kryteria, spowodowały, że przebadano 88 osób, czyli więcej niż zaplanowano. Z nich wybrano następnie tylko te, które

w największym stopniu odpowiadały przyjętemu społecznemu przekrojowi grupy porównawczej, zbliżonemu do społeczno-demograficznego profilu grupy podstawowej.

### Charakterystyka badanych osób

Kryterialny dobór grup badanych osób sprawił, iż socjologiczne charakterystyki badanych osób z paraplegią i ludzi pełnosprawnych zostały zawężone do z góry ustalonych pryncypiów. Badane osoby z paraplegią mogły więc mieć np. nie mniej niż 20 i nie więcej niż 40 lat, a ich minimalny poziom wykształcenia nie powinien być niższy od podstawowego, natomiast w badanej - dla przykładu - grupie osób pełnosprawnych wszystkie charakteryzujące ją wskaźniki socjologiczne powinny być zbliżone do wskaźników socjologicznych określających grupę podstawową. Przytoczone uwagi wskazują jednoznacznie na przyjętą w doborze grup selektywność, co powoduje, że tak dobrane osoby są reprezentatywne jedynie dla tych populacji, które spełniają przyjęte w niniejszej pracy kryteria.

A oto charakterystyka grupy podstawowej i porównawczej. W skład 145-osobowej grupy osób z paraplegią - grupy podstawowej - wchodziło 106 mężczyzn, co stanowi 73,1 %, oraz 39 kobiet, czyli 26,8 % ogółu. Odsetek kobiet z paraplegią jest tutaj nieco wyższy od światowych danych epidemiologicznych odnoszących się do urazowości rdzenia kręgowego i stanowi w przypadku kobiet 18-20 % wszystkich uszkodzeń. Wiek badanych osób z paraplegią wahał się, co obligatoryjnie zostało ustalone, w przedziale między 20 a 40 rokiem życia. Spośród czterech grup wiekowych, które zostały tu wyodrębnione z zastosowaniem 5-letniego przedziału czasowego najwięcej osób, bo 53, mieści się w przedziale wiekowym od 25,5 do 30 roku, co stanowi 36,5 %, a najmniej w przedziale od 35,5 do 40 roku - 22 osoby (15,1 %). Nie zauważono przy tym większych różnic - w omawianym zakresie - między kobietami a mężczyznami. Potwierdzeniem tego są uzyskane średnie arytmetyczne wieku: w całej 145-osobowej populacji średnia wynosi - 29,63 roku, tylko w grupie kobiet - 29,51 roku oraz tylko w grupie mężczyzn - 29,67 roku.



W badanej grupie osób z paraplegią stwierdzono 45 różnych obszarów uszkodzeń segmentów rdzenia, od pojedynczego neuromeru  $Th_1$  do trzech połączonych  $L_5-S_2$ . Najczęstszymi poziomami uszkodzeń rdzenia były:  $L_1$  - 20 osób,  $Th_{12}$  - 14 osób oraz  $Th_{12}-L_1$  - 13 osób, co jednoznacznie wskazuje i co znajduje potwierdzenie w epidemiologicznych wskaźnikach urazowości poszczególnych odcinków rdzenia, że odcinek  $Th_{12}-L_1$  należy, obok odcinka szyjnego, co najczęściej narażanych na uszkodzenia. Niemal jedna trzecia wszystkich badanych osób z paraplegią doznała urazu właśnie tego miejsca rdzenia, przy jednoczesnym, w miarę zbliżonym nasileniu urazowości pozostałych odcinków. Stąd wynika również, że u 135 osób (93,1 %) poziom uszkodzenia rdzenia kręgowego wahał się między  $Th_2$  a  $L_2$ , czyli obejmował swym zasięgiem prawie cały odcinek piersiowy i dwa pierwsze segmenty lędźwiowe. Można zatem stwierdzić, że poziom uszkodzeń rdzenia kręgowego w badanej grupie osób z paraplegią jest reprezentatywny dla przypadków określanых mianem tego schorzenia.

Często sądzi się, że z wysokością uszkodzenia rdzenia kręgowego wiążą się - w jakiś bliżej nieokreślony sposób - przyczyny nabycia paraplegii. Co prawda nie prowadzono żadnych badań w tym kierunku, więc trudno jest wydawać sądy na ten temat, niemniej jednak wiele danych wskazuje na to, że pewne symptomatyczne zachowania, rodzaje wykonywanych prac, zabaw i sportów warunkują typy i wysokości uszkodzeń. Z przeprowadzonych analiz wynika, że najczęstszą przyczyną powstania paraplegii są wypadki z udziałem środków lokomocyjnych - 76 osób (52,4 %). Pozostałe przyczyny to: upadki z wysokości - 42 osoby (28,9 %), wypadki związane z wykonywaną pracą - 13 osób (8,9 %), wypadki związane ze sportem, zabawą i rekreacją - 8 osób (5,5 %), inne - 4 osoby oraz bez podania przyczyn - 2 osoby. Pewne zdziwienie może budzić fakt, że tylko 5,5 % badanych osób nabyło paraplegii na skutek wypadków związanych z działalnością sportową, rekreacyjną i zabawową. Być może powodem tego stanu rzeczy było przyjęte w doborze grupy kryterium wieku na poziomie 18 lat, wykluczające tym samym z badań osoby młodsze, które w swym sposobie bycia preferują zabawę i sport, i są - jak się wydaje - mniej ostrożne.

Czas trwania inwalidztwa, analogicznie do wieku, podzielony został także na cztery grupy, z których najliczniej reprezentowany przez badane osoby z paraplegią był przedział pierwszy, gdzie 59 osób (40,6 %) żyło z paraplegią nie krócej niż jeden rok i nie dłużej niż 3 lata. 37 osób (25,5 %) natomiast żyło w przedziale od 5,5 roku do 10 lat, a tylko 15 osób (14,1 %) powyżej 10,5 roku (do 22 lat). Interesującą rzeczą jest tutaj to, że o ile w przypadku mężczyzn, u których zaobserwowano, iż z upływem czasu trwania inwalidztwa zmniejsza się ich osobowa reprezentacja, co wydaje się naturalną konsekwencją długotrwałej choroby, o tyle nie stwierdzono występowania takich zależności w całej grupie badanych osób, a tym bardziej w badanej populacji kobiet, wśród których np. niemal dwukrotnie więcej osób żyło w przedziale czasowym od 5,5 roku do 10,0 lat trwania inwalidztwa niż w przedziale czasu od 3,5 roku do 5 lat. Analogicznie, średni czas trwania paraplegii u badanych kobiet, wynoszący 5,79 roku, był dłuższy od średniego czasu kalectwa dla mężczyzn, na poziomie 5,19 roku. Dla całej badanej grupy osób z paraplegią wynosił on odpowiednio - 5,35 roku.

Z wiekiem i czasem trwania inwalidztwa badanych osób z paraplegią ściśle związany jest także wiek nabycia paraplegii. Najczęściej w analizowanej grupie mechanicznego uszkodzenia rdzenia kręgowego doznawały osoby młode, o czym świadczyć może m.in. ich duża frekwencja w przedziale wiekowym od 18,0 do 25 roku życia, wynosząca 97 osób, co stanowi 66,8 % całej grupy. Stąd również średni wiek nabycia paraplegii jest niski, odpowiednio: dla 145 osobowej grupy - 23,73 roku, dla 106 mężczyzn - 24,12 roku oraz dla 39 kobiet - 22,66 roku. Potwierdzenie znalazła tutaj także często podkreślana w literaturze przedmiotu prawidłowość, jaką stanowi zależność między wiekiem a podatnością na urazowość, tzn. im starszy wiek, tym mniejsza urazowość rdzenia kręgowego. Zauważyć tu należy, że do badań ni zostały zakwalifikowane osoby, u których wypadek nastąpił przed 18 rokiem życia, jakkolwiek według wielu statystyk różnych krajów, podatność na urazy rdzenia kręgowego w tym właśnie wieku jest stosunkowo największa.

Pochodzenie społeczne należy do tych zmiennych demograficzno-społecznych, które wzbudzają najwięcej kontrowersji, cho-

ciężby ze względu na niejednorodność przyjętych kryteriów. Najczęściej za takowe przyjmuje się wykształcenie rodziców, niekiedy także ich zawód czy miejsce zamieszkania osoby badanej lub wszystkie te cechy razem. Tak też postąpiono i w tym przypadku, kierując się nie tylko tym, co napisali badani w rubryce do tego przeznaczonej, lecz również analizując inne czynniki mogące uściślić omawianą cechę. Stwierdzono zatem, że w 82 przypadkach (56,5 %) badane osoby z paraplegią miały pochodzenie robotnicze, w 40 (27,5 %) - chłopskie oraz w 23 przypadkach (15,8 %) inteligenckie. Rozkład wskaźników jest więc zbliżony do rozkładu normalnego, tzn. obserwowanego w strukturze demograficznej kraju, jakkolwiek w przypadku kobiet zauważa się liczbową przewagę pochodzenia inteligenckiego nad pochodzeniem chłopskim, odwrotnie niż w grupie mężczyzn o podwyższonym odsetku pochodzenia chłopskiego.

Kolejną cechą demograficzną jest stan cywilny. Z rozkładu danych wynika, że 85 osób badanych, co stanowi 58,6 %, jest stanu wolnego, 53 osoby (36,5 %) są zamężne oraz 7 osób (4,8 %) jest rozwiedzionych, przy czym do kategorii osób rozwiedzionych włączone zostały 2 osoby owdowiałe. Interesującym w tej cesze socjologicznej jest fakt, że o ile w grupie kobiet 71,7 % to osoby wolne, a tylko 20,5 % zamężne, o tyle w przypadku grupy mężczyzn różnica pomiędzy analizowanymi kategoriami jest o wiele mniejsza i przedstawia się odpowiednio: 53,7 % - wolni i 42,4 % - żonaci. Wskazywałoby to na potwierdzenie jeszcze jednego - szeroko oznajmianego w literaturze - faktu, iż kobietom z paraplegią, a szerzej inwalidkom, trudniej jest wstąpić w związku małżeńskie.

Odzwierciedleniem, w pewnym zakresie, rozkładu pochodzenia społecznego u badanych osób z paraplegią jest zbliżony do niej rozkład zmiennej miejsca zamieszkania. Oto bowiem w trzech grupach zamieszkania: miasto wojewódzkie, miasto i wieś, procentowe wskaźniki są zbliżone do siebie, wahając się pomiędzy 28,2 a 33,3 %. Łącząc natomiast grupę miasta z grupą miasta wojewódzkiego uzyskujemy wówczas tradycyjny układ: miasto - wieś, zawarty stosunkiem: 62,0 % do 37,9 % (w tym osady), czyli zbliżony do ogólnego przekroju społecznego kraju. Zauważyć jednakże tutaj należy, że w grupach płci procentowy rozkład wskaźników miejsca zamieszkania różni się. W przypadku badanych ko-

biet najczęściej mieszka w miastach, odwrotnie niż w grupie mężczyzn, co niejako wiąże się ze zwiększonym w tej grupie odsetkiem osób (mężczyzn) o pochodzeniu chłopskim.

Wyróżnikiem socjologicznym omawianej grupy osób z paraplegią jest również poziom wykształcenia. Niemal cztery piąte badanych ma wykształcenie średnie i zasadnicze zawodowe, z przewagą tego pierwszego - 42,7 % (62 osoby), przy 35,5 % (51 osób) z wykształceniem zawodowym zasadniczym. Dodać tutaj należy, że przedział wykształcenia średniego jest bardzo szeroki i obejmuje swym zasięgiem zarówno osoby, które nie ukończyły jeszcze liceów ogólnokształcących i technikum (uczniowie) oraz studentów, a także osoby o nie ukończonych studiach i po szkołach pomaturalnych. W badanej grupie obserwuje się znikomą liczbę osób z wykształceniem wyższym - 7 osób (4,8 %) oraz stosunkowo dużą liczbę osób z wykształceniem podstawowym - 25 osób (17,2 %), których największy odsetek prezentuje grupa mężczyzn - 23 osoby. Zresztą badana grupa mężczyzn z paraplegią charakteryzuje się ogólnie niższym średnim poziomem wykształcenia od badanej grupy kobiet o tym samym schorzeniu, o czym świadczą procentowe wskaźniki wykształcenia podstawowego i zasadniczego zawodowego w stosunku do wykształcenia średniego i wyższego. Dla mężczyzn wynoszą one odpowiednio: 61,3 % do 38,6 %, natomiast dla kobiet: 28,2 % do 71,7 %.

Osoby pełnosprawne. wchodzące w skład grupy porównawczej dobrane zostały do badań kwestionariuszowych na zasadzie zmodyfikowanego doboru losowego, wielostopniowego. Stąd demograficzne wskaźniki charakteryzujące grupę osób pełnosprawnych (w odniesieniu do wyodrębnionych grup płci, wieku, pochodzenia społecznego, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania i wykształcenia) były w dużym stopniu zbliżone - w procentowym ujęciu danych - z wyżej ukazanymi w grupie osób z paraplegią. A zatem, syntetycznie ujmując uzyskane dane, stwierdzić należy, iż do 73-osobowej grupy porównawczej wchodziło 20 kobiet (27,3 %) i 53 mężczyzn (72,6 %) w przedziale wieku między 20 a 40 rokiem życia, że średnią 29,17 roku (29,00 - kobiety i 29,24 - mężczyźni), 41 osób (56,1 %) było stanu wolnego, 28 osób (38,3 %) zamężnych i 4 osoby (5,4 %) rozwiedzione. Pochodzenie społeczne badanych było następujące: 41 osób (56,1 %) miało pochodzenie robotnicze, 20 osób (27,3 %) - chłopskie

oraz 12 osób (16,4 %) - inteligenckie. Osoby te mieszkały: na wsi - 28 osób (38,3 %) oraz w miastach - 45 osób (61,6 %). Natomiast wykształcenie badanych osób pełnosprawnych przedstawiało się następująco: 13 osób (17,8 %) miało wykształcenie podstawowe, 25 (34,2 %) zasadnicze zawodowe, 31 osób (42,4 %) średnie oraz 4 osoby (5,4 %) wyższe.

#### IV. PRZYSTOSOWANIE PSYCHICZNE OSÓB Z PARAPLEGIĄ W ŚWIETLE ZASTOSOWANEGO TESTU PRZYMIOTNIKÓW (ACL) H. GOUGHA I A. HEILBRUNA

Analiza wyników, uzyskanych z badań prowadzonych za pomocą Testu Przymiotników (ACL), miała na celu określenie realnego i idealnego obrazu własnej osoby u osób z paraplegią oraz ustalenie - u tychże osób - ogólnego poziomu samoakceptacji. Szczegółowe zatem problemy tego wycinka analiz zawierały się w pytaniu o obraz własnej osoby badanych osób z paraplegią oraz w pytaniu o poziom samoakceptacji tychże osób. Pierwsze więc z pytań obejmowało swym zakresem zawartość treściową pojęć realnego i idealnego obrazu własnej osoby, drugie natomiast - kontekst wzajemnych relacji pomiędzy powyższymi aspektami obrazu siebie u badanych. Zastosowany tutaj Test Przymiotników (ACL) stwarza możliwości uzyskania odpowiedzi na tak postawione problemy, bada on bowiem zarówno realny obraz własnej osoby ("ja" realne), czyli: jak dana osoba ocenia siebie "na dziś", jak i obraz idealny ("ja" idealne), czyli: jak dana osoba charakteryzuje siebie "na jutro" (jaką chciałaby być). Rozbieżność zaś między realnym a idealnym obrazem siebie traktowana jest jako wskaźnik samoakceptacji ("D"). Obliczany jest on metodą L. Cronbacha i G. Glesera (1953; por. Wolińska, Drwał, 1989), jako pierwiastek średniej kwadratów odległości pomiędzy poszczególnymi wynikami obu profili w 24 skalach ACL. Im większe zachodzi prawdopodobieństwo zbieżności między "ja" realnym a "ja" idealnym, tym mniejszy jest wskaźnik "D" i wyższy zarazem stopień samoakceptacji. Im większa natomiast rozbieżność, tym wyższy liczbowo wskaźnik "D" i niższy stopień samoakceptacji.

W podjętym tutaj modelu badawczym podstawowym sposobem identyfikacji relacji przyczynowych jest metoda różnicy, chociaż nie tylko. W obszarze analizowanego zagadnienia interesująca wydaje się również prześledzenie średnich wyników posz-

gólnych skal testu (ACL), uzyskanych w badanych grupach - podstawowej i porównawczej - pod względem natężenia ich wartości liczbowych. Trudność jednak sprawia tutaj sposób określania wyników jako wysokich lub jako niskich oraz przeciętnych. Skale ACL są bowiem dwubiegunowe, czyli na obydwu biegunach każdej z nich znajdują się przeciwstawne sobie cechy, gdyż H. Gough i A. Heilbrun nie podają żadnego optymalnego układu wyników, do którego można byłoby się odwołać. Z szeregu jednak opracowań, tak krajowych jak i zagranicznych, wynika, że większość autorów przyjęła uważać wyniki oscylujące wokół 50 T (tena) za średnie, poniżej tej granicy za niskie, powyżej zaś jej za wysokie. Ze względu na to, iż średnie wyniki ze wszystkich skal realnego i - oddzielnie - idealnego obrazu własnej osoby, uzyskane w niniejszych badaniach w grupie porównawczej, wynoszą odpowiednio: 45,5 T oraz 50,4 T, natomiast w grupie podstawowej: 43,8 T oraz 48,4 T, zaś odchylenia standardowe, analogicznie dla obu grup: 6,9 T i 9,1 T oraz 8,4 T i 10,0 T zdecydowano się (uwzględniając także dokonania innych autorów w tym zakresie, m.in. S. Siwek (1980), Z. Palak (1981) na następujący podział przedziałów: - wyniki niskie - poniżej 40 T; - wyniki znacznie obniżone - 40-42 T; - wyniki średnie (przeciętne) - 43-57 T; - wyniki znacznie podwyższone - 58-60 T; - wyniki wysokie - powyżej 60 T.

A zatem, z pewnym uproszczeniem można przyjąć, iż przedział wyników przeciętnych mieści się w granicach od 40 do 60 T, czyli  $\pm 10$  T od średniego poziomu 50 T.

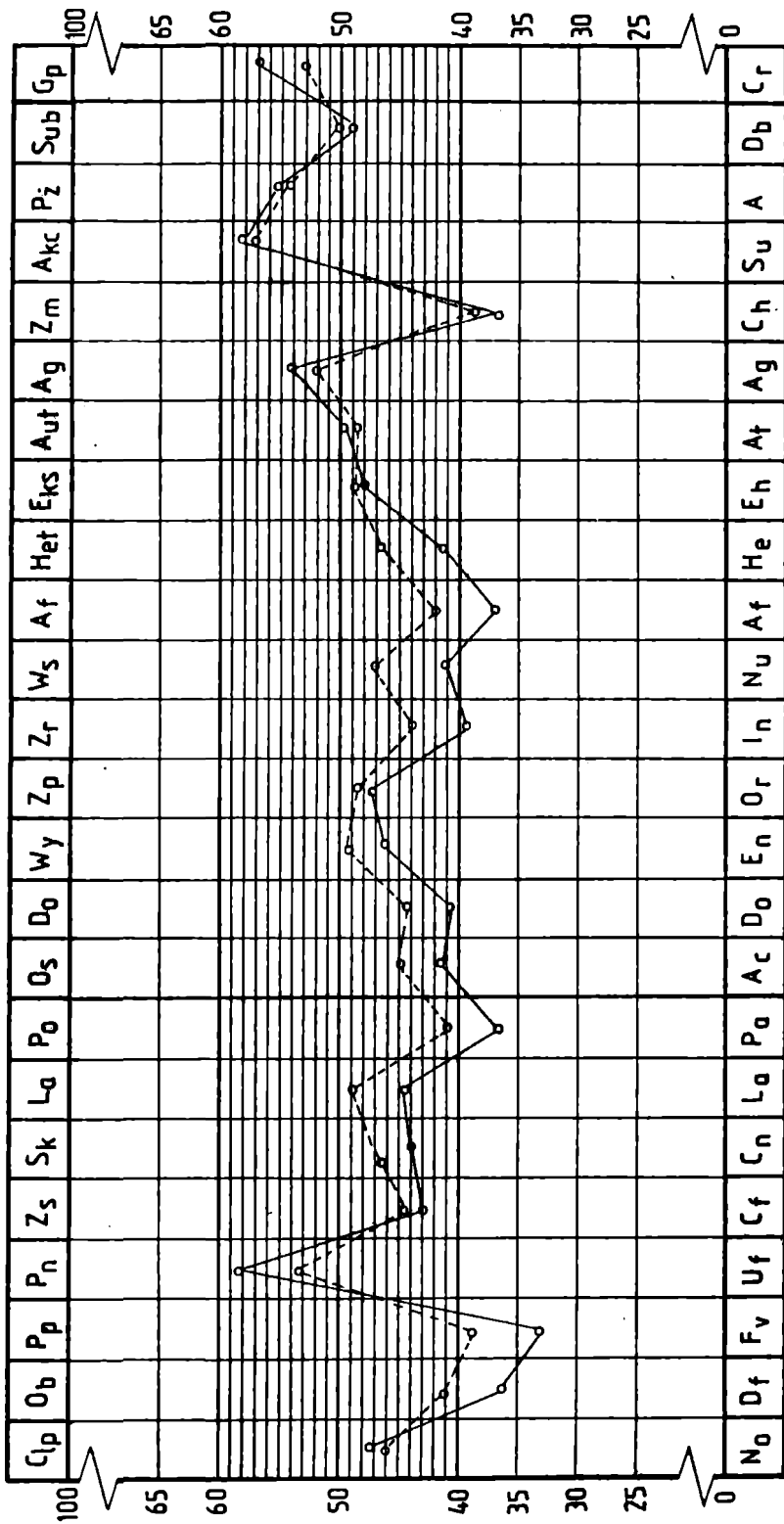
Zgoła inną procedurę orzekania o wartościach uzyskanych wyników zastosowano w przypadku wskaźnika samoakceptacji ("D"), jakkolwiek i tutaj, co należy szczególnie zaznaczyć, podstawą interpretacji była przede wszystkim metoda różnicy. Chcąc jednak ustalić w sposób empiryczny, jaką wartość "D" należy traktować jako wysoką, a jaką jako niską oraz chcąc ustalić rozkład uzyskanych wskaźników w badanych populacjach dokonano przekształcenia wyników w grupie porównawczej na jednostki skali stenowej. Na podstawie zaś tak uzyskanych norm obliczono następnie wskaźniki (stenowe) samoakceptacji dla poszczególnych osób z grupy podstawowej. Taka analiza pozwala na głębsze spojrzenie w obszar otrzymanych wyników i sprawia, iż interpretacja prezentowanego zagadnienia jest wszechstronniejsza, aniżeli poprzez testowe tylko porównanie średnich.

## Poziom realnego obrazu własnej osoby ("ja" realne) badanych

Z uzyskanych danych liczbowych prezentowanych na wykresie 1. i w tabeli 1. wynika, że badane profile realnego obrazu własnej osoby 145-osobowej grupy ludzi z paraplegią (grupa podstawowa - "A") i 73-osobowej grupy osób pełnosprawnych (grupa porównawcza - "B") w sposób dość znaczny różnią się między sobą. Różnice wysoce istotne statystycznie -  $p < 0,01 - 0,01$  - stwierdzono w przypadku dziewięciu skal (Pp, Po, Ws, Ob, Pn, La, Zr, Af i Het), natomiast różnice istotne statystycznie -  $p < 0,05$  - w dalszych sześciu skalach: Os, Gp, Sk, Do, Wy oraz Ag. Spośród zatem piętnastu skal - na 24 skale ACL - które różnicują badane grupy na poziomie istotności statystycznej, tylko w trzech skalach: Pn, Ag i Gp różnice pomiędzy średnimi porównywanych grup były na korzyść badanych osób z paraplegią. W sumie natomiast osoby te uzyskały tylko w siedmiu skalach wyniki wyższe od średnich wyników uzyskanych przez osoby pełnosprawne z grupy porównawczej - oprócz pokazanych tu trzech skal, także w skalach: Clp, Aut, Akc i Pż, o różnicach w tych skalach wybitnie losowych. W dwóch przypadkach (Clp i Pn) dotyczyło to tej części testu (ACL), którą określa się mianem oceny własnego zachowania oraz osobistego przystosowania, w czterech (Aut, Ag, Akc i Pż) w dziedzinie potrzeb, oraz w jednej (Gp), zresztą jedynej skali tej dziedziny ACL, zwanej chęcią podjęcia pracy nad sobą. We wszystkich innych przypadkach osoby pełnosprawne wchodzące w skład grupy porównawczej uzyskały w zakresie tego aspektu badań średnie wyniki, wyższe od analogicznych dla osób z paraplegią. W grupie tej w osiemnastu skalach wyniki uzyskane w nich mieściły się w przedziale wyników średnich (przeciętnych), w trzech skalach w przedziale wyników znacznie obniżonych, w jednej - znacznie podwyższonych oraz w pozostałych dwóch skalach w przedziale wyników niskich. Nie stwierdzono natomiast ani jednej skali o wynikach wysokich. Także w grupie podstawowej nie stwierdzono wyników wysokich, aczkolwiek frekwencje wyników poszczególnych skal w pozostałych przedziałach były już zgoła inne: jedenaście wyników średnich, cztery obniżone, trzy podwyższone oraz sześć wyników niskich. Świadczy to raz jeszcze, że badana



Wykres 1. Test Przysiotników (ACL) - porównanie średnich profili "realnego obrazu własnej osoby" grupy podstawowej "A" i porównawczej "B"



N = 145 grupa podstawowa "A"    N = 73 grupa porównawcza "B"

Tab. 1. Test Przymiotników (ACL) - porównanie "realnego obrazu własnej osoby" grupy podstawowej (A) i porównawczej (B)

Symbol skali	Grupa				Grupa A	Grupa B
	A (N=145)		B (N=73)			
	M	SD	M	SD		
1. Clp (No)	47,78	11,19	46,90	9,85	0,824	> 0,40
2. Ob (Df)	36,89	11,56	41,56	10,99	- 2,845	< 0,01
3. Pp (Fv)	33,66	11,29	39,63	9,94	- 3,811	< 0,001
4. Pn (Uf)	58,27	9,73	53,75	10,52	3,134	< 0,01
5. Zs (Cf)	43,93	10,76	44,39	9,16	- 0,315	> 0,70
6. Sk (Cn)	44,37	8,44	47,20	9,83	- 2,194	< 0,05
7. La (La)	45,04	9,24	49,43	10,37	- 3,164	< 0,01
8. Po (Pa)	36,89	7,73	41,80	8,65	- 4,235	< 0,001
9. Os (Ac)	41,55	10,30	45,17	9,15	- 2,532	< 0,02
10. Do (Do)	40,85	10,97	44,42	10,72	- 2,286	< 0,05
11. Wy (En)	46,20	11,17	49,93	12,23	- 2,238	< 0,05
12. Zp (Or)	47,49	10,13	48,46	11,21	- 0,644	> 0,50
13. Zr (In)	39,61	10,47	44,15	9,78	- 3,070	< 0,01
14. Ws (Nu)	41,15	11,27	47,23	10,24	- 3,856	< 0,001
15. Af (Af)	37,18	11,63	42,15	10,32	- 3,071	< 0,01
16. Fet (He)	41,36	11,98	46,58	10,09	- 3,181	< 0,01
17. Eks (En)	48,24	9,18	48,98	8,66	- 0,568	> 0,50
18. Aut (At)	49,98	8,23	48,76	7,51	1,057	> 0,20
19. Ag (Ag)	54,69	8,89	52,11	7,92	2,085	< 0,05
20. Zm (Ch)	37,51	9,63	38,82	9,38	- 0,947	> 0,30
21. Akc (Su)	58,42	8,79	57,17	8,97	0,974	> 0,30
22. Pż (Ab)	55,85	10,28	54,69	10,86	0,765	> 0,40
23. Sub (Do)	49,27	8,39	50,54	7,73	- 1,079	> 0,20
24. Gp (Cr)	57,37	11,09	53,61	11,61	2,316	< 0,05

t<sup>o</sup> - t-Studenta (za: Guilford, 1964); znak "-" przy wartości wskaźnika testu t-Studenta mówi, która z porównywanych wartości jest większa.

grupa 145 osób z paraplegią różni się w zakresie realnego obrazu własnej osoby od badanej grupy 73 osób pełnosprawnych. Jakiego jednak typu i rodzaju są to różnice, czyli jaką wartość treściową pojęcia realnego obrazu siebie przejawiają badane osoby z paraplegią, różnicującą ich z osobami pełnosprawnymi - to pytanie, na które odpowiedzi można udzielić dopiero po przeanalizowaniu wyników uzyskanych w porównywanych grupach w zakresie wszystkich 24 skal Testu Przymiotników. Oto ich charakterystyka.

1. Całkowita liczba przymiotników - Clp (No).

Średnie wyniki uzyskane w tej skali w grupie osób pełnosprawnych i z paraplegią są bardzo zbliżone do siebie i mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych. Oznacza to, że badane osoby z obu grup nie przejawiają zbyt dużych zdolności do myślenia oryginalnego i twórczego ani też większego napędu do efektywnego działania, ewoluując raczej w kierunku ostrożnego podchodzenia do zastanych problemów i stania na uboczu. Nieco wyższy wynik w grupie podstawowej ("A") może sugerować o skłonnościach badanych osób z paraplegią ku dobrym zamiarom i intencjom, przy jednoczesnym popełnianiu przez nie większej ilości błędów.

2. Postawa obronna - Ob (Df).

Niski średni wynik w tej skali, uzyskany przez badane osoby z paraplegią, istotnie niższy od obniżonego średniego wyniku z grupy porównawczej, wskazuje, iż osoby te w większym stopniu niż porównywane osoby pełnosprawne określają siebie jako niespokojne i lękliwe, krytykujące siebie i innych oraz narzekające na swoje warunki. Przypuszczać należy również, że przejawiają one także większą skłonność do rozwodzenia się nad swoimi problemami i umieszczania siebie w centrum własnej uwagi.

3. Liczba zaznaczonych przymiotników pozytywnych - Pp (Fv).

Obie średnie z porównywanych populacji znajdują się na poziomie wyników niskich. Przy czym osoby z paraplegią z grupy podstawowej uzyskały tutaj wynik istotnie niższy od analogicznego w grupie porównawczej, co świadczy o ich większym sceptycyzmie i indywidualizmie oraz łatwiejszym uleganiu emocjom, a także częstszym doświadczaniu niepokoju, zwątpień i zmartwień.

4. Liczba zaznaczonych przymiotników negatywnych - Pn (Uf).

W skali tej badane osoby z paraplegią uzyskały średni wynik - na poziomie wyników znacznie podwyższonych - istotnie wyższy od średniego wyniku dla grupy porównawczej, mieszczące się w przedziale wyników przeciętnych. H. Gough i A. Heilbrun (1965) uważają, że zaznaczanie tu przez badanych większej liczby przymiotników negatywnych wynika nie tyle z przejawianego przez nich poczucia pokory, spokojności i usuwania się w cień, co raczej z impulsywnej kontroli nad negatywnymi aspektami osobowości. Stąd należy sądzić, że badane osoby z paraplegią, w porównaniu do pełnosprawnych, są bardziej buntownicze, aroganckie, niedbałe i skłonne do "niedowiarstwa".

5. Zaufanie do siebie samego - Zs (Cf).

Bardzo zbliżone średnie wyniki, osiągnięte w tej skali w badanych grupach, znajdujące się w dolnych rejonach przedziału wyników przeciętnych, sugerują, że badane osoby z paraplegią, w takim samym stopniu co badane osoby pełnosprawne, przejawiają większą skłonność ku bezczynności aniżeli ku aktywności, stanowczości i wytrwałości w działaniu oraz w takim samym stopniu wykazują nieumiejętność mobilizowania siebie do działania. Nie wydaje się również, aby osoby te starały się robić silne wrażenie na innych, mających zaufanie do siebie, zdecydowanych i ambitnych. Wprost przeciwnie, większość przesłanek wskazuje raczej na to, że ozięściej robią oni wrażenie ludzi bezpretensjonalnych, zapominalskich, zatroskanych i pochłoniętych własnymi myślami.

6. Samokontrola - Sk (Cn).

Wyniki uzyskane w tej skali przez badane osoby z grupy podstawowej i porównawczej mieszczą się w przedziale wyników średnich (przeciętnych). Różnią się jednak między sobą w sposób istotny statystycznie na korzyść tych drugich, co może wskazywać, że osoby z paraplegią charakteryzują się mniejszym niż osoby pełnosprawne wyrobieniem społecznym, natomiast w stopniu większym upartością, nieodpowiedzialnością i impulsywnością, przy jednocześnie zmniejszonym zainteresowaniu wypełnianiem własnych obowiązków, praktycznością i lojalnością wobec innych.

7. Labilność - La (La).

Zauważalna tu tendencja u badanych osób z paraplegią do wyników nieco obniżonych, każe sądzić, iż w większym stopniu niż porównywane osoby pełnosprawne przejawiają one cechy zachowań osób flegmatycznych, w przeciwieństwie do zachowań spontanicznych i pobudliwych, które są symptomatyczne dla osób uzyskujących tutaj wyniki wysokie.

8. Przystosowanie osobowościowe - Po (Pa).

Otrzymane średnie wyniki w tej skali, ich relacje między porównywanymi grupami, są zbliżone do układu wyników uzyskanych w skali Ob. Oznacza to, że badane osoby z paraplegią w większym stopniu niż osoby pełnosprawne widzą siebie jako nie umiejące współżyć z innymi ludźmi, izolujące się od nich i ich nieprzychylnych postaw, zahamowane, defensywne, z dystansem, zamartwiające się, skryte oraz kapryśne i niezadowolone.

9. Potrzeba osiągnięć - Os (Ac).

Obniżony średni wynik w tej skali, jaki osiągnęły badane osoby w grupy podstawowej, istotnie niższy od przeciętnego średniego wyniku uzyskanego przez osoby pełnosprawne z grupy porównawczej, pozwala przepuszczać, że osoby z paraplegią nie starają się zbyt intensywnie o osiągnięcie społecznie uznawanych wartości. Przejawiają raczej sceptyczne nastawienie do korzyści, jakie można osiągnąć poprzez pracę i zaangażowanie się w niej. Często są niezadowolone ze swego obecnego stanu i swojej aktualnej sytuacji.

10. Potrzeba dominacji - Do (Do).

W skali tej wyniki uzyskane przez badane osoby z porównywanych grup są bardzo zbliżone do wyników, jakie osiągnęły one w skali Os. Sądzić zatem należy, że badane osoby z paraplegią w większym stopniu niż osoby pełnosprawne przejawiają cechy zachowań określanych jako: niepewność siebie, obojętność w stosunku do stawianych wymagań i współuczestnictwa życiowego, unikanie sytuacji wymagających podjęcia decyzji i opowiedzenia się za jakąś alternatywą.

11. Potrzeba wytrwałości - Wy (En).

Średni wynik uzyskany w tej skali przez badane osoby z paraplegią jest co prawda istotnie niższy od średniego wyniku uzyskanego przez badane osoby pełnosprawne, ale znajduje

się - razem z wynikiem z grupy porównawczej - w przedziale wyników przeciętnych, co może oznaczać, że osoby z paraplegią, jako osoby o nastawieniu konformistycznym, są mimo wszystko zdolne niekiedy do akceptacji niekonwencjonalnych poglądów i działań, jednocześnie jednak skłonne (w większym stopniu niż osoby pełnosprawne) do zachowań nierozważnych, niespokojnych i nieodpowiedzialnych.

#### 12. Zamiłowanie do porządku - Zp (Or).

Wyniki badań uzyskane w tej skali świadczą o tym, że badane osoby z paraplegią i pełnosprawne nie różnią się pod względem przejawianego zamiłowania do porządku, organizacji i planowania działalności. Średnie mieszczą się tutaj w przedziale wyników przeciętnych, co wskazuje, że w jednakowym stopniu nie są one ani nazbyt szczerze i niezawodne, ani też bardziej żywe pod względem temperamentu i reakcji.

#### 13. Zdolność rozumienia siebie oraz innych - Zr (In).

Skala ta daje obraz rozumienia własnego zachowania oraz zachowania innych. Niski średni wynik w tej skali, otrzymany przez osoby z paraplegią, istotnie niższy od przeciętnego średniego wyniku dla grupy osób pełnosprawnych, sugeruje, że badane osoby z paraplegią są w dużo większym stopniu niż osoby pełnosprawne skłonne do rozrzutności, mają też mniejsze skłonności do korzystania z "talentów". Są również bardziej agresywne i szybciej ulegają znudzeniu lub zniecierpliwieniu.

#### 14. Potrzeba współczuwania - Ws (Nu).

W skali tej występuje największa różnica pomiędzy średnimi z grupy podstawowej - znacznie obniżony wynik, i grupy porównawczej - wynik przeciętny. Oznacza to, że badane osoby z paraplegią w mniejszym zakresie niż osoby pełnosprawne angażują się w zachowania polegające na udzielaniu pomocy innym i w mniejszym stopniu okazują zrozumienie dla potrzeb innych ludzi. Są wobec innych skłonni do sceptycyzmu, wykazując jednocześnie mniejszą wrażliwość na uczucia i pragnienia osób drugich. Przejawiają większą skłonność do interesowania się sobą i koncentrowania się na swoich własnych potrzebach i uczuciach.

#### 15. Potrzeba afiliacji - Af (Af).

Uzyskane w tej skali dane są zbliżone do analogicznych wyników otrzymanych w skalach Ob i Po. Należy zatem sądzić, że

badane osoby z paraplegią przejawiają w większym stopniu zachowania wskazujące na ich nieufność, pesymistyczne nastawienie do życia oraz niespokojność w sytuacjach, które wymagają dłuższego lub też bardziej bliskiego kontaktu z innymi ludźmi.

16. Stosunek do płci przeciwnej - Het (He).

Znacznie obniżony wynik, otrzymany przez badane osoby z paraplegią w tej skali, istotnie niższy od przeciętnego średniego wyniku dla grupy osób pełnosprawnych, wskazuje na mniejsze zainteresowanie badanych osób z paraplegią osobami płci przeciwnej oraz mniejszy stopień satysfakcji emocjonalnej, wynikającej z obcowania z tymi osobami. Wynika to zapewne z tego, że osoby te zbyt wiele rozmyślają o swoich problemach i tłumią swoją żywotność.

17. Ekshibicjonizm psychiczny - Eks (Eh).

Niemal identyczne średnie wyników w tej skali, mieszczące się w przedziale wyników przeciętnych, pozwalają twierdzić, iż badane osoby z paraplegią w jednakowym stopniu co badane osoby pełnosprawne cechują się zachowaniami wskazującymi na skłonności - z jednej strony do egocentryzmu, z drugiej natomiast - do hamowania impulsów. Niekiedy chcą zwracać swoją osobą uwagę innych, częściej jednak brak im zaufania do siebie. Stąd, boją się i publicznych wystąpień i spotkań.

18. Potrzeba autonomii - Aut (At).

Wyniki badań w tej skali, bardzo zbliżone do wyników z poprzedniej skali, świadczą o tym, że badane osoby z paraplegią i osoby pełnosprawne nie różnią się pod względem zachowań związanych z potrzebą działania niezależnie od innych albo niezależnie od społecznych wartości i oczekiwań. Są to osoby w takim samym stopniu niezależne i autonomiczne co uległe i wahające się w sytuacjach wymagających podejmowania inicjatywy.

19. Agresja - Ag (Ag).

Średni wynik w tej skali uzyskany przez osoby z grupy podstawowej, mieszczący się w przedziale wyników przeciętnych, jest istotnie wyższy od analogicznego wyniku z grupy porównawczej, także z przedziału wyników przeciętnych. Oznacza to, że badane osoby z paraplegią bardziej angażują się w zachowania, które atakują innych, są bardziej impulsywne i niekiedy nie kontrolujące swoich emocji.

20. Potrzeba zmienności - Zm (Ch).

Bardzo zbliżone średnie wyniki w tej skali, osiągnięte przez badanych z obu grup, a znajdujące się w przedziale wyników niskich, pozwalają na stwierdzenie, że osoby z paraplegią i porównywane do nich osoby pełnosprawne w jednakowym stopniu przejawiają zachowania nastawione na szukanie stabilizacji i ciągłości w swoim otoczeniu, nie lubiąc przy tym być narażanymi na ryzyko i niepewność. Brak tym osobom werwy i energii.

21. Potrzeba akceptacji przez innych - Akc (Su).

W skali tej, tak osoby z paraplegią, jak i pełnosprawne uzyskały najwyższe średnie ze wszystkich skal testu ACL. Świadczy to, że badane osoby - a osoby z paraplegią nawet w nieznacznie większym zakresie - są skłonne do uzależniania się od innych ludzi, oczekując od nich opieki i oparcia.

22. Poczucie niższości - Pż (Ab).

Zbieżne wartości średnich wyników, otrzymanych w tej skali przez porównywane grupy osób, sugerują o większych skłonnościach badanych osób (osoby z paraplegią w większym stopniu) do zachowań typu: pomniejszania siebie i usuwania się, aby uniknąć potępienia i odrzucenia, nieakceptowania siebie oraz widzenia siebie jako jednostki słabej i bez zasług, aniżeli do zachowań określanych przez cechy zrównoważenia, produktywności i stanowczości.

23. Submisja - Sub (De).

Średnie wyniki uzyskane w tej skali w grupach osób z paraplegią i pełnosprawnych są bardzo zbliżone do siebie i mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych, przy średnim wyniku dla grupy porównawczej nieco wyższym od analogicznego dla grupy podstawowej. Oznacza to, że porównywane grupy osób nie różnią się pod względem szukania i podtrzymywania podrzędnych ról w stosunkach z innymi oraz gdy brane są pod uwagę zachowania polegające na podporządkowywaniu się innym lub też dominowaniu nad innymi z wywieraniem na nich presji. W jednakowym stopniu poddają się żądaniom wyrażanym przez innych, jak też potrafią zyskiwać przewagę nad innymi i wywierać na nich presję.

24. Gotowość do poddania się poradnictwu - Gp (Cr).

Otrzymany w tej skali układ wyników jest podobny do układu ze skali Pn. Układ ten sugeruje, że badane osoby z paraple-

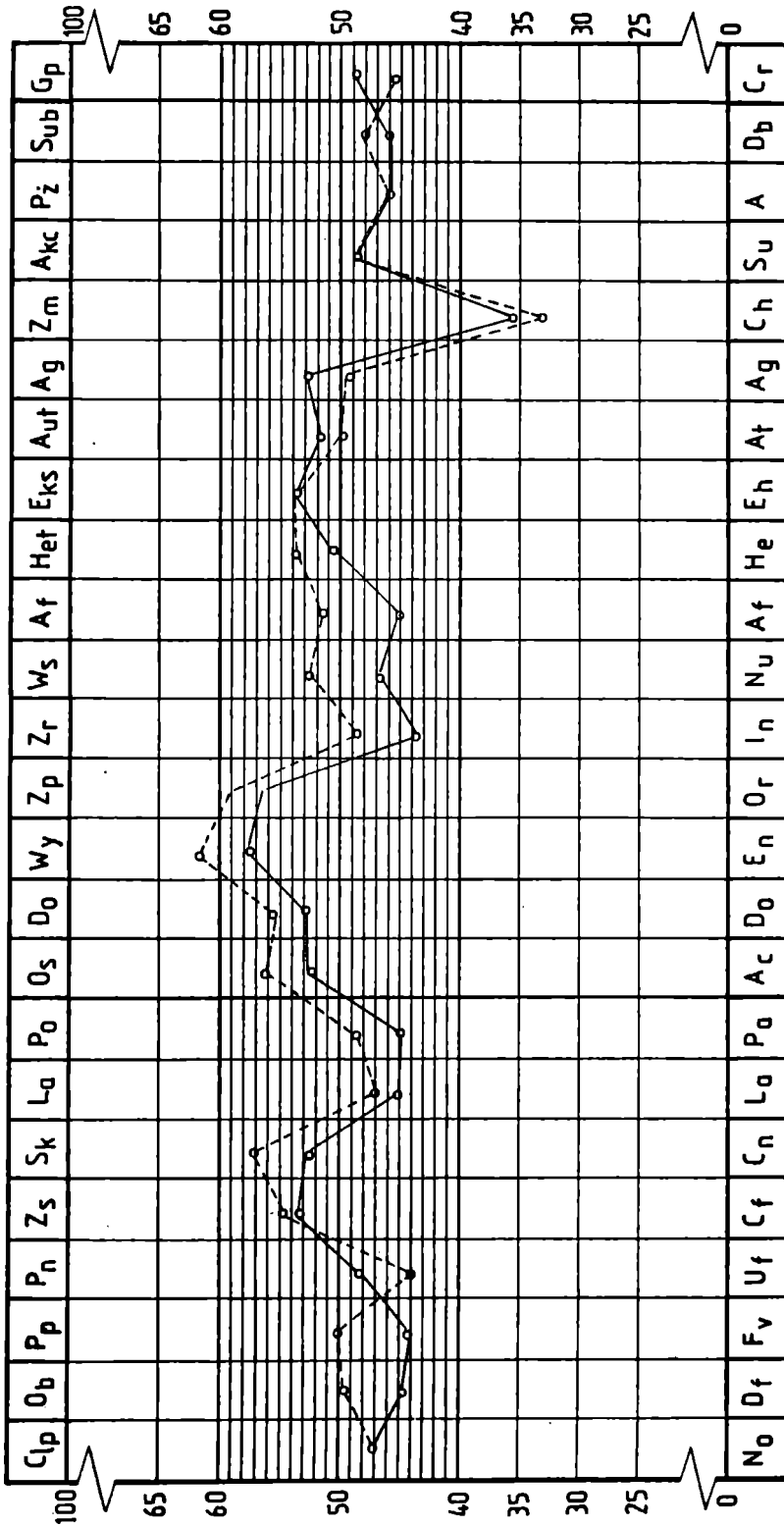


gią, w porównaniu do osób pełnosprawnych, w większym stopniu przejawiają skłonności do niepokojenia się o siebie i przesadnej lęklivosti, przy jednoczesnym braku zdolności do radowania się życiem. W większym również stopniu przejawiają tendencje do ciągłego zajmowania się swoimi problemami oraz do pesymizmu, zwłaszcza gdy chodzi o zdolność do konstruktywnego ich rozwiązania. A zatem, osoby te wymagają pomocy poradniczej.

Poziom idealnego obrazu własnej osoby ("ja" idealne) badanych

Z zaprezentowanych na wykresie 2. i w tabeli 2. danych liczbowych wynika, że badane profile idealnego obrazu własnej osoby, sporządzone dla 145-osobowej grupy osób z paraplegią (grupa "A") i 73-osobowej grupy osób pełnosprawnych (grupa "B"), wykazują - podobnie do porównywanych profilów realnego obrazu siebie - znaczne zróżnicowanie. Różnice wysoce istotne statystycznie -  $p < 0,001-0,01$  - stwierdzono w dwunastu skalach: Ob, Pp, Pn, Sk, Wy, Zr, Ws, Af, Ag, Po, Os i Do, co stanowi połowę wszystkich skal testu ACL. W dalszych czterech skalach: Hét, Gp, Zp i Sub, są one istotne statystycznie,  $p < 0,02-0,05$ , zaś w kolejnej skali: La, zaobserwowana różnica jest zbliżona do istotności statystycznej. W sumie szesnaście skal różniouje porównywane grupy w sposób statystycznie istotny, z czego tylko w trzech skalach (tych samych co i przy realnym obrazie własnej osoby: Pn, Ag i Gp) kierunek różnic określony jest w stronę grupy podstawowej. W osiemnastu skalach średnie wyniki z grupy porównawczej są wyższe od średnich z grupy podstawowej, co niemalże jednoznacznie określa uzyskany kierunek różnic na korzyść osób pełnosprawnych. Średnia wyników ze wszystkich skal testu (ACL) dla grupy podstawowej równa 48,4 T i mieści się w przedziale wyników przeciętnych. Na wynik ten składają się: po jednym wyniku podwyższonym (Wy), obniżonym (Pp) i niskim (Zm) oraz dwadzieścia jeden wyników przeciętnych. Dla grupy porównawczej natomiast średnia wyników ze wszystkich skal także mieści się w przedziale wyników przeciętnych, aczkolwiek jest nieco wyższa, bo na poziomie 50,4 T, przy dwóch wynikach znacznie podwyższonych (Sk, Zp), po jednym wyniku wysokim (Wy) i niskim (Zm) oraz dwudziestu wynikach

Wykres 2. Test Przymiotników (ACL) - porównanie średnich profilów "idealnego obrazu własnej osoby" grupy podstawowej "A" i porównawczej "B"



$N = 145$  grupa podstawowa "A"       $N = 73$  grupa porównawcza "B"

Tab. 2. Test Przymiotników (ACL) - porównanie "idealnego obrazu własnej osoby" grupy podstawowej ("A") i porównawczej ("B")

Symbol skali	Grupa				Grupa A	Grupa B
	A (N = 145)		B (N = 73)			
	M	SD	M	SD	t/c	p
1. Clp (No)	46,64	10,49	46,72	9,56	- 0,058	> 0,90
2. Ob (Df)	44,33	9,71	49,68	8,18	- 4,022	< 0,001
3. Pp (Fv)	42,84	10,30	50,08	8,27	- 5,605	< 0,001 <sup>x</sup>
4. Pn (Uf)	48,13	8,82	43,89	3,89	4,916	< 0,001 <sup>x</sup>
5. Zs (Cf)	53,40	8,84	54,45	6,86	- 0,965	> 0,30 <sup>x</sup>
6. Sk (Cn)	52,81	9,32	57,24	8,07	- 3,731	< 0,001
7. La (La)	44,96	8,74	46,95	7,36	- 1,664	~ 0,09
8. Po (Pa)	44,75	8,71	48,47	7,14	- 3,366	< 0,01 <sup>x</sup>
9. Os (Ac)	52,52	8,79	56,24	7,15	- 3,350	< 0,01 <sup>x</sup>
10. Do (Do)	52,85	8,54	55,84	6,65	- 2,840	< 0,01 <sup>x</sup>
11. Wy (En)	57,86	8,60	62,00	6,71	- 3,900	< 0,001 <sup>x</sup>
12. Zp (Or)	56,55	8,55	59,27	7,46	- 2,302	< 0,03
13. Zr (In)	43,25	9,41	48,72	8,21	- 4,203	< 0,001
14. Ws (Nu)	46,42	9,91	52,43	6,91	- 5,209	< 0,001 <sup>x</sup>
15. Af (Af)	44,77	8,97	51,32	8,05	- 5,235	< 0,001
16. Het (He)	50,73	9,85	53,79	7,17	- 2,661	< 0,02 <sup>x</sup>
17. Eks (En)	53,48	5,76	53,73	5,28	- 0,301	> 0,70
18. Aut (At)	51,43	6,52	50,08	6,01	1,474	> 0,10
19. Ag (Ag)	52,62	6,66	49,38	5,34	3,882	< 0,001 <sup>x</sup>
20. Zm (Ch)	34,62	8,66	33,27	7,08	1,230	> 0,20 <sup>x</sup>
21. Akc (Su)	48,53	5,69	48,30	4,79	0,305	> 0,70
22. Pż (Ab)	45,62	6,26	45,98	4,57	- 0,483	> 0,60 <sup>x</sup>
23. Sub (De)	45,86	6,96	47,98	6,32	- 2,173	< 0,05
24. Gp (Cr)	48,75	10,53	45,01	9,50	2,542	< 0,02

t/c - t-Studenta/C<sup>0</sup> - Cochran-Coxa (za: Guilford, 1964);  
<sup>x</sup> - C<sup>0</sup> - Cochran-Coxa; Znak "-" przy wartości wskaźnika t-Studenta lub C<sup>0</sup> mówi, która z porównywanych średnich jest większa.

przeciętnych. Podobne tendencje w relacjach między porównywanymi profilami idealnego obrazu własnej osoby u badanych grup stwierdza się również w obrębie trzech wymiarów testu (ACL): zachowania się oraz osobistego przystosowania, potrzeb, a także chęci podjęcia pracy nad sobą. Świadczy to raz jeszcze o tym, że badane osoby z paraplegią różnią się w zakresie idealnego obrazu własnej osoby od badanych osób pełnosprawnych.

O zawartości treściowej natomiast porównywanych profili idealnego obrazu siebie można będzie mówić dopiero na podstawie charakterystyki wszystkich skal testu i interpretacji ich rozkładów.

A oto interpretacja idealnego obrazu własnej osoby.

1. Całkowita liczba zaznaczonych przymiotników - Clp (No).

Średnia wyników, uzyskana w tej skali, jest niemal identyczna w porównywanych grupach osób z paraplegią i pełnosprawnych. Znajdują się one w przedziale wyników przeciętnych, nieco poniżej pełnego środka, co każe sądzić, że zarówno badane osoby z paraplegią, jak i pełnosprawni nie przejawiają zbyt dużych zdolności do myślenia oryginalnego i twórczego ani też nie wykazują większych chęci do aktywnego działania. W zachowaniu ich częściej można dostrzec cechy ostrożności i niepewności, co zmniejsza skuteczność w rozwiązywaniu zastanych problemów.

2. Postawa obronna - Ob (Df).

Średnie wyniki otrzymane przez badane grupy osób w tej skali mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych. Badane osoby z paraplegią uzyskały jednak wynik istotnie niższy od wyniku z grupy porównawczej. Przypuszczać zatem należy, że osoby z paraplegią w stosunku do pełnosprawnych, przejawiają częściej cechy świadczące o większej niespokojności i lękliwości oraz skłonności do krytykowania siebie i innych.

3. Liczba zaznaczonych przymiotników pozytywnych - Pp (Fv).

W skali tej występuje największa ze wszystkich skal idealnego obrazu własnej osoby różnica między średnimi uzyskanymi przez badane osoby porównywanych grup osób z paraplegią i pełnosprawnych. Świadczy to o tym, że osoby z paraplegią łatwiej ulegają emocjom, częściej doświadczają niepokoju i wątpliwości oraz są bardziej nastawione na szukanie przyjemności.

ci niż osoby pełnosprawne, które z kolei częściej przejawiają silniejszą motywację, pragnienie działania oraz wywieranie pozytywnego wrażenia na innych.

4. Liczba zaznaczonych przymiotników negatywnych - Pn (Uf).

Niemal odwrotny układ do tutaj opisanego występuje między otrzymanymi średnimi w obecnie analizowanej skali. Oznacza to, że badane osoby z paraplegią w większym stopniu przejawiają cechy wskazujące na impulsywność i brak kontroli nad negatywnymi aspektami osobowości, a tym samym są mniej spokojne i uprzejme, a więc nie należą do ludzi, o których się mówi, że są "dobrze ułożeni".

5. Zaufanie do siebie samego - Zs (Cf).

Bardzo zbliżone średnie wyniki, osiągnięte w tej skali przez badane grupy, mieszczące się w przedziale wyników przeciętnych, sugerują, że badane osoby z paraplegią, w takim samym stopniu co badane osoby pełnosprawne, przejawiają skłonności w kierunku stanowczości, wytrwałości, zaufania do siebie, zdecydowania i oportunisty, przy niekiedy także - zwłaszcza w odniesieniu do osób z paraplegią - nieznacznych trudności w mobilizacji siebie do działania, zachowań nacechowanych troską, rezerwą i chwiejnością.

6. Samokontrola - Sk (Cn).

W skali tej badani z paraplegią uzyskali średnią na poziomie wyników przeciętnych, istotnie niższą od średniej dla grupy porównawczej, znajdującej się w przedziale wyników znacznie podwyższonych. Sądzić zatem należy, że osoby z paraplegią, w mniejszym stopniu niż pełnosprawne, mogą charakteryzować się pilnością, praktycznością i lojalnością oraz umiejętnościami sublimacji agresywnych poczynań, przy równocześnie większej upartości i skłonności do użalania się nad sobą.

7. Labilność - La (La).

Oba wyniki w tej skali, uzyskane w porównywanych grupach, mieszczą się w dolnym obszarze wyników przeciętnych. Przy czym średni wynik dla grupy podstawowej jest niemal istotnie niższy od analogicznego z grupy porównawczej, co pozwala przypuszczać, iż badane osoby z paraplegią częściej mogą być określane jako flegmatyczne, zrutynizowane i zachowujące się w sposób konwencjonalny.

#### 8. Przystosowanie osobowościowe - Po (Pa).

Średni wynik uzyskany w tej skali przez badane osoby z paraplegią znajduje się w dolnym obszarze wyników przeciętnych i jest istotnie niższy od równie przeciętnego średniego wyniku dla grupy osób pełnosprawnych. Wskazuje to, iż osoby z paraplegią w większym stopniu widzą siebie jako nie umiejące współżyć z innymi ludźmi, izolujące się i nastawione do nich nieprzychylnie, niż niezawodne, zgodne, ufne, praktyczne i lojalne.

#### 9. Potrzeba osiągnięć - Os (Ac).

Wyniki uzyskane w tej skali przez badane osoby z grupy podstawowej i porównawczej mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych. Różnią się jednak między sobą w sposób istotny statystycznie na korzyść osób pełnosprawnych. Oznacza to, że badane osoby z paraplegią w mniejszym stopniu niż porównywane osoby pełnosprawne starają się dążyć do osiągnięcia społecznie uznawanych wartości. Przejawem tego jest mniejsza wytrwałość i ufność względem innych, a także motywy nastawione częściej na rywalizację niż na cele.

#### 10. Potrzeba dominacji - Do (Do).

Otrzymane wyniki w tej skali, ich relacja między porównywanymi grupami, są podobne do układu wyników uzyskanych w skali poprzedniej, tj. Os. Sądzić zatem należy, że osoby z paraplegią w mniejszym stopniu niż osoby pełnosprawne przejawiają cechy zachowań określanych jako: wytrwałość, silna wola, zaufanie do siebie oraz pragnienie skutecznego realizowania zamierzeń. Z tego też - być może - powodu wynika nieco mniejsza u nich potrzeba szukania i podtrzymywania ról przywódczych i niewielka chęć bycia wpływowym i dominującym w kontaktach osobistych.

#### 11. Potrzeba wytrwałości - Wy (En).

W skali tej zarówno badane osoby z paraplegią, jak i pełnosprawne uzyskały najwyższe średnie ze wszystkich skal testu ACL. Średnia dla grupy podstawowej jest istotnie niższa od średniej dla grupy porównawczej. Świadczy to, że badane osoby pełnosprawne są bardziej opanowane, odpowiedzialne i idealistyczne niż osoby z paraplegią, przy dużym jednak natężeniu w występowaniu u tych ostatnich wyszczególnionych tutaj cech.

#### 12. Zamiłowanie do porządku - Zp (Or).

Znacznie podwyższony średni wynik otrzymany przez osoby pełnosprawne w tej skali, istotnie wyższy od przeciętnego średniego wyniku dla grupy osób z paraplegią, wskazuje na te ostatnie osoby jako szczerze, ale mniej pewne i niezawodne. W nieco mniejszym też stopniu dążą one do utrzymania wewnętrznego ładu, za cenę nawet indywidualności i spontaniczności.

#### 13. Zdolność rozumienia siebie oraz innych - Zr (In).

W skali tej wyniki uzyskane przez badane osoby z porównywanych grup są bardzo zbliżone do wyników, jakie osiągnęli oni w skali Ob. Oznacza to, że osoby z paraplegią w większym stopniu niż osoby pełnosprawne są skłonne do zachowań agresywnych, szybciej też ulegają znudzeniu i zniecierpliwieniu, szczególnie w tych sytuacjach, gdzie szybkie działanie jest niemożliwe.

#### 14. Potrzeba współczuwania - Ws (Nu).

Średnie wyniki w tej skali otrzymane przez badane osoby z grupy podstawowej i porównawczej znajdują się co prawda w przedziale wyników przeciętnych, lecz różnica, jaka występuje między nimi, jest wysoce istotna statystycznie. Sugeruje to, że osoby z paraplegią w mniejszym stopniu są chętne do udzielania pomocy innym, zaś w większym angażują się w zachowania konwencjonalne oraz są bardziej zainteresowane sobą.

#### 15. Potrzeba afiliacji - Af (Af).

Uzyskane w tej skali wyniki są podobne do analogicznych wyników otrzymanych w analizowanej tutaj skali Ws. Sądzić zatem należy, że badane osoby z paraplegią w porównaniu do pełnosprawnych są bardziej indywidualistyczne w szukaniu i utrzymywaniu osobistych przyjaźni, gorzej się przystosowują oraz częściej przejawiają pesymizm i niepokój w sytuacjach, które intensyfikują lub przedłużają kontakt z innymi osobami.

#### 16. Stosunek do płci przeciwnej - Het (He).

Średnie otrzymane w tej skali przez badane osoby z grupy podstawowej i porównawczej mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych. Przy czym średni wynik dla grupy osób z paraplegią jest istotnie niższy od średniego wyniku dla grupy osób pełnosprawnych, co pozwala przypuszczać, że badane osoby z paraplegią w nieco mniejszym stopniu interesują się płcią przeciwną, jak również życiem w ogólnym tego słowa znaczeniu. Są

bardziej skłonne do tłumienia swoich popędów, a także łatwiej się zniechęcają.

#### 17. Ekshibicjonizm psychiczny - Eks (Eh).

Wyniki badań, jakie uzyskali w tej skali badani z porównywanych grup, są bardzo zbliżone do wyników ze skali Za. Wskazywać to może, że osoby z paraplegią w jednakowym stopniu co osoby pełnosprawne charakteryzują się zachowaniami wskazującymi na większe skłonności ku egocentryzmowi. Częściej też starają się zwracać na siebie uwagę innych oraz zachowywać w sposób znamionujący pewność siebie i opanowanie, przy dającej się jednak zauważyć impulsywności i popędliwości.

#### 18. Potrzeba autonomii - Aut (At).

Otrzymana w tej skali średnia jest dla grupy podstawowej zbliżona do średniej z grupy porównawczej, co świadczy, że badane osoby z paraplegią i pełnosprawne nie różnią się pod względem zachowań związanych z potrzebą działania, niezależnie od innych i bez względu na społeczne wartości i oczekiwania. Są to osoby w takim samym stopniu niezależne i autonomiczne oraz stanowcze i uparte, co nierzadko uległe, konwencjonalne oraz wahające się w sytuacjach, kiedy trzeba podjąć jakąś inicjatywę i decyzję.

#### 19. Agresja - Ag (Ag).

Średni wynik w tej skali uzyskany przez badane osoby z paraplegią, znajdujący się w przedziale wyników przeciętnych, jest istotnie wyższy od porównywanego wyniku osiągniętego przez grupę osób pełnosprawnych, znajdującego się także w przedziale wyników przeciętnych. Oznacza to, że osoby z paraplegią w większym stopniu przejawiają cechy zachowań wskazujących na angażowanie się w działania zmierzające do atakowania innych ludzi. Impulsywność tych osób jest często silniejsza i w mniejszym zakresie kontrolowana.

#### 20. Potrzeba zmienności - Zm (Ch).

Jest to jedyna skala idealnego obrazu własnej osoby, w której badane osoby z porównywanych grup osiągnęły wyniki na poziomie wyników niskich, co pozwala przypuszczać, że zarówno osoby z paraplegią, jak i porównywane do nich osoby pełnosprawne w jednakowym stopniu (osoby z paraplegią w nieco mniejszym) przejawiają zachowania nastawione na szukanie stabilizacji i ciągłości w swoim otoczeniu. Osoby te nie lubią doświadczać częstych zmian, które narażają na ryzyko i niepewność.



21. Potrzeba akceptacji przez innych - Akc (Su).

Niemal identyczne średnie wyników w tej skali, mieszczące się w przedziale wyników przeciętnych, wskazują, że badane osoby z paraplegią nie różnią się od porównywanych pełnosprawnych pod względem zachowań mających na celu zabieganie u innych o sympatię, uczucia albo oparcie emocjonalne. W takim samym zakresie są one zależne od innych co i niezależne, otwarte i naiwne, a także pomysłowe i roztropne.

22. Poczucie niższości - Pż (Ab).

Zbieżne wartości średnich wyników otrzymanych w tej skali przez porównywane grupy osób badanych, znajdujące się w dolnej połowie wyników przeciętnych, sugerują, że osoby z paraplegią są w takim samym stopniu co pełnosprawne skłonne do widzenia siebie bardziej optymistycznymi, produktywnymi, stanowczymi i pewnymi siebie oraz czujnymi i wrażliwymi na innych, niż słabymi, lęklivymi i mającymi problemy z akceptacją siebie.

23. Submisja - Sub (De).

Otrzymany w tej skali układ wyników jest podobny do układu wyników ze skal: Ob, La i Po. Układ ten każe sądzić, że badane osoby z paraplegią, w porównaniu do osób pełnosprawnych, w większym stopniu przejawiają zachowania mające na celu skupianie uwagi innych na sobie. Osoby te widzą siebie częściej jako spontaniczne i niezależne niż potrafiące zyskiwać przewagę nad innymi, pomniejszające własną osobę i podporządkowujące się innym.

24. Gotowość do poddania się poradnictwu - Gp (Cr).

Średni wynik w tej skali uzyskany przez osoby z grupy podstawowej, mieszczący się w przedziale wyników przeciętnych, jest istotnie wyższy od analogicznego wyniku z grupy porównawczej, także mieszczącego się w przedziale wyników przeciętnych. Oznacza to, że badani z paraplegią w mniejszym stopniu niż pełnosprawni starają się widzieć siebie jako zrównoważonych, pewnych siebie i wychodzących naprzeciw oraz mających zaufanie do siebie. W większym natomiast stopniu przejawiają cechy niepokoju o siebie, ambiwalencję co do swej pozycji oraz zajmowania się swoimi problemami, jak również pesymistyczne nastawienie do życia.

## Stopień samoakceptacji badanych

Analiza uzyskanych wskaźników samoakceptacji w porównywalnych grupach osób z paraplegią i pełnosprawnych skoncentrowana została wokół trzech podstawowych zagadnień:

- rozkładu wskaźników samoakceptacji w badanych populacjach;
- analizy porównawczej średnich wskaźników ogólnego poziomu samoakceptacji ("D") w badanych grupach;
- analizy porównawczej średnich wskaźników stopnia samoakceptacji ("d") w badanych populacjach, obliczonych dla każdej z 24 skal Testu Przymiotników (ACL).

Średnia arytmetyczna i odchylenia standardowe ogólnego wskaźnika samoakceptacji ("D") dla grupy podstawowej i porównawczej oraz wartość testu różnic  $t^0$  (dla różnych wariancji i różnych liczebności) (za: Guilford, 1964) przedstawia tabela 3. Tabela 5. natomiast prezentuje wartości testów różnic  $t^0$  lub  $G^0$  dla średnich wskaźników stopnia samoakceptacji ("d"), uzyskanych w porównywalnych grupach osób z paraplegią i pełnosprawnych, obliczonych dla każdej skali testu (ACL) metodą różnicy różnic między średnimi realnego i idealnego obrazu własnej osoby, z podaną również wartością testu różnic  $t^0$  - dla par zależnych (za: Guilford, 1964) - między nimi. Tabela 4. zaś przedstawia rozkłady ogólnych wskaźników samoakceptacji "D" dla obu badanych grup. Z tabeli tej wynika, że zarówno w grupie porównawczej ("B"), w tym wypadku normalizacyjnej, jak i w grupie podstawowej ("A") rozkład wskaźników samoakceptacji jest zbliżony do rozkładu normalnego. O ile jednak rozkład otrzymanych wyników w grupie "B" jest bardzo zbliżony do optymalnego (por. Brzeziński, 1980), o tyle w grupie "A" zauważa się występowanie pewnych tendencji grupowania się wyników w dwóch obszarach skal stenowych: na pograniczu wyników średnich - podwyższonych - i wysokich (7 i 8 sten - 38,6 %) oraz średnich, średnich obniżonych i niskich (3, 4 i 5 sten - 43,4 %), co może świadczyć o rysującym się podziale badanych osób z paraplegią na dwie kategorie: osób ze skłonnościami do mniejszej akceptacji siebie i swojej sytuacji oraz osób z ten-

dencjami ku zawyżonej samoakceptacji. Większe natężenie tendencji grupowania się wyników przypisywane jest jednak pierwszej kategorii osób, zważywszy na umiejscowienie się ich w węższym przedziale stanowym, co z kolei może świadczyć, iż rozkład otrzymanych wyników w tej populacji jest lekko skośny. Potwierdza to w dużym stopniu także uzyskana w tej grupie mniejsza wartość mediany -  $Me = 51,2$  - w stosunku do średniej arytmetycznej -  $M = 57,3$  - (por. Guilford, 1964), a tym samym świadczy o większych skłonnościach badanych osób z paraplegią ku niższemu poziomowi samoakceptacji. Wskazuje na to również średni wskaźnik "D", nieco niższy od takiego samego wskaźnika "D" dla grupy porównawczej. Oba jednak znajdujące się na poziomie 6 stena, pierwszy - w górnym, drugi - w dolnym jego obszarze. O tym jednak, że jest to tylko tendencja, świadczy jednoznacznie uzyskana wartość testu  $t^0$  (dla równych wariancji i różnych liczebności) -  $0,834$  (różnica wybitnie losowa - n.i.), zastosowanego celem zróżnicowania średnich wskaźników ogólnego poziomu samoakceptacji "D" między porównywanymi grupami osób z paraplegią i pełnosprawnych.

Tab. 3. Porównanie ogólnego wskaźnika samoakceptacji "D" grupy podstawowej ("A") z grupą porównawczą ("B")

Grupy				Porównanie	
"A" (N = 145)		"B" (N = 73)		Gr. "A"	Gr. "B"
M	SD	M	SD	$t^0$	p
57,37	32,66	53,56	29,81	0,834	$> 0,40$

Na podstawie tak przeprowadzonej analizy, stwierdzić należy, że badane osoby z paraplegią nie różnią się od badanych osób pełnosprawnych pod względem oznajmianego poziomu samoakceptacji, a tym samym akceptują siebie wraz ze swoim inwalidztwem, w takim samym stopniu co i oni. Wszelkie zatem sugestie, o przejawianej tendencji czy też skłonności badanych osób z paraplegią do niższej akceptacji siebie i swojej sytuacji, nie znajdują potwierdzenia w świetle uzyskanego współczynnika

zróznicowania porównywanych wskaźników "D", czyli w dokonanej analizie ilościowej otrzymanych danych, jakkolwiek i w tym wypadku - co jest mimo wszystko spekulatywne - zarówno uzyskana wartość  $t^0$  (losowa), jak i dodatni kierunek różnic (znak) mogą sugerować, iż podjęta sugestia wcale nie jest tak do końca bezpodstawna. Mimo wszystko jednak podstawowym wnioskiem, wynikającym z przeprowadzonej analizy statystycznej, jest stwierdzenie, że nie ma różnicy w samoakceptacji badanych między grupą 145 osób z paraplegią a porównywaną z nią w tym zakresie grupą 73 osób pełnosprawnych. Wniosek ten jest zbieżny z poglądami szeregu badaczy, w tym m.in.: T. Dembo'a i in. (1956), B. Wrighta (1965) i S. Siwka (1980), którzy uważają, iż poziom akceptacji siebie wśród jednostek defektywnych nie odbiega od poziomów stwierdzanych w tym względzie w populacjach osób zdrowych. Uzasadnieniem tego typu poglądów (por. Siwek, 1980) są twierdzenia takich chociażby badaczy, jak: A. Combs, D. Snygg, A. Maslow czy C. Rogers (por. rozdz. I.), według których podstawową potrzebą każdego człowieka jest ochranianie i wzmacnianie obrazu własnej osoby. Dominowanie zaś tej potrzeby może być tym silniejsze, im bardziej zagrożona jest samoocena danej jednostki. A zatem, biorąc pod uwagę uzyskane przez badane osoby z paraplegią wyniki w zakresie realnego i idealnego obrazu własnej osoby oraz poziomu samoakceptacji, należy sądzić, że osoby te dążą do utrzymania korzystnego poziomu samoakceptacji w takim samym stopniu jak osoby pełnosprawne, chociaż mechanizmy takiego działania w wyodrębnionych populacjach mogą być zgoła odmienne. W przypadku osób z paraplegią mechanizmy te polegają zapewne na tym, że wskutek zagrożenia samooceny realnej ("ja" realne) tychże osób, z powodu defektu i w konsekwencji zmiany w obrazie ciała, nasile się tendencja do wzrostu poziomu samoakceptacji przede wszystkim przez stawianie mniejszych wymagań w stosunku do swego idealnego obrazu siebie ("ja" idealne). Na ile ten tok rozumowania jest słuszny, i czy w ogóle zasadny, należałoby się tutaj zastanowić. W tym celu konieczne jest przeanalizowanie relacji zachodzących pomiędzy profilami realnego i idealnego obrazu własnej osoby w porównywanych grupach, z zastosowaniem analizy porównawczej średnich wskaźników stopnia samoakceptacji ("d"), obliczonych dla każdej z 24 skal Testu Przymiotników, ze

szczególnym zwróceniem uwagi na zastane relacje w grupie osób z paraplegią. Dodatkowo ważną informacją, otrzymaną z tego typu analiz, powinno być również rozstrzygnięcie kwestii, czy uzyskany w tych badaniach brak zróżnicowania (statystycznego) pomiędzy ogólnymi poziomami samoakceptacji badanych osób z paraplegią i pełnosprawnych jest wynikiem dążenia osób z paraplegią do akceptacji siebie jako stałej struktury "ja", tym silniejszej, bo zagrożonej przez uraz i niesprawność, czy też nie, a jeżeli tak, to w jakim kierunku zachodzą ewentualne układy relacji.

Z danych (por. tab. 5.) wynika, że żadna z 24 skal testu ACL nie różnicuje w sposób istotny statystycznie grupy podstawowej z grupą porównawczą w zakresie uzyskanych średnich wskaźników stopnia samoakceptacji ("d"). Jedynie w skali Zm różnica między samooceną realną i samooceną idealną, otrzymana w grupie porównawczej, była niemal istotnie wyższa od analogicznej, uzyskanej przez badane osoby z grupy podstawowej. We wszystkich pozostałych skalach różnice są wybitnie losowe (21 skal) lub losowe (La i Gp). Osiągnięty tutaj jednocześnie kierunek różnic był bardzo zróżnicowany oraz ilościowo - co do liczby dodatnich i ujemnych wartości testu  $t^0$  (lub  $C^0$ ) w porównywanych grupach - zbliżony do siebie. W trzynastu skalach bowiem średni wskaźnik "d" dla osób pełnosprawnych był wyższy od porównywanego dla osób z paraplegią, zaś w pozostałych jedenastu skalach sytuacja przedstawiała się odwrotnie, nie prezentując przy tym żadnych bliżej dostrzeganych prawidłowości w tym względzie. Pogłębiona jednak analiza uzyskanego materiału badawczego, przeprowadzona w oparciu o statystyczne porównanie średnich - realnej i idealnej samooceny - w badanych grupach osób, wskazuje, iż prawidłowości takie mimo wszystko występują. Oto bowiem w grupie osób z paraplegią dwadzieścia dwie skale ACL różnicują na poziomie statystycznej istotności profile realnego i idealnego obrazu własnej osoby, z czego dwadzieścia jeden skal w sposób wysoce istotny ( $p < 0,001-0,01$ ) oraz jedna skala (Aut) istotny ( $p < 0,05$ ). Tylko w skali La różnica była wybitnie losowa (n.i.) natomiast w skali Clp zbliżona do istotnej. Bardzo podobne do tych rezultatów były wyniki osiągnięte (wartości różnic i poziomy ich ufnosci) przez grupę osób pełnosprawnych, w której dwadzieścia jeden skal ACL

Tab. 4. Standaryzacja ogólnego wskaźnika samoakceptacji ("D") oraz rozkład wyników w badanych grupach "A" i "B"

surowe dla grupy porównawczej		wyniki w skali stenowej	Rozkład wyników w grupach									
			podstawa "A" (N=145)					porównawcza "B" (N=73)				
			Kobiety	Mężczyźni	Razem	%	Kobiety	Mężczyźni	Razem	%		
141 - 122 - 80 - 62 - 51 - 38 - 27	10 9 8 7 6 5 4	wysokie	- 1 7	2 2 22	2 3 29	1,57 2,06 20,00	- - 3	1 4 4	1 4 7	1,36 5,47 9,58		
12 - 26 - 2 - 11 - 1	3 2 1 1	średnie niskie	10 7 5 6	17 10 17 17	27 17 22 23	18,62 11,72 15,17 15,86	4 6 2 2	7 8 12 10	11 14 14 12	15,06 19,17 19,17 16,43		
			2 1 -	10 1 8	12 2 8	8,27 1,57 5,51	2 1 -	4 2 1	6 3 1	8,21 4,10 1,36		

różnicuje na poziomie istotności statystycznej porównywane profile, w tym 19 skal na poziomie  $p < 0,0-0,01$  oraz dwie skale (Ag i Sub) na poziomie  $p < 0,01$ , czyli wysoce istotnie, jedna skala (Clp) nie różnicuje, oraz w dwóch pozostałych (La i Aut) różnice są zbliżone do istotnych. Jak zatem widać, skale, które nie różnicują realnego i idealnego profilu obrazu siebie lub różnicują, ale w mniejszym stopniu prawdopodobieństwa, powtarzają się tak w grupie podstawowej, jak i porównawczej. Fakt ten nie świadczy jeszcze o przejawianych prawidłowościach w przebiegu wyznaczonych profilów obrazu siebie w badanych grupach, chociaż na takie wskazuje. Jeżeli jednak stwierdzimy ponadto, a znajduje to potwierdzenie w prezentowanym materiale, że kierunki różnic porównywanych średnich samooceny realnej i idealnej w poszczególnych skalach są identyczne dla obu grup w dwudziestu trzech wymiarach testu (ACL), przy jednej tylko skali Clp z dodatnim znakiem wartości różnicy dla grupy podstawowej i ujemnym dla grupy porównawczej, to należy wyciągnąć wniosek, iż zachodzą tutaj relacje zależnościowe. Tak bowiem zbliżona liczba skal w porównywanych grupach, różnicująca profile realnego i idealnego obrazu oraz identyczne kierunki tych różnic (skala Clp nie różnicuje profilów w grupie porównawczej), świadczą o tym, że zarówno badane osoby z paraplegią, jak i porównywane do nich osoby pełnosprawne w jednakowym stopniu sygnalizują potrzebę zmian postrzeganych u siebie właściwości.

#### Podsumowanie

W wyniku przeprowadzonych analiz ustalono omówione tutaj fakty. Badana grupa osób z paraplegią prezentowała profile realnego i idealnego obrazu własnej osoby, znacznie różniące się od profili osiągniętych przez osoby pełnosprawne wchodzące w skład grupy porównawczej. Osoby z paraplegią uzyskały średnie niższe od porównywanych, uzyskanych przez osoby pełnosprawne. Operowanie tutaj tylko porównaniami między średnimi, choć wskazane, ponieważ wykazuje różnice i ich kierunki w badanych profilach, jest jednak niewystarczające, gdyż dwubiegowość poszczególnych skal testu (ACL) wcale nie musi świad-

Tab. 5. Porównanie średnich wskaźników stopnia samoakceptacji "a" grupy podstawowej "A" z grupą porównawczą "B"

Symb. skali	Grupa "A" N = 145										Grupa "B" N = 73											
	Obraz					Różnica między średnimi, wartość testu $t^0$ dla par zależnych					Obraz					Różnica między średnimi, wartość testu $t^0$ dla par zależnych						
	$r^*$		$s^*$		$p$	$\bar{x}_A$	SD/d/	$t^0$	$p$	$\bar{x}_B$	SD/d/	$t^0$	$p$	$r^*$		$s^*$		$p$	$\bar{x}_A$	$\bar{x}_B$	$t^0/c^0$	$p$
	M	M	M	M										M	M	M	M					
Clp	47,78	46,64	1,14	7,56	1,82	0,07	46,50	46,72	-0,21	8,26	-0,23	0,60	1,35	1,218	0,20							
Ob	36,89	44,33	-7,43	12,39	-7,23	0,001	41,56	49,68	-8,12	9,86	-7,02	0,001	0,59	0,446	0,60x							
Pp	33,66	42,84	-9,17	12,97	-8,52	0,001	39,63	50,08	-10,45	11,04	-8,09	0,001	1,28	-0,718	0,40							
Fa	58,27	48,13	10,13	10,60	11,51	0,001	53,75	43,89	9,86	10,79	7,81	0,001	0,27	0,180	0,80							
Za	43,93	53,40	-9,46	11,81	-9,66	0,001	44,39	54,45	-10,05	10,65	-8,06	0,001	0,59	-0,354	0,70							
Sk	44,37	52,81	-8,43	10,15	-10,01	0,001	47,20	57,24	-10,04	9,04	-9,48	0,001	1,61	-1,143	0,20							
La	45,04	44,96	0,07	9,80	0,09	0,90	49,43	46,95	2,47	1,13	1,90	0,06	2,40	-1,632	0,10							
Po	36,89	44,75	-7,86	10,27	-9,22	0,001	41,80	48,47	-6,67	8,52	-6,69	0,001	1,19	-0,907	0,30x							
Om	41,55	52,52	-10,97	11,75	-11,24	0,001	45,17	56,24	-11,06	10,51	-9,00	0,001	0,09	-0,059	0,90							
Do	40,83	52,85	-12,02	12,43	-11,65	0,001	44,42	55,84	-11,42	11,13	-8,77	0,001	0,60	0,246	0,70							
Wy	46,20	57,86	-11,65	12,55	-11,19	0,001	49,93	62,00	-12,06	11,30	-9,13	0,001	0,41	-0,237	0,80							
Zp	47,49	56,55	-9,06	11,40	-9,57	0,001	48,46	59,27	-10,80	11,07	-8,34	0,001	1,74	-1,078	0,20							
Zr	39,61	43,25	-3,64	12,15	-3,61	0,001	44,15	48,72	-4,57	9,97	-3,92	0,001	0,93	-0,603	0,50x							
Ws	41,15	46,42	-5,27	12,59	-5,04	0,001	47,23	52,43	-5,20	8,74	-5,09	0,001	0,07	-0,948	0,90x							



Symb. skali	Grupa "A" N = 145										Grupa "B" N = 73											
	Obraz					Różnica między średnimi, wartość testu t <sup>0</sup> dla par zależnych					Obraz					Różnica między średnimi, wartość testu t <sup>0</sup> dla par zależnych						
	"r"		"i"		p	d <sub>A</sub>	SD/d	t <sup>0</sup>	p	M	N	"r"		"i"		p	d <sub>B</sub>	SD/d	t <sup>0</sup>	p	M	N
	M	N	M	N								M	N									
Af	37,18	44,77	- 7,59	12,24	- 7,47	0,001	42,15	51,32	- 9,17	9,52	- 8,24	0,001	1,58	-1,048	0,25x							
Het.	41,36	50,73	- 9,37	13,27	- 8,51	0,001	46,59	53,79	- 7,20	9,45	- 6,51	0,001	2,17	-1,390	0,15x							
Eks	48,24	53,48	- 5,23	9,56	- 6,59	0,001	48,78	53,92	- 4,72	8,76	- 4,62	0,001	0,49	-0,371	0,70							
Aut	49,99	51,43	- 1,44	8,37	- 2,08	0,05	48,76	50,06	- 1,31	6,33	- 1,77	0,08	0,13	-0,132	0,80x							
AG	54,69	52,62	2,06	9,13	2,72	0,01	52,11	49,38	2,72	7,53	3,09	0,01	0,66	0,568	0,50x							
Zm	37,51	34,62	2,89	10,10	3,44	0,001	38,82	33,27	5,54	8,56	5,54	0,001	2,65	-1,928	0,07							
AKc	58,42	48,53	9,88	9,84	12,10	0,001	57,17	48,30	8,87	9,56	7,93	0,001	1,01	0,719	0,40							
Pż	55,85	45,62	10,23	11,43	10,78	0,001	54,69	45,98	8,71	10,82	6,88	0,001	1,52	0,944	0,30							
Sub	49,27	45,86	3,40	9,00	4,56	0,001	50,54	47,98	2,56	7,38	2,97	0,01	0,84	0,735	0,40x							
Gp	57,37	48,72	8,65	12,94	8,03	0,001	53,61	45,01	8,60	13,13	5,60	0,001	0,02	0,013	0,90							

x - c<sup>0</sup>  
 Znaki "-" przy wartości testu t<sup>0</sup> lub c<sup>0</sup> mówi, która z porównywanych średnich jest większa.

czyć o tym, iż uzyskanie wyższych wyników w jednym z profili wiąże się automatycznie z obiektywnie lepszymi cechami obrazu własnej osoby, a tym samym lepszym funkcjonowaniem osobistym. Oto bowiem w analizowanym profilu realnego obrazu własnej osoby w kilku skalach, średnie uzyskane przez osoby z paraplegią były wyższe od porównywanych z grupy porównawczej osób pełnosprawnych. Świadczyły one jednak nie tyle o tym, że osoby osiagające je znajdują się w lepszej sytuacji psychologicznej od porównywanych osób pełnosprawnych, czego nie można stwierdzić, co przede wszystkim o zgodności w oznajmianych przez nie cech osobowościowych i prawidłowym przebiegu profilu.

Ustalono, że w zakresie realnego obrazu własnej osoby, osoby z paraplegią, w porównaniu z osobami pełnosprawnymi, charakteryzowały się: większymi skłonnościami do rozwodzenia się nad swoimi problemami, częstszym doświadczaniem niepokoju i wątpliwości, upartością, nieodpowiedzialnością, niespokojnością, zrutynizowaniem, konwencjonalnością, sceptycyzmem, widzeniem siebie jako mających trudności we współżyciu z innymi, unikaniem sytuacji wymagających podjęcia decyzji, zniecierpliwieniem lub znużeniem tam, gdzie szybkie działanie jest niemożliwe, pesymistycznym nastawieniem do życia, rozmyślaniami nad przeszłością oraz brakiem zaufania do siebie. Są to osoby bardziej buntownicze, niedbałe, impulsywne i nie kontrolujące swoich emocji. Wymagają one pomocy poradniczej.

Zauważono także, iż w trakcie analizy "ja" realnego porównywanych grup procedura interpretacyjna sprowadzała się - w zdecydowanej większości - do orzekania u badanych osób z paraplegią większych skłonności niż u pełnosprawnych do przejawiania cech charakterystycznych, szczególnie dla wyników: z dolnych obszarów wyników przeciętnych, znacznie obniżonych i niskich, ponieważ większość średnich dla tej grupy osób tam właśnie była umiejscowiona. Natomiast w przypadku "ja" idealnego omawiana procedura sprowadzała się raczej do odnotowania chęci przejawiania przez badane osoby z paraplegią "mniejszych skłonności" niż u porównywanych pełnosprawnych ku zachowaniom opisywanym jako reprezentatywne dla wyników przeciętnych, z górnych obszarów wyników przeciętnych, oraz przedziału wyników znacznie podwyższonych. Osoby z paraplegią bowiem, pomimo iż uzyskiwały w większości niższe średnie w poszczególnych ska-

lach idealnego obrazu siebie, to jednak na tyle były one wysokie, że interpretację ich można było oprzeć na opisach cech charakterystycznych dla osób wybierających dużo przymiotników, a tym samym osiągających wysokie wyniki. Nie we wszystkich skalach oczywiście taka procedura była możliwa do zastosowania, ze względu chociażby na ich dwubiegunowość i odwrotność (niekiedy) interpretacyjną. W kilku z nich bowiem uzyskanie przez badanych niskich wyników, przy pozostałych otrzymanych wynikach przeciętnych i znacznie podwyższonych, było rzeczą oczywistą i świadczyło przede wszystkim o psychologicznej zgodności oznajmianego idealnego profilu obrazu własnej osoby, co było szczególnie charakterystyczne np. przy analizie i interpretacji realnego obrazu siebie. Biorąc zatem pod uwagę przedstawione wyniki z zakresu idealnego obrazu własnej osoby, należy przyjąć, że osoby z paraplegią, w porównaniu do pełnosprawnych, charakteryzowały się:

- mniejszym stopniem: pilności, praktyczności, lojalności, umiejętności sublimacji, dążenia do uznania społecznie uznanych wartości, wytrwałości, silnej woli, pewności, zaufania do siebie, odpowiedzialności, niezawodności, chęci udzielania pomocy innym, zainteresowania płcią przeciwną i otaczającą rzeczywistością, zrównoważenia oraz wychodzenia naprzeciw (przy dużym jednak natężeniu występowania wymienionych cech);

- w takim samym stopniu: stanowczością, czujnością, wrażliwością, zachowaniem nastawionym na szukanie stabilizacji i ciągłości w swoim otoczeniu, brakiem werwy i energii, potrzebą działania niezależnie od innych albo od społecznych oczekiwań i wartości, egocentryzmem, oportunistycznym, zdolnością do myślenia oryginalnego i twórczego oraz napędem do efektywnego działania;

- większym stopniem: niespokojności, niecierpliwości, lęklności, zwątpienia, ulegania emocjom, nastawienia na szukanie przyjemności, impulsywności, upartości, skłonności do uzalania się nad sobą, zrutynizowania, konwencjonalności, pesymizmu, zachowań agresywnych, skupiania uwagi innych ludzi na sobie oraz ambiwalencji co do swojej osoby i pozycji.

Obraz idealnego widzenia siebie przez badane osoby z paraplegią jest więc bardziej zróżnicowany i mniej zgodny psychologicznie z realną oceną własnego obrazu, dokonaną

przez te same badane osoby. Wyniki te w znacznym stopniu rzu-  
tują na otrzymane wskaźniki poziomów samoakceptacji w badanych  
grupach. Nie stwierdzono różnicy w ogólnym poziomie samoakcep-  
tacji osób z paraplegią a porównywanym do niego poziomem,  
uzyskanym przez osoby pełnosprawne. Podkreślić tu należy, że  
wniosek ten jest zbliżony z poglądami wielu badaczy, którzy  
uważają, iż poziom akceptacji siebie u osób niepełnosprawnych  
nie odbiega od poziomów stwierdzonych w tym względzie w popu-  
lacjach osób pełnosprawnych. Przy czym zauważono pewne tenden-  
cje w kierunku podziału badanych osób z paraplegią na dwie ka-  
tegorie: osób ze skłonnościami do mniejszej akceptacji siebie  
i swojej sytuacji oraz osób z tendencjami do zawyżonej samoak-  
ceptacji. Przy nieco większym natężeniu tendencji przypisywa-  
nych pierwszej kategorii osób. Tendencje te nie zostały mimo  
wszystko potwierdzone przez dane uzyskane z analizy średnich  
wskaźników stopnia samoakceptacji, obliczonych dla każdej  
z 24 skal testu ACL pomiędzy porównywanymi grupami osób z pa-  
raplegią i pełnosprawnych. Ustalono natomiast, że zarówno ba-  
dane osoby z paraplegią, jak i porównywane do nich osoby peł-  
nosprawne w jednakowym stopniu sygnalizują potrzebę zmian  
w postrzeganych u siebie właściwościach. Stwierdzono także, że  
jakkolwiek ogólny poziom samoakceptacji, a także średnie  
wskaźniki stopnia samoakceptacji badanych osób z paraplegią  
nie różnią się od porównywanych wskaźników dla osób pełnospraw-  
nych to profil takiego funkcjonowania w zakresie przejawianych  
przez nie cech zachowania różni się znacznie od porównywanego  
dla osób pełnosprawnych. Jest on równolegle przesunięty, z za-  
chowaniem zbliżonych proporcji w relacjach między samoocenami  
obu profili (w obszarze między średnimi realnego i idealnego  
obrazu siebie), w kierunku wyników przeciętnych, znacznie ob-  
niżonych i niskich, w stosunku do wyników przeciętnych i pod-  
wyższonych w profilu grupy osób pełnosprawnych. Stąd stwier-  
dzono również, że skoro krzywa samooceny realnej badanych osób  
z paraplegią jest obniżona, a trzymając się twierdzeń, że natu-  
ralną tendencją ludzi jest ochranianie i wzmacnianie obrazu  
własnej osoby to otrzymane przez porównywane grupy osób zblі-  
żonego wskaźnika samoakceptacji, a tym samym utrzymanie przez  
osoby z paraplegią tego poziomu wskaźnika musiało nastąpić za  
cenę obniżenia idealnej koncepcji siebie. Krzywa samooceny

idealnej w tej grupie jest bowiem niemal w takim samym stopniu obniżona w stosunku do porównywanej w grupie pełnosprawnych, jak miało to miejsce w odniesieniu do krzywej realnego obrazu własnej osoby.

Na ile przypuszczenie to może być wskaźnikiem przejawianej przez badane osoby z paraplegią stałości struktury "ja" w ich dążeniu do akceptacji siebie i swej sytuacji, trudno w tym miejscu jednoznacznie określić. Trudność stanowi wąski - mimo wszystko - zakres materiału badawczego i analitycznego. Pewne możliwości w tym względzie stworzyłaby zapewne przeprowadzona analiza wariancyjna poziomów samoakceptacji w aspekcie zmiennych środowiskowych.

## V. PRZYSTOSOWANIE SPOŁECZNE OSÓB Z PARAPLEGIĄ W ŚWIETLE ZASTOSOWANEGO INWENTARZA PSYCHOLOGICZNEGO (CPI) H. GOUGHA

Problem tego fragmentu pracy zawiera się w pytaniu: Jaki jest poziom przystosowania społecznego osób z paraplegią? Próba udzielenia odpowiedzi na to pytanie obliguje do wcześniejszego odpowiedzenia na dwa pytania szczegółowe, a mianowicie: Jaki jest ogólny poziom przystosowania społecznego badanych osób? Jakimi technikami społecznego działania osoby te ów poziom osiągają?

Średnie arytmetyczne i odchylenia standardowe dla porównywanych grup osób z paraplegią i pełnosprawnych oraz wartości testów różnic  $t^0$  i  $C^0$  (za: Guilford, 1964) między nimi przedstawiła tabela 6. Natomiast profile osobowości, wykreślone na podstawie wyników uzyskanych w grupie porównawczej i podstawowej, ukazane są na wykresie 3. Normy stenowe opracowane zostały na podstawie wyników otrzymanych przez osoby pełnosprawne z grupy porównawczej (zob. aneks). H. Gough nie opracował żadnego "modelowego" układu wyników, do którego można by się było odwołać przy interpretacji danych, jakie np. składają się na przystosowanie optymalne bądź też dobre lub bardzo dobre i złe. Z kwestią tą wiąże się również interpretacja wyników wysokich, przeciętnych i niskich. Co prawda w szeregu opracowań inwentarza (CPI) zawarte są charakterystyki poszczególnych skal, uwzględniające dobre i słabe strony społecznego przystosowania badanej osoby, w zależności od przewagi wysokich lub niskich wyników. W większości skal, np. przewaga wyników wysokich świadczy o ogólnie dobrym przystosowaniu, a ich układ w wyodrębnionych skalach pozwala odczytać specyfikę społecznego działania badanego. Niemniej jednak szereg trudności nastrocza interpretacja wyników przeciętnych, tzn. takich, które znajdują się w świetle norm w rejonie statystycznej średniej i które nie są objęte opisem, a których pewna

liczba siłą rzeczy zawsze się pojawia. Pozostaje zatem przyjąć - za K. Polakowskim (1979) - iż układ odniesienia, jaki pozwalałyby orzekać w sposób względnie uprawniony o stanie przystosowania osoby badanej, nie jest hipotetycznym układem wyników maksymalnych, ale układem odzwierciedlającym średnie wyniki w populacji, dla jakiej opracowano normy. Stąd zasadne jest, iż w niniejszych badaniach układem odniesienia dla danych z grupy podstawowej są wyniki uzyskane przez grupę osób pełnosprawnych, dobraną w sposób losowy, wieloetapowy.

#### Ogólny poziom przystosowania społecznego badanych

Porównując przebieg profilów osobowości grupy podstawowej, składającej się ze 145 osób z paraplegią, z grupą porównawczą 73 osób pełnosprawnych, tworzących próbkę normalizacyjną, stwierdzić należy, że zarówno ogólny poziom przystosowania, jak też sposoby adaptacji i funkcjonowania różnią się dość znacznie. Różnice wysoce istotne statystycznie -  $p < 0,001-0,01$  - obserwuje się w ośmiu skalach, zaś istotne statystycznie -  $p < 0,02-0,05$  - w dwóch skalach, wszystkie na korzyść osób pełnosprawnych. Również w dalszych siedmiu skalach (różnice statystycznie losowe lub wybitnie losowe) średnie arytmetyczne są niższe w grupie podstawowej niż w grupie porównawczej, a tylko w skali pragnienia podobania się (Po) średnia uzyskana przez osoby z paraplegią jest wyższa ( $p \sim 0,07$  - n.i.) od średniej dla osób pełnosprawnych.

Wszystkie przeliczone wyniki 18 skali Inwentarza Psychologicznego (CPI), jakie osiągnęły osoby z grupy porównawczej, mieszczą się w przedziale od 5,9 do 6,5 stena, że średnią na poziomie 6,1 stena, co w grupie podstawowej ma miejsce tylko w trzech skalach, w tym dwa wyniki powyżej 6 stena, przy siedmiu skalach o wynikach na poziomie 4 stena - do wysokości 5 stena. Rozpiętość więc między najniższym a najwyższym wynikiem w próbce normalizacyjnej wynosi 0,6 stena, natomiast w grupie podstawowej zawiera się w przedziale 2,3 stena. Najniższy bowiem wynik oscyluje wokół 4,6 stena, najwyższy zaś na poziomie 6,9 stena. Średnia ze wszystkich skal dla tej grupy równa się 5,4 stena, czyli jest niższa o 0,7 stena od średniej

Tab. 6. Inwentarz Psychologiczny (CPI) - porównanie grupy podstawowej "A" z grupą porównawczą "B"

Symbol skali	Grupa				Grupa "A"	Grupa "B"
	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)			
	M	SD	M	SD	t <sup>o</sup> /C <sup>o</sup>	p
1. Do (Do)	20,95	5,10	22,63	4,78	- 2,327	< 0,05
2. Am (Cs)	12,55	4,14	13,43	4,06	- 1,482	> 0,10
3. To (Sy)	18,30	4,50	19,19	4,21	- 1,398	> 0,10
4. St (Sp)	26,91	5,63	27,52	5,65	- 0,751	> 0,40
5. Pw (Sa)	16,60	3,37	17,98	3,56	- 2,794	< 0,01
6. Ds (Wb)	28,52	6,07	29,58	5,52	- 1,252	> 0,20
7. Od (Re)	21,84	4,62	24,06	3,88	- 3,516	< 0,001
8. Us (So)	28,49	6,51	33,16	5,92	- 5,119	< 0,001
9. Op (Sc)	25,10	8,03	26,26	7,23	- 1,032	< 0,30
10. Tl (To)	13,35	5,22	15,19	5,07	- 2,468	< 0,02
11. Po (Gi)	14,98	5,45	13,54	4,66	1,917	~ 0,07
12. Ty (Cm)	21,49	3,22	22,94	2,47	- 3,682	< 0,001 x
13. Pk (Ac)	18,78	4,92	20,90	3,92	- 3,548	< 0,001 x
14. Pn (Ai)	13,32	4,05	15,52	4,12	- 3,739	< 0,001
15. Wu (Ie)	26,35	5,77	29,98	5,80	- 4,348	< 0,001
16. Wp (Py)	8,31	3,01	8,65	3,09	- 0,777	> 0,40
17. Rz (Fx)	7,37	3,48	7,52	3,52	- 0,293	> 0,70
18. Kb (Fe)	19,75	4,02	21,64	4,22	- 3,206	< 0,01

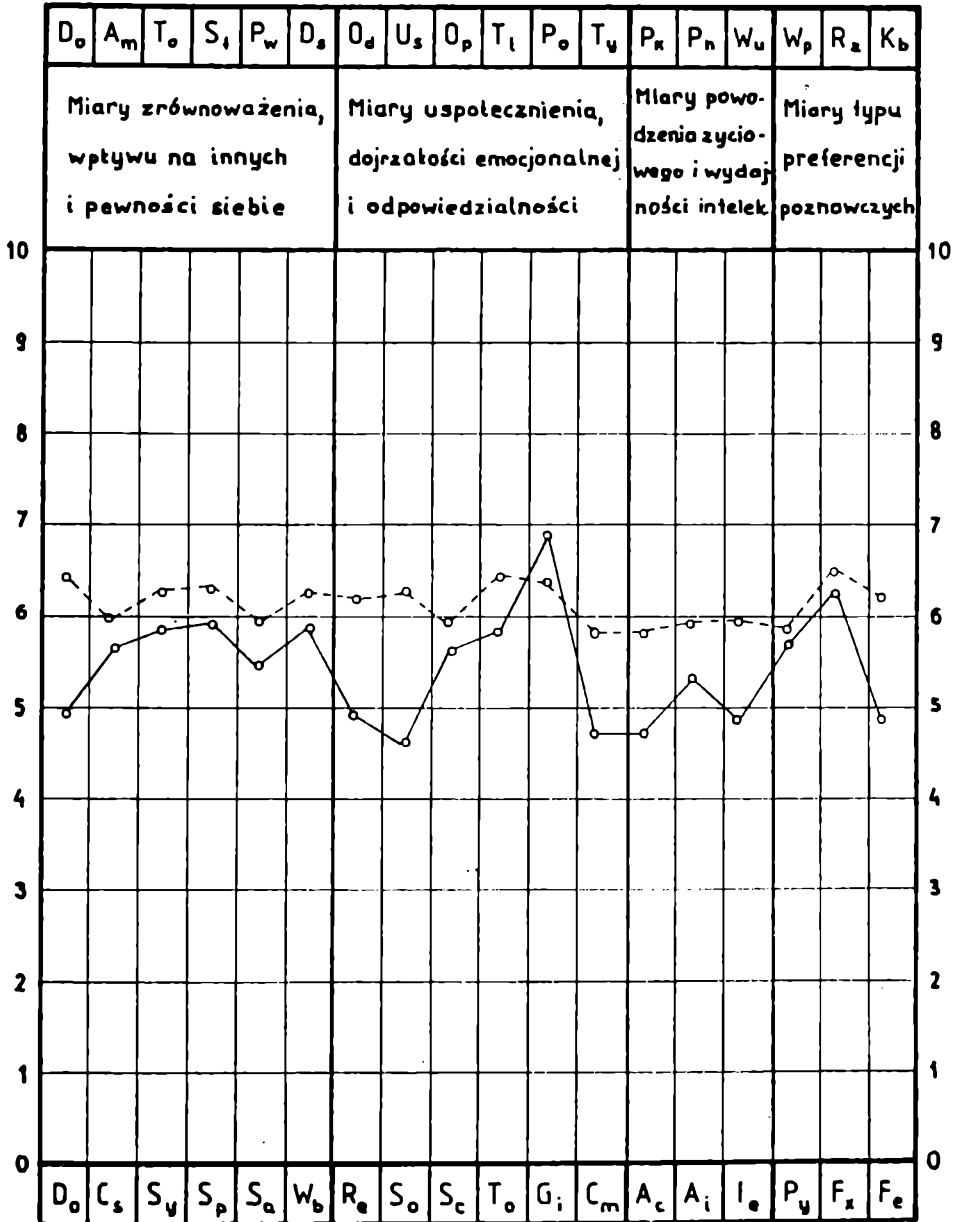
x - C<sup>o</sup>; znak "-" przy wartości testu t<sup>o</sup> lub C<sup>o</sup> mówi, która z porównywanych średnich jest większa.

dla grupy porównawczej. A zatem, krzywa profilu grupy podstawowej przebiega poniżej średniego wyniku standardowego (16 wyników znajduje się poniżej 6,1 stena), co świadczy o gorszym - złym - w porównaniu do osób pełnosprawnych, ogólnym przystosowaniu społecznym badanych osób z paraplegią.

Oto charakterystyka uzyskanych wyników w poszczególnych skalach inwentarza CPI i ich interpretacja, z uwzględnieniem



Wykres 3. Inwentarz Psychologiczny (CPI) - porównanie profilów osobowości grupy podstawowej "A" i porównawczej "B"



N = 145 grupa podstawowa "A", N = 73 grupa porównawcza "B"

liczbowych rozkładów danych otrzymanych z badań grupy podstawowej i porównawczej (zob. aneks).

#### 1. Dominacja - Do (Do).

Skala ta, zwana także skalą Skłonności do rządzenia (por. Kottas, 1975), służy do pomiaru takich cech, jak zdolność przewodzenia, władczość, wytrwałość i inicjatywa przejawiana w sytuacjach społecznych. Osoby uzyskujące tu wysokie wyniki potrafią określać swoje cele i działać na tyle skutecznie, aby je osiągnąć. Nie przejawiają słabości i nie doznają niepowodzeń w kontaktach międzyludzkich. Natomiast osoby z niskimi wynikami w tej skali nie przejawiają wymienionych cech. Są mniej zdecydowane, nie mają wyraźnych celów życiowych, unikają sytuacji powodujących napięcia oraz wykazują brak wiary we własne siły, co sprawia, że nie dążą do osiągnięcia odpowiedniego statusu społecznego. Badana grupa osób z paraplegią uzyskała w zakresie tej skali średni wynik przeliczony niższy zarówno od średniego wyniku standardowego, jak i średniego wyniku przeliczonego dla wszystkich skal grupy podstawowej. Skłania to do przyjęcia twierdzenia, że osoby z paraplegią uzyskując niskie wyniki w analizowanej skali charakteryzują się właściwościami przypisywanymi tym wartościom. Przy czym zaznaczyć należy, że otrzymany w tej grupie rozkład wyników jest mimo wszystko zróżnicowany i właściwie wyniki niskie uzyskało tylko nieco ponad 50 % badanych, przy 25 % osób z wynikami przeciętnymi oraz niemal takim samym odsetkiem osób z wynikami wysokimi.

#### 2. Ambicja - Am (Cs).

Mierzy ona potencjalne zdolności osoby badanej potrzebne do osiągnięcia przez nią dobrego statusu społecznego. Ocena omawianej skali, jej wysokie lub niskie wyniki, może wpływać z trzech podstawowych zagadnień, zawartych w treści poszczególnych twierdzeń: samooceny, relacji między "ja" realnym a "ja" idealnym oraz zrównoważenia emocjonalnego (społecznej równowagi). Osoby o wysokich wynikach, dzięki przejawianej umiejętności trafnej oceny zarówno własnych walorów, jak i sytuacji, potrafią realizować swoje cele, swobodnie reagują na środowisko oraz umieją znaleźć w nim zadowolenie. Niskie wyniki natomiast świadczą o takich cechach, jak np. zgorzknienie, pasywność, konwencjonalność, wąski zakres zainteresowań oraz

zachowywanie się w sposób niezręczny i skrępowany w nowych, nieznanymi sytuacjach społecznych. Wyniki uzyskane w tej skali przez osoby z grupy podstawowej i porównawczej nieznacznie tylko różnią się między sobą, mieszcząc się nieco poniżej średniego wyniku standardowego. Ale czy są one wynikami przeciętnymi, skoro tylko oscylują wokół nich? Wydaje się, iż niezupełnie tak jest, ponieważ - zdaniem H. Gougha (1957) - optymalnym wynikiem dla tej skali jest wynik na poziomie 7-8 stena. Rezultat taki osiągnęło 26,8 % badanych osób z paraplegią oraz 25,9 % osób pełnosprawnych. Stąd, sądzić należy, że badane osoby, tak z paraplegią jak i pełnosprawne, wykazują stosunkowo małą ruchliwość w dążeniu do osiągnięcia kariery i statusu społecznego.

### 3. Towarzyskość - To (Sy).

Skala ta ma na celu identyfikację osób przejawiających zainteresowanie życiem towarzyskim, mających upodobanie do życia w grupie i pracy zespołowej. Osoby uzyskujące wyniki wysokie charakteryzują się optymistycznym usposobieniem, dążą do nawiązywania kontaktów oraz mają szeroki zakres zainteresowań, zaś osoby z niskimi wynikami unikają jakiegokolwiek ryzyka wnikania się w kontakt społeczny i nie lubią towarzystwa. Z otrzymanych danych wynika, że badane osoby z paraplegią uzyskały nieco niższe wyniki niż osoby wchodzące w skład próbki walidacyjnej, aczkolwiek oscylujące wokół średniego wyniku standardowego. Również liczbowe rozkłady wyników uzyskanych przez poszczególne osoby w badanych grupach wskazują na występowanie wyników przeciętnych. A zatem, badane osoby z paraplegią nie odbiegają zbyt od badanych osób pełnosprawnych w zakresie przejawiania zainteresowania życiem towarzyskim.

### 4. Ogłoda towarzyska - St (Sp).

Służy ona do pomiaru społecznego zrównoważenia, spontaniczności, werwy, fantazji w zachowaniu oraz zaufania do siebie w sytuacjach społecznych. Stąd określana bywa również mianem Swobody towarzyskiej (por. Kottas, 1975). Wysokie wyniki uzyskują tutaj osoby wychodzące na zewnątrz, pomysłowe, swobodne, nie ulegające konwenansom, współzawodniczące oraz pewne siebie, niskie wyniki - konwencjonalne, ostrożne, niepewne i wahające się w sytuacjach towarzyskich, z dystansem wobec innych oraz z tendencją do uległości. Wyniki uzyskane w tej skali

przez badane osoby z grupy podstawowej i porównawczej są bardzo zbliżone do wyników otrzymanych w skali To, czyli wyników przeciętnych. Co prawda średni wynik z próbki normalizacyjnej jest wyższy od średniego wyniku standardowego i skłania się ku wynikom wysokim, ale jest to tylko tendencja. Na ten stan rzeczy wpłynął przede wszystkim mniejszy, w porównaniu z grupą podstawową, odsetek osób uzyskujących zarówno najniższe, jak i najwyższe wyniki. W każdym z przedziałów wyników przeciętnych procentowe frekwencje badanych osób z paraplegią są wyższe niż ich odpowiedniki badanych osób pełnosprawnych. Można więc przyjąć, analogicznie do wcześniej omawianej skali, że osoby z paraplegią niewiele się różnią od osób pełnosprawnych w zakresie przejawianej swobody towarzyskiej.

#### 5. Poczucie własnej wartości - Pw (Sa).

Skala ta jest miarą samoakceptacji oraz zdolności niezależnego myślenia i działania. Celem jej jest identyfikacja osób ujawniających realistyczne i stabilne poczucie własnej wartości oraz przejawiających cechy pewności siebie w sytuacjach osobistych i społecznych. Stąd, osoby uzyskujące tu wysokie wyniki są równie nieprzystosowane, jak te, które uzyskują wyniki niskie. Przejawiają bowiem skłonność do wykorzystywania innych ludzi oraz wykazują silny egocentryzm i narcyzm, mający być obroną przeciw podświadomym uczuciom odrzucenia. Optymalny dla tej skali jest zatem wynik średni, który świadczy o zadowoleniu z siebie i wewnętrznej harmonii.

Choć średni wynik z grupy podstawowej jest co prawda niższy od średniego wyniku standardowego, zaś średnie arytmetyczne z obu grup różnicują się bardzo istotnie ( $p < 0,01$ ), to jednak rozkład poszczególnych wyników z tej grupy wskazuje, iż 47,5 % badanych osób z paraplegią uzyskało wyniki optymalne, czyli potencjalnie było ich więcej niż w grupie porównawczej (35,6 %). Wyniki wysokie uzyskało zaś 16,5 % badanych, co jest mniejszym odsetkiem od porównywanej populacji pełnosprawnych (38,3 %). 35,8 % osób z paraplegią miało wyniki niskie, a więc więcej niż w grupie porównawczej (26,0 %), co wskazywałoby tym razem na większe w tej populacji przejawianie poczucia winy i wstydu oraz upokarzania się. Tak więc, pomimo że uzyskany przez badane osoby z paraplegią średni wynik przeliczony w tej skali jest niższy od analogicznego z próbki walidacyjnej, tym

samym wskazujący na gorsze przystosowanie, to jednak wyższy odsetek tych osób funkcjonuje na optymalnym poziomie zadowolenia z siebie.

#### 6. Dobre samopoczucie - Ds (Wb).

Skala ta służy jako wskaźnik dobrego samopoczucia fizycznego i emocjonalnego zadowolenia z życia. Mierzy ona ogólny nastrój, pozwalając przy tym na różnicowanie osób, które wyolbrzymiają zmartwienia i kłopoty, od tych, które - obiektywnie biorąc - je posiadają. Podwyższone wyniki w tej skali wskazują na prężność i dobre zdrowie. Świadczą o braku zaburzeń natury psychicznej i somatycznej, równowadze, wierze w siebie oraz o tendencjach do postawy konformistycznej i konserwatywnej. Niskie wyniki pozwalają natomiast sądzić o spadku energii do działania i sił życiowych w ogóle oraz o poczuciu niesprostania wymogom w kontaktach międzyludzkich. Świadczyć mogą również o zbyt dużym skupieniu uwagi na swojej osobie, przejawiającym się w ciągłym roztrząsaniu własnych problemów, litowaniu się nad sobą oraz skłonnościach do przeżywania każdej sytuacji jako bardziej przykrej, niż to jest w rzeczywistości. Wyniki uzyskane w tej skali przez osoby z paraplegią i pełnosprawne nieznacznie tylko różnią się między sobą. Badani z grupy porównawczej uzyskali tutaj średni wynik (przeliczony) nieco wyższy od średniego wyniku standardowego, natomiast osoby z grupy podstawowej nieznacznie niższy od niego. A zatem, oba te wyniki oscylują wokół wyników przeciętnych. Przy czym w grupie podstawowej obserwuje się wzrost wyników niskich kosztem wyników przeciętnych, czego nie ma w grupie porównawczej. Należy więc przyjąć, że badane osoby z paraplegią w większym stopniu niż pełnosprawni przejawiają spadek sił życiowych i energii do działania.

#### 7. Odpowiedzialność - Od (Re).

Skala ta pozwala na pomiar stopnia odpowiedzialności, moralności obywatelskiej i zdyscyplinowania wewnętrznego. Przeznaczeniem jej jest identyfikacja osób, które cenią ład i porządek oraz rządzą się zasadami i wierzą w skuteczność racjonalnych przesłanek działania. Osoby uzyskujące tutaj wysokie wyniki charakteryzują się sumiennością, spolegliwością, rzetelnością, taktownością, odpowiedzialnością i rozumnością. Natomiast niskie wyniki wskazują na ich niedbałość, skłonność do

zachowań nieprzemysłanych, nieodpowiedzialnych i impulsywnych. Badane osoby z paraplegią uzyskały w tej skali średni wynik przeliczony niższy od średniego wyniku standardowego oraz od średniego wyniku obliczonego ze wszystkich skal dla grupy podstawowej. Różnica między średnimi obu grup jest wysoce istotna statystycznie ( $p < 0,001$ ). A zatem, badani z paraplegią uzyskali tutaj niskie wyniki, czego potwierdzeniem jest także ich procentowy rozkład, gdzie wyniki przeciętne uzyskało 13,7 % osób, podwyższone i wysokie - 13,1 %, zaś obniżone i niskie - 73,1 % badanych osób.

#### 8. Uspołecznienie - Us (So).

Skala ta, zwana także skalą "socjalizacji" (por. Polakowski, 1979), wskazuje na stopień dojrzałości i poczucia równowagi jednostki w stosunku do otoczenia. Umożliwia określenie pozycji badanej osoby, w tym także badanych grup osób, na kontinuum uspołecznienia od najbardziej aspołecznych do bardzo uspołecznionych, posiadających dyspozycje "ku ludziom". Pozwala więc ona na pomiar stopnia dojrzałości społecznej i integracji. Osoby uzyskujące tutaj wysokie wyniki są dobrze przystosowane społecznie, są rozważne, zorganizowane, współczujące i delikatne oraz postępujące z umiarkowanym konwencjonalizmem. Natomiast osoby o niskich wynikach są źle przystosowane społecznie. Cechują się nieumiejętnością postrzegania potrzeb i rozumienia problemów innych osób, są despotyczne i uparte, wskutek czego postępują w sposób niedelikatny i nietaktowny. W skali tej obserwuje się największą, ze wszystkich omawianych skal, rozbieżność między wynikami uzyskanymi przez osoby z grupy podstawowej a osobami z grupy porównawczej ( $p < 0,001$ ). Stwierdzono tu, że o ile średni wynik grupy porównawczej jest nieco wyższy od wyniku przeciętnego i ma tendencję ku wynikom podwyższonym, o tyle analogiczny wskaźnik z grupy podstawowej oscyluje wokół wyników niskich. Procentowy rozkład wyników niskich, przeciętnych i wysokich jest w tej skali identyczny jak w skali Od, przy czym - co interesujące - w poprzedniej skali zaobserwowano w grupie wyników niskich wyższy odsetek wyników obniżonych, natomiast w obecnie analizowanej skali stwierdzono wzrost wyników bardzo niskich, co w połączeniu z 11,0 % odsetkiem najniższych wyników każe sądzić, iż mamy tu do czynienia z dużą grupą osób aspołecznych.

### 9. Opanowanie - Op (Sc).

Służy do pomiaru zdolności kierowania sobą i kontrolowania własnych impulsów. Bada ona częściowo ten sam aspekt zachowania co skala Od i Us. Przy czym, o ile skala Od mierzy stopień zrozumienia konieczności kontroli impulsów, a skala Us stopień realizacji, o tyle skala Op kładzie nacisk na aprobatę zachowania tego typu oraz zdolność kontroli. W skali tej zarówno niskie, jak i wysokie wyniki nie są pożądane. Stanowią one bowiem kontinuum, na którego biegunach znajdują się właściwości skrajnie przeciwstawne. Niskie wyniki są związane z takimi cechami zachowania, jak: bardzo słaba kontrola impulsów, silne reakcje na frustrację, niepowodzenie i przykrości oraz skłonności do reagowania w sposób agresywny w sytuacji zagrożenia. Natomiast wysokie wyniki wiążą się z nadmierną kontrolą, zbytnim tłumieniem impulsów oraz z bardzo silnym dążeniem do hamowania i tłumienia swojej indywidualności. Stąd - według A. Kottas (1975) - optimum stanowią wyniki przeciętne, świadczące o właściwych technikach kontroli impulsów. Jeżeli bowiem preferujemy w ocenach badanych osób ich społeczną wartość, umiejętność łagodzenia tarć i sporów interpersonalnych oraz harmonię, to wówczas optimum stanowią będą wyniki podwyższone. Jeśli natomiast zależeć nam będzie na ocenie stopnia innowacji, pomysłowości i spontaniczności oraz dążenia do zmian społecznych, to wynik optymalny będzie zbliżony do przeciętnego i nieco poniżej. W niniejszych badaniach chodzi o pierwszy kierunek interpretacji. W związku z tym stwierdzić należy, że zarówno badane osoby z paraplegią, jak i pełnosprawne nie uzyskały wyników na poziomie optymalnym, tzw. podwyższonych. W większym stopniu ma to miejsce w grupie osób z paraplegią, gdzie obserwuje się 41,3 % wyników niskich oraz taki sam procent wyników przeciętnych, przy 52,0 % wyników przeciętnych i 30,1 % wyników niskich w grupie porównawczej. Można więc stwierdzić, że osoby z paraplegią mają obniżoną zdolność kierowania sobą i kontrolowania własnych impulsów, co niewątpliwie wynika z obniżonych wyników w skalach Od i Us.

### 10. Tolerancja - Tl (Tl).

Skala ta ma na celu różnicowanie osób humanitarnych, postępowych, o otwartym umyśle, od osób podejrzliwych, sztywnych, usposobionych wrogo do innych, o zawężonych horyzontach umys-

łowych. Przeznaczeniem jej jest ujawnianie postaw dających się umiejscowić na kontinuum łagodności - wrogości wobec innych osób. Osoby uzyskujące w tej skali wysokie wyniki są tolerancyjne, pomysłowe, inteligentne, elokwentne oraz przejawiające szeroki zakres zainteresowań. Niskie wyniki wskazują na podejrzliwość, powściągliwość, trzymanie się na uboczu, nadmierny krytycyzm i nieufność. Badane osoby z paraplegią uzyskały w tej skali średni wynik (przeliczony) nieznacznie niższy od średniego wyniku standardowego, co świadczy o jego zbliżeniu ku wynikom przeciętnym, aczkolwiek jest on istotnie niższy ( $p < 0,02$ ) od średniego wyniku przeliczonego z grupy porównawczej, który to wskaźnik skłania się ku wynikom wysokim. Można więc przyjąć, że osoby z grupy podstawowej nie przejawiają zbyt wielu cech w kierunku pomysłowości, postępowości i otwartości umysłu, tak jak i nie cechuje je zbyt wielką wrogość wobec innych osób. Są raczej powściągliwe w swoich kontaktach i nieufne, trzymające się raczej na uboczu.

#### 11. Pragnienie podobania się - Po (Gi).

Skala ta spełnia dwojaką funkcję. Jest skalą kłamstwa oraz skalą aprobaty społecznej. W pierwszym przypadku, służy do wykrywania osób usiłujących przedstawić siebie w jak najlepszym świetle, w drugim zaś, służy do pomiaru i oceny czynnika akceptacji społecznej. Bardzo wysokie i bardzo niskie wyniki mogą wskazywać tutaj na skłonność do nieszczerzej oceny własnej osoby. Natomiast wyniki powyżej przeciętnej świadczą o właściwej postawie i przystosowaniu, zaś poniżej przeciętnej o gorszym przystosowaniu i mniejszej potrzebie aprobaty społecznej. Osoby uzyskujące wysokie wyniki cechuje poszukiwanie akceptacji w wysoce konwencjonalny i konformistyczny sposób, są bardzo uzależnione od opinii środowiska, nadmiernie skoncentrowane na własnej osobie oraz skłonne do irytacji z byle powodu. Niskie wyniki natomiast uzyskują osoby, które usiłują wydać się gorszymi, niż są w rzeczywistości. Może to wskazywać na ich brak równowagi w stosunkach społecznych. Osoby te również poszukują akceptacji, ale tylko według własnych wymagań. Jest to jedyna skala, w której badane osoby z paraplegią uzyskały wyniki wyższe od analogicznych z grupy porównawczej osób pełnosprawnych ( $p \sim 0,07$  - n.i.). Średni wynik z tej grupy jest najwyższym wynikiem ze wszystkich skal analizowanego kwestio-



nariusza (CPI). 42,7 % badanych osób z paraplegią uzyskało wyniki przeciętne i nieco powyżej przeciętnych oraz 24,1 % osób - wyniki wysokie, przy odpowiednio: 39,7 % osób z grupy porównawczej - z wynikami przeciętnymi i powyżej przeciętnych oraz 17,8 % osób z wynikami wysokimi.

#### 12. Typowość - Ty (Cm).

Skala ta również pełni dwie funkcje. Pierwszą z nich jest pomiar postawy osoby badanej wobec sytuacji testowania. Drugą - różnicowanie osób o modalnym typie zachowania, który cechują reakcje podobne do innych, stereotypowe, zgodnie z panującymi konwencjami, od osób przejawiających oryginalny sposób zachowania, nietypowy i niebanalny. A zatem, osoby mające wysokie wyniki w tej skali żyją w harmonii ze swym otoczeniem społecznym, a ich poglądy i opinie o rzeczywistości są zgodne z poglądami grupy społecznej, której są członkami. Zachowanie ich cechuje lojalność, stałość i solidność. Niskie zaś wyniki (ale nie bardzo niskie) świadczą o większej niezależności i indywidualności oraz zdolności do twórczego modyfikowania otoczenia, bez stereotypii w działaniu. Takie właśnie (niskie) wyniki uzyskały badane osoby z paraplegią. Różnica między średnimi badanych grup jest wysoce istotna statystycznie, na poziomie  $p < 0,001$ . Najliczniej reprezentowanym przedziałem wyników uzyskanych przez osoby z paraplegią (37,9 %) jest przedział wyników niższych niż przeciętne, wskazujących na indywidualizm działania. Natomiast w grupie porównawczej najliczniej reprezentowanym przez badanych (53,4 %) jest przedział wyników przeciętnych i podwyższonych, czyli świadczących o przejawianych przez te osoby skłonnościach do zachowań zgodnych ze zwyczajami panującymi w danym otoczeniu i środowisku.

#### 13. Powodzenie przez konformizm - Pk (Ac).

Skala ta służy do identyfikacji tych składników zainteresowań i motywacji, które ułatwiają osiągnięcie powodzenia i społecznej aprobaty, w sytuacji, gdy ugodowość oceniana jest pozytywnie. Mierzy ona zatem te działania, które prowadzą do celu przy możliwie najpełniejszym podporządkowaniu jednostki obowiązującym zasadom i standardom zachowania społecznego. Tak więc, nie jest to konformizm w potocznym rozumieniu, jako bezkrytyczne akceptowanie narzuconych poglądów, lecz w znaczeniu silnej motywacji osiągnięć, samodyscypliny i akceptacji zasad.

Wysokie wyniki w tej skali uzyskują osoby charakteryzowane jako współpracujące, wydajne, odpowiedzialne, stałe oraz ceniące działalność i osiągnięcia w dziedzinie intelektualnej. Natomiast niskie wyniki osoby niepewne siebie, uparte oraz łatwo ulegające dezorganizacji na skutek sytuacji stresowej lub nacisków wymagających przystosowania się. Badani z paraplegią uzyskali tutaj średni wynik przeliczony, niższy od średniego wyniku standardowego oraz średniego wyniku przeliczonego dla grupy porównawczej, a także niższy od średniego wyniku przeliczonego dla wszystkich skal grupy podstawowej, przy różnicy między średnimi obu badanych grup, wysoce istotnej statystycznie ( $p < 0,001$ ). Jest to zatem wynik niski, świadczący o tym, że badane osoby z paraplegią funkcjonują poniżej swoich potencjalnych możliwości.

#### 14. Powodzenie przez niezależność - Pn (A1).

Celem tej skali jest identyfikacja tych czynników, zainteresowań i motywacji, które ułatwiają ich osiągnięcie w każdej sytuacji, gdy autonomia i niezależność są uznawane za zachowanie pozytywne. Mierzy ona zatem cechy związane z samowystarczalnością i niezależnością od autorytetów. Stąd skalę tę charakteryzuje tworzenie nowych form, w przeciwieństwie do poprzedniej skali Pk, nawiązującej do form już zastanych. Osoby osiągające w niej wysokie wyniki są niezależne i samowystarczalne, dojrzałe i umiejące trafnie oceniać. Niskie wyniki natomiast świadczą o emocjonalnej niedojrzałości, nieumiejętności wglądu i nie rozumieniu siebie oraz podporządkowaniu się autorytetom. Różnica między średnimi obu grup była wysoce istotna statystycznie ( $p < 0,001$ ) na korzyść osób pełnosprawnych. Średni wynik przeliczony dla grupy podstawowej był niższy od średniego wyniku standardowego oraz od średniego wyniku przeliczonego dla grupy porównawczej. A zatem, charakterystykę badanych osób z paraplegią w tej skali sprowadzić można do cech objętych zakresem wyników obniżonych i niskich. 27,5 % badanych uzyskało tu wyniki poniżej 3 stena, czyli bardzo niskie.

#### 15. Wydajność umysłowa - Wu (Ie).

Skala ta służy do pomiaru wydajności intelektualnej badanych osób. Samo pojęcie "wydajność" zawarte w jej tytule podkreśla łatwość i skuteczność, z jaką jednostka potrafi kierować swoimi impulsami, oraz umiejętność korzystania ze swych

uzdolnień. Wysokie wyniki w tej skali wskazują na dobry ogólny poziom przystosowania społecznego, natomiast niskie wyniki świadczą o brakach w tym obszarze. Średni wynik przeliczony, jaki uzyskały osoby z paraplegią, jest niższy od średniego wyniku standardowego oraz od średniego wyniku przeliczonego dla próbki walidacyjnej (różnica między średnimi na poziomie  $p < 0,001$ ), co świadczy o uzyskaniu przez te osoby wyników niskich. Wyniki podwyższone i wysokie w tej grupie były udziałem 17,2 % badanych z paraplegią, przeciętne - 13,1 %, obniżone i niskie - 32,4 %, zaś bardzo niskie - 37,2 % badanych osób. Wyniki uzyskane przez osoby pełnosprawne, jakkolwiek nieco niższe od przeciętnych, oscylują wokół tego przedziału, ze znacznym odsetkiem, bo 38,3 % osób z wynikami podwyższonymi i wysokimi.

#### 16. Wnikliwość psychologiczna - Wp(Py).

Skala ta służy do identyfikacji osób umięających nawiązać "kontakt psychiczny", odznaczających się wrażliwością i empatią, nastawionych na analizowanie przeżyć innych ludzi oraz reagujących na ich potrzeby. Wysokie wyniki uzyskują w niej osoby spontaniczne, spostrzegawcze, rozmowne oraz buntujące się przeciwko zasadom, ograniczeniom i zakazom. Niskie natomiast wyniki wskazują na osoby ugodowe, ostrożne, bezpretenjonalne, powolne a także konwencjonalne i konformistyczne. Średnie wyniki przeliczone, uzyskane w tej skali w grupie podstawowej i porównawczej, nieznacznie różnią się między sobą i są nieco niższe od średniego wyniku standardowego, co świadczy o ich przeciętności. Jednakże zarówno w jednej, jak i drugiej grupie nie znajdujemy zbyt wielu osób uzyskujących wyniki na tym właśnie poziomie. Uzyskane tu rozkłady mają charakter dwubiegunowy. Na jednym końcu wyniki obniżone, ale nie całkiem niskie - 48,9 % w grupie osób z paraplegią i 41,0 % w grupie pełnosprawnych, na drugim zaś wyniki podwyższone - 20,0 % i 24,6 % oraz wysokie i bardzo wysokie - 14,4 % w grupie podstawowej i 17,8 % w grupie porównawczej.

#### 17. Rzutkość - Rz (Fx).

Celem tej skali jest określenie stopnia niezależności w myśleniu i społecznym zachowaniu. Pozwala ona identyfikować osoby umięające się znaleźć w każdej sytuacji. Osoby uzyskujące wysokie wyniki charakteryzują się upodobaniem do zmian i inno-

wacji, preferują rzeczy nowe, nie rozwiązane, są znużone rutyną oraz nie znoszą dyscypliny i podporządkowania się jakimś zasadom i regułom. Natomiast osoby z niskimi wynikami w tej skali nie przejawiają takich cech. Są ostrożne, pełne troski oraz uległe wobec autorytetów. Jest to druga skala, po skali Po, w której średni wynik przeliczony z grupy podstawowej jest wyższy od średniego wyniku standardowego, aczkolwiek nieznacznie niższy od średniego wyniku przeliczonego z grupy porównawczej. Oscylują one wokół wyników przeciętnych, analogicznie do poprzednio analizowanej skali (Wp). O ile jednak w skali Wp średni wynik przeliczony - na poziomie wyniku przeciętnego - był średnią dwu zauważalnych tendencji rozkładu, o tyle w tej skali przeciętność jego wyniku ze skumulowania 62,0 % wszystkich wyników uzyskanych przez badane osoby z paraplegią (60,2 % w grupie porównawczej) w przedziale wyników przeciętnych. Procentowe wskaźniki osób o niskich i wysokich wynikach są zbliżone do siebie. Podobnie zresztą jak i w próbie normalizacyjnej.

#### 18. Kobiecość - Kb (Fe).

Skala ta pozwala uchwycić zainteresowania i cechy związane z takimi, trudnymi do zmierzenia właściwościami osobowości, jak "kobiecość" i "męskość". Spełnia ona dwa podstawowe zadania. Służy do rozróżniania typów preferencji, upodobań i zainteresowań o charakterze bardziej kobiecym lub bardziej męskim oraz pozwala na identyfikację osób z zaburzeniami w sferze seksualnej. Wysokie wyniki w tej skali uzyskują osoby wrażliwe, tolerancyjne, subtelne i skromne, natomiast niskie - osoby ambitne, wytrwałe, pewne siebie i formalistyczne. Stąd, zespół cech kryjących się za wysokimi wynikami pozostaje w zgodzie z potoczną koncepcją "kobiecości", zaś niskie wyniki wskazują cechy określane mianem "męskości". Przy czym, zarówno wysokie, jak i niskie wyniki oznaczają całkowicie różne układy cech w zależności od płci. U mężczyzn wysoki wynik ma raczej konotacje negatywne, natomiast u kobiet jest on o wiele bardziej korzystny, bowiem wskazuje na opiekuńczość i zdolność do poświęceń. Badane osoby z paraplegią uzyskały w tej skali średni wynik przeliczony niższy od średniego wyniku standardowego oraz od średniego wyniku przeliczonego dla grupy porównawczej. Różnica między tymi średnimi jest wysoce istotna statystycznie

( $p < 0,01$ ). A zatem, jest to wynik obniżony, wskazujący na przejawianą w tej skali tendencję ku wynikom niskim. W grupie badanych osób z paraplegią stwierdzono zgrupowanie otrzymanych wyników w dwóch obszarach: wyników niskich - 44,1 % oraz wyników przeciętnych i nieco obniżonych - 39,3 %, przy analogicznym, pojedynczym zgrupowaniu w próbie walidacyjnej, obejmującym obszar wyników przeciętnych i podwyższonych na poziomie 45,2 %.

### Kategorie przystosowania społecznego badanych

Zgodnie z procedurą interpretacyjną, zalecaną przez H. Gougha (1957; por. Kottas, 1975; Polakowski, 1979), następnym etapem analizy jest próba oceny poziomu przystosowania na podstawie analizy przebiegu profilu w skalach tworzących poszczególne kategorie, mająca na celu sprawdzenie tych dziedzin społecznego funkcjonowania, w których osoby badane wykazują dobre lub złe przystosowanie. A zatem, analizując dane uzyskane z Inwentarza Psychologicznego (CPI) w zakresie czterech kategorii mierzących dynamikę przystosowania, zauważa się u badanych osób z paraplegią, relatywnie do badanych osób pełnosprawnych najwyższe wyniki w pierwszej dziedzinie efektywności kontaktów interpersonalnych (skuteczności radzenia sobie w sytuacjach społecznych i w realizacji własnych zamierzeń), gdzie z wyjątkiem niskiego wskaźnika "dominacji" pozostałe pięć wskaźników zbliżonych jest do średniego wyniku standardowego. Średni wynik przeliczony dla tej kategorii przystosowania jest niższy od średniego wyniku standardowego i średniego wyniku przeliczonego w tej kategorii dla próbki walidacyjnej, ale nieco wyższy od średniego wyniku przeliczonego dla wszystkich skal z grupy podstawowej. Tylko w dwóch skalach tej dziedziny (Do i Pw) różnice między średnimi (wyników surowych) badanych grup okazały się istotne statystycznie. Można więc stwierdzić, że mamy tu do czynienia z formami przystosowania, polegającymi na przejawianiu przez badane osoby z paraplegią pewnej dozy umiejętności oceny własnych walorów i określonych sytuacji, zainteresowania życiem społecznym w stopniu wystarczającym do podejmowania umiarkowanej aktywności interperso-

nalnej, przy dużej jednak nieudolności w kontaktach, której towarzyszą stany wewnętrznego napięcia i drażliwości. Są to jednocześnie zachowania wskazujące na koncentrowanie się osób z paraplegią na swych problemach i niekiedy litowanie się nad sobą. Niski wskaźnik skali Do świadczy tutaj o trudnościach badanych osób z paraplegią w realizacji potrzeby inicjowania działań prospołecznych. Wynik ten znajduje potwierdzenie w skali Us, co pozwala sądzić, że badane osoby z paraplegią przejawiają niski poziom dyspozycji "ku ludziom", małą zdolność poszczególnych potrzeb i rozumienia problemów innych ludzi oraz niewielkie właściwości określane mianem "inteligencji społecznej".

Skala Us wchodzi w zakres II kategorii przystosowania, zwanej miarami mechanizmów kontroli emocjonalnej, hierarchii wartości i odpowiedzialności, do której należą jeszcze skale Od i Ty, gdzie badani uzyskali wyniki znacznie obniżone. Średni wynik przeliczony w tej kategorii dla grupy podstawowej równy średniemu wynikowi przeliczonemu dla wszystkich skal CPI tej grupy i jest niższy od średniego wyniku standardowego, równego średniemu wynikowi przeliczonemu w tej kategorii dla grupy porównawczej. O ile jednak obniżony wynik w skali Od wskazuje u badanych osób z paraplegią na skłonności do zachowań nieprzemysłanych, nieodpowiedzialnych i impulsywnych, to taki sam wynik (obniżony) w skali Ty mówi o ich większej niezależności i indywidualizacji. Różnice między średnimi w tych skalach między porównywanymi grupami osób z paraplegią i pełnosprawnych są wysoce istotne statystycznie. Pozostałe wskaźniki tej dziedziny: Op, Tl i Po są zbliżone do poziomu średniego wyniku standardowego. Przy czym dwa pierwsze są nieco obniżone w stosunku do analogicznych z grupy porównawczej (różnica między średnimi w skali Tl jest nieistotna - losowa), co może świadczyć o przejawianiu przez badane osoby z paraplegią, na przykład: łagodności wobec innych osób, bezkonfliktowości i taktowności, ale i egocentryczności, nieufności i skłonności do trzymania się na uboczu. Natomiast trzeci (skala Po), podwyższony w stosunku do próbki normalizacyjnej, świadczy nie tyle o lepszym społecznym funkcjonowaniu badanych osób z paraplegią w tym zakresie, co przede wszystkim o zauważalnej u nich tendencji do przedstawiania siebie w lepszym świetle. Tak więc w kategorii tej osoby

z grupy podstawowej, relatywnie do osób z grupy porównawczej, uzyskały niższe wyniki niż w kategorii I, co wskazuje na ich gorsze - w tym zakresie - przystosowanie.

Nie w tej jednak dziedzinie przystosowania badane osoby z paraplegią uzyskały najniższe wskaźniki. Dziedziną tą jest kategoria III - miar powodzenia życiowego i wydajności umysłowej, w skład której wchodzi trzy skale: Pk, Pn i Wu. W obszarze każdej z nich różnice między średnimi badanych grup okazały się wysoce istotne ( $p < 0,001$ ). Średni wynik przeliczony dla tej kategorii przystosowania dla grupy podstawowej jest znacznie niższy od średniego wyniku standardowego i średniego wyniku przeliczonego dla grupy porównawczej, a także niższy od średniego wyniku przeliczonego dla wszystkich skal grupy podstawowej. Niskie wyniki w skali Pk i Wu oraz obniżony wynik w skali Pn świadczą tutaj, że w zakresie tej dziedziny przystosowania badane osoby z paraplegią działają poniżej swych potencjalnych umiejętności i możliwości. Nie potrafią one korzystać ze swoich uzdolnień, łatwo ulegają dezorganizacji w sytuacjach stresowych oraz przejawiają mało refleksyjną postawę wobec rzeczywistości, w jakiej funkcjonują, co powoduje niekiedy występowanie u nich objawów zniecierpliwienia i buntu wobec społecznych uwarunkowań życia.

W pewnej opozycji do przedstawionych wskaźników jest wynik ze skali Rz, wchodzącej w zakres IV kategorii przystosowania - miary typu orientacji poznawczej i ogólnych nastawień wobec problemów życiowych - zgodnie z którym należałoby sądzić, że badane osoby z paraplegią są - w pewnym stopniu - beztroskie, niestałe, rozrzutne i lekko traktujące życie. Z drugiej jednak strony, zarówno przeciętna - nieco powyżej średniej - tego wskaźnika, jak i zbliżony do przeciętnej średni wynik ze skali Wp oraz obniżony w skali Kb, mówią o badanych osobach z paraplegią jako osobach ostrożnych, powściągliwych, uległych wobec autorytetów, konwencjonalnych i konformistycznych oraz - gdy chodzi o mężczyzn - pełnych rezerwy wobec otoczenia, skłonności do nerwowości i nieśmiałości, tudzież pewnej dozy wytrwałości i pewności siebie, a także - w przypadku kobiet - skrupulatnych, opiekuńczych i zdolnych do poświęceń. Średni wynik przeliczony z grupy podstawowej dla tej kategorii, równy średniemu wynikowi przeliczonemu dla kategorii I, jest wyższy

od średniego wyniku przeliczonego dla wszystkich skal tej grupy, ale niższy od średniego wyniku standardowego i średniego wyniku przeliczonego z grupy porównawczej, co świadczy, że i w tej dziedzinie przystosowania, pomimo obiektywnie podwyższonych wyników w profilu oscylującym wokół przeciętnych, badane osoby z paraplegią funkcjonują społecznie gorzej od badanych osób pełnosprawnych.

### Techniki funkcjonowania społecznego badanych

Z przedstawionego na wykresie III profilu osobowości badanych osób z paraplegią oraz z dokonanej oceny poziomu profilu w zakresie czterech kategorii skal wynika, że osoby z paraplegią uzyskały wyższe wyniki - aczkolwiek wszystkie wskaźniki poszczególnych dziedzin w tej grupie są niższe od analogicznych z grupy porównawczej - w kategoriach I i IV, od porównywanych w kategoriach II i III. Może to wskazywać, zwłaszcza w odniesieniu do zastanego układu typu: wyższe wyniki w skalach kategorii I niż w skalach kategorii III, iż badani w paraplegią przejawiają dobre techniki społecznego działania, będąc zarazem mało wydajni umysłowo i słabo zmotywowani do nauki lub osiągnięć intelektualnych (por. Kottas, 1975). Trafność tej diagnozy wymaga weryfikacji, w czym pomocna zapewne będzie odpowiedź na pytanie o techniki działania społecznego, za pomocą których osoby badane osiagają właściwy sobie typ przystosowania. Zdaniem H. Gougha (za: Polakowski, 1979) w przystosowaniu społecznym wyodrębnić można dwie podstawowe formy działania: tendencje nastawione na zmienianie i podporządkowywanie sobie otoczenia, co jest m.in. treścią skali Do - reprezentującej typ przystosowania polegający na dokonywaniu zmian w świetle zewnętrznym, oraz tendencje do odpowiedzialnej pracy, bezkonfliktowości i podporządkowywania swoich interesów wymaganiom otoczenia, zawartej w treści skali Po, odzwierciedlającą tym samym typ przystosowania polegający na dopasowaniu siebie do wymagań otoczenia. Zdaniem natomiast A. Heilbruna, J. Daniela, L. Goodsteina, R. Stephensona i J. Critesa (za: Kottas, 1975) takich form działania, a tym samym typów przystosowania, jest więcej, co najmniej cztery. Wyszunęli oni bowiem



hipotezę mówiącą o istnieniu zależności między typem zachowania się a stosunkiem wyników w skalach Do i Po. Stąd czterem konfiguracjom różnych wyników - stwierdzanych w tych skalach - odpowiadają cztery różne typy przystosowania się (zwane technikami społecznego działania): życzliwy przywódca (światły przywódca), nieżyczliwy dyktator (autokratyczny dyktator), człowiek, który usiłuje przedstawić się zawsze jako miła osoba (konformista) i skwaszony samotnik (egocentryk). W analizowanym materiale badawczym stwierdzono obniżony średni wynik przeliczony w skali Do oraz podwyższony średni wynik przeliczony w skali Po, co wskazywałoby, iż wśród badanych osób z paraplegią przeważa konformistyczny typ przystosowania. Charakterystycznymi cechami zachowania się tego typu są: podporządkowanie otoczeniu, zdyscyplinowanie, drażliwość, małe poczucie własnej wartości, przejawianie postawy obronnej, oszczędność oraz niezdolność do podejmowania szerszych inicjatyw i odpowiedzialności. Osoby o tym typie przystosowania obawiają się zatem konfliktów w stosunkach społecznych. Szukają więc takich związków, które nie wymagają od nich inicjatywy ani odpowiedzialności, a zapewniają im powodzenie. Osoby te całkowicie dostosowują się do swego otoczenia. W grupie porównawczej zaś zaobserwowano przejawy przystosowania społecznego typu życzliwego przywódcy - nieco podwyższone wyniki w obu analizowanych skalach - który charakteryzuje się takimi oto cechami zachowania się: aktywność, pewność siebie, przezorność, pracowitość i cierpliwość.

Zastosowana tutaj analiza konfiguracyjna, odgrywająca sensu stricto bardzo ważną rolę w interpretacji wyników w inwentarzu CPI - albowiem, według H. Gougha, te same skale nabierają w różnych kontekstach zgoła odmiennego znaczenia - nie sprowadza się tylko do opisu przedstawionych układów dwóch skal, gdyż możliwości układów niektórych skal, dotyczących różnych aspektów osobowościowego funkcjonowania badanych w warunkach społecznych, jest wiele. Jednak największą moc predykcyjną przypisuje się następującym relacjom między skalami: Do a Od, Pk a Pn oraz Pn a Wu. Przy czym, w każdej z przedstawionych relacji - analogicznie do zanalizowanego już układu Do-Po - układy w poszczególnych parach skal są również czterowariantowe. I tak, obniżony średni wynik przeliczony w skali Do,

stwierdzony w badanej grupie osób z paraplegią, a także obniżony w tej grupie średni wynik przeliczony w skali Od wskazuje, iż wśród badanych osób z paraplegią częściej można zaobserwować występowanie przejawów apatii, braku odpowiedzialności i przewidywania, zmienności nastrojów i decyzji, naiwności, lenistwa oraz tendencji ku zabawowemu stosunkowi do życia. Zgoła inny rodzaj wariantu analizowanych skal otrzymano w grupie porównawczej. Oba średnie wyniki przeliczone okazały się bowiem podwyższone w stosunku do średniego wyniku standardowego, co świadczyłoby o skłonnościach tych osób do zachowań nacechowanych tolerancyjnością, ambicją, odpowiedzialnością i sumiennością.

Z podobnej analizy współzależności wyników i ich konfiguracji między skalami Pk i Pn wynika, że badane osoby z paraplegią - uzyskały one tutaj obniżone wyniki w obu skalach - cechuje, w większym stopniu niż porównywane osoby pełnosprawne (wyniki przeciętne), skłonność do pretensjonalności, drażliwości, niespokojności, próżności oraz braku głębszych zainteresowań. Przejawiają one tendencje ku zaniżonej twórczości i motywacji oraz obniżonych osiągnięć.

Ostatnią z analizowanych konfiguracji jest układ między skalami Pn i Wu, które to skale, ich różne warianty relacji, pozwalają na ustalenie stopnia funkcjonowania intelektualnego i integracji osobowości, a także określenie zakresu oryginalności w obszarze twórczości i wyobrażeń badanych osób. 145 osób z paraplegią, tworzących grupę podstawową, uzyskało w tych skalach średnie wyniki przeliczone, znacznie obniżone w stosunku do średniego wyniku standardowego. Otrzymany w ten sposób wariant niskich wyników, w obu skalach, może świadczyć o większych brakach w wyobraźni i oryginalności badanych z paraplegią oraz o słabszym funkcjonowaniu intelektualnym i obniżonej integracji osobowości.

## Podsumowanie

Zaprezentowane analizy współzależności wyników, ich konfiguracje w zakresie określonych skal oraz interpretacje otrzymanych układów wskazują na dużą zbieżność cząstkowych ocen

technik społecznego działania - cech zachowania - za pomocą których badane osoby osiągają właściwy sobie, specyficzny typ postawy wobec otoczenia, czyli typ przystosowania. Według niektórych autorów (Heilbrun, Daniel, Stephenson, Crites, za: Polakowski, 1979) właśnie analizy konfiguracyjne powinny stanowić pierwszy krok w interpretacji profilów osobowościowych badanych grup, ponieważ uzyskane wyniki w jednej skali często mogą zmieniać kierunek interpretacji w innej. Odnosić się to może szczególnie do oceny profilów grupowych. W tych przypadkach bowiem nie stosuje się zazwyczaj dwóch ostatnich etapów procedury interpretacyjnej, zaproponowanej przez autora CPI, co ma miejsce np. przy ocenie profilów indywidualnych (zob. Kottas, 1975). Analiza poszczególnych skal inwentarza (CPI), średnie wyniki przeliczone i ich rozkłady procentowe w badanych grupach dowodzą, że występowanie znacznej rozbieżności wyników w konkretnych skalach w dużym stopniu wiąże się z ich niewielką zgodnością psychologiczną w profilu. Stąd ocena badanej grupy, obejmująca m.in. charakterystyczne i dominujące cechy osobowości badanych, prowadzona np. na podstawie analizy wyjątkowo wysokich lub niskich wyników w jednej skali w stosunku do profilu wykreślonego dla grupy, czy też kilku wyników znacznie odbiegających swym przebiegiem od tegoż profilu albo nietypowych odchyień od normy, nie zawsze jest wskazana, gdyż często prowadziłyby do wątpliwych interpretacji, zwłaszcza w ocenach grupowych. Przykładem na to mogłaby być ocena wyniku w skali Po, uzyskanego przez grupę osób z paraplegią, jako wysokiego i wysoce odbiegającego tak od średniego wyniku standardowego, jak i średniego wyniku przeliczonego dla wszystkich skal tej grupy osób, co przy zastosowanej procedurze interpretacyjnej wskazywałoby jednoznacznie na tendencje badanych osób z paraplegią do kłamania. A przecież tak nie jest. I jeżeli można tutaj mówić o przejawianiu przez te osoby jakiejś ogólniejszej tendencji w zachowaniu, to dotyczyć może ona nie tyle kłamstwa, co raczej pokazywania siebie w nieco lepszym świetle. Zresztą ta cecha osobowości, gdyby ją nawet bardziej wyeksponować w niniejszych analizach - nie znajduje potwierdzenia w ogólnie przejawianych cechach zachowania badanych osób z paraplegią, orzeczonych na podstawie analiz konfiguracyjnych, co jeszcze raz utwierdza w przyjętym kierunku opraco-

wywania danych. Tak więc przeprowadzona w tym rozdziale analiza i interpretacja przebiegu profilów osobowości, charakteryzujących dwie grupy badanych osób ("A" - podstawowa i "B" - porównawcza) dotyczyła przede wszystkim dwóch zasadniczych zagadnień a mianowicie: oceny ogólnego poziomu przystosowania oraz technik społecznego działania, czyli zespołu właściwości decydujących o poziomie i zasadach przystosowania społecznego badanych osób z paraplegią. W konsekwencji sprowadziło to sposób interpretowania uzyskanych w tym inwentarzu (CPI) wyników do trzech pociągnięć proceduralnych: oceny poziomu całego profilu wraz z analizą poszczególnych skal, oceny poziomu profilu w zakresie czterech kategorii skal oraz oceny układów wyników wybranych skal w profilu. Zgodnie z tym ustalono, iż badana grupa osób z paraplegią w porównaniu do badanej grupy osób pełnosprawnych charakteryzuje się niższym ogólnym poziomem przystosowania społecznego. Zaznaczyć tutaj jednak należy, że procentowe rozkłady poszczególnych wyników w analizowanych skalach były bardzo różne i nie zawsze średni wynik, przeliczony z danej skali, był zgodny z przejawianymi tendencjami cech zachowania badanych osób (reprezentatywnych dla tego wymiaru testu). Ustalono również, że badane osoby z paraplegią, pomimo iż funkcjonują społecznie poniżej poziomu oznajmianego przez porównywane z nimi osoby pełnosprawne i mimo przejawianego także słabszego umotywowania do osiągnięć intelektualnych oraz małej wydajności umysłowej, wykazują jednak - ogółem - dobre techniki społecznego działania. Stwierdzenie to (dobre techniki) ma wydźwięk nieco wieloznaczny. W rzeczywistości bowiem chodzi tutaj o przejawianie przez badane osoby z paraplegią takich specyficznych technik społecznego działania, które sprawiają, czy też pozwalają im na skuteczne - w ich mniemaniu - funkcjonowanie w społecznych warunkach. Stąd podstawą oceny takiego funkcjonowania osób z paraplegią jest przede wszystkim zakres radzenia sobie, co wynika niejako z definicji przystosowania H. Gougha, czyli stosowania takich cech zachowań, które gwarantują zaspokojenie potrzeb na wymaganym poziomie, dając przy tym satysfakcję emocjonalną.

W wyniku przeprowadzonych analiz konfiguracyjnych stwierdzono także występowanie w badanej grupie osób z paraplegią pewnej prawidłowości, świadczącej o istnieniu konformistycznej

go typu przystosowania jako tendencji zachowania charakterystycznego dla tej zwłaszcza grupy osób. Oczywiście nie wszystkie badane osoby z paraplegią przejawiają tego typu zachowania przystosowawcze, podobnie zresztą jak nie wszystkie badane osoby gorzej funkcjonują społecznie od porównywanych osób pełnosprawnych. Cechami tego przystosowania (inaczej technikami społecznego działania) są: bezkonfliktowość, zdyscyplinowanie, podporządkowywanie się otoczeniu, gorliwość w wypełnianiu poleceń, małe poczucie własnej wartości, przejawianie postawy obronnej oraz niezdolność do podejmowania szerszych inicjatyw i odpowiedzialności. Osoby o tych cechach obawiają się konfliktów w stosunkach społecznych, dlatego też szukają takich rozwiązań, które nie wymagają od nich inicjatywy, a zapewniają im powodzenie. Są to również osoby pełne wewnętrznego napięcia i drażliwości, z przejawami apatii, zmienności nastrojów i decyzji, naiwności, skłonności do zachowań nieodpowiedzialnych i pretensjonalnych, z niskim poziomem dyspozycji "ku ludziom", o małej zdolności postrzegania potrzeb i rozumienia problemów innych ludzi oraz niewielkich właściwościach określanych mianem "inteligencji społecznej". Nie umieją one korzystać ze swoich uzdolnień, łatwo ulegają dezorganizacji w sytuacjach stresowych oraz przejawiają mało refleksyjną postawę wobec rzeczywistości, w jakiej funkcjonują, co sprawia niekiedy występowanie u nich objawów niecierpliwienia i buntu wobec społecznych uwarunkowań życia. Przejawiają one także tendencje do zaniżonej motywacji i obniżonych osiągnięć. Charakteryzują się również obniżonym funkcjonowaniem intelektualnym oraz obniżonym stopniem integracji osobowości.

Można więc stwierdzić, że badane osoby z paraplegią, pomimo iż funkcjonują społecznie poniżej poziomu oznajmianego przez osoby pełnosprawne o tym samym statusie demograficzno-społecznym, co w relacji do sytuacji ogólnospołecznej, w jakiej sensu stricto się one znajdują, wskazuje na ich gorsze (złe) przystosowanie, to jednak mimo wszystko zdołały one wypracować (osiągnąć) takie techniki społecznego działania, w tym wypadku o charakterze konformistycznym, które - w myśl poglądów H. Gougha - pozwalają im na takie funkcjonowanie w warunkach społecznych, by mogły one zaspokajać swoje potrzeby.

## VI. SAMOAKCEPTACJA A PRZYSTOSOWANIE SPOŁECZNE OSÓB Z PARAPLEGIĄ – ANALIZA WYNIKÓW

Weryfikacja postawionej hipotezy, o istnieniu zależności między samoakceptacją u osób z paraplegią a ich poziomem przystosowania społecznego, dokonana została na podstawie analizy otrzymanych współczynników zależności pomiędzy 18 wymiarami przystosowania społecznego, mierzonymi przy pomocy Inwentarza Psychologicznego (CPI), a ogólnym wskaźnikiem samoakceptacji ("D"), obliczonym za pomocą wzoru L. Cronbacha i G. Glesera (1953); średnimi wskaźnikami stopnia samoakceptacji ("d"), obliczonymi dla każdej ze skal Testu Przymiotników (ACL) metodą różnicy między średnimi różnic realnego i idealnego obrazu własnej osoby; oraz 24 wymiarami realnego obrazu własnej osoby i również 24 wymiarami idealnego obrazu własnej osoby.

Podstawione w powyższej kolejności układy relacyjne wyznaczają niejako tok prowadzonej analizy uzyskanych wskaźników zależnościowych oraz ich interpretację psychologiczną. Gwoli jasności przypomnieć należy, że wysokie wskaźniki rozbieżności między realnym a idealnym obrazem własnej osoby świadczą o niskim poziomie samoakceptacji, zaś niskie wskaźniki rozbieżności między porównywanymi profilami obrazu (a także w ramach poszczególnych skal) wskazują na wysoki poziom samoakceptacji. Stąd, dodatni znak korelacji ("+" przed współczynnikiem korelacji) oznacza, że w miarę wzrostu wskaźnika poziomu samoakceptacji (maleje rozbieżność między realnym a idealnym obrazem własnej osoby) maleje wskaźnik określonego wymiaru zmiennej przystosowania społecznego. Natomiast ujemny znak korelacji ("- " przed współczynnikiem korelacji) wskazuje, że w miarę - również - wzrostu wskaźnika poziomu samoakceptacji (maleje rozbieżność między realnym a idealnym obrazem własnej osoby) następuje równocześnie wzrost wskaźnika korelowanego wymiaru zmiennej przystosowania społecznego. Powyższe ustalenia dotyczą wyłącznie tych korelacyjnych sytuacji, w których udział

biorą zmienne wskaźnika samoakceptacji ("D" i "d"), w innych bowiem przypadkach ("ja" realne i "ja" idealne) interpretacja uzyskanych kierunków współzależności jest tradycyjna i nie wymaga objaśnienia.

Ogólny stopień samoakceptacji ("D") a poziom przystosowania społecznego badanych

Spośród 18 współczynników korelacji, które otrzymano w wyniku badania związków zależnościowych - w grupie 145 osób z paraplegią - pomiędzy ogólnym wskaźnikiem samoakceptacji "D" a 18 wymiarami przystosowania społecznego, tylko jeden współczynnik - co przedstawia tabela 7 - okazał się istotny statystycznie na poziomie  $p < 0,01$ . Świadczy to w sposób dobitny o braku występowania zauważalnych (statystycznych) zależności między ogólnym poziomem samoakceptacji badanych osób z paraplegią a ich poziomem przystosowania społecznego. Oto bowiem jedyna istotna wartość współczynnika korelacji, pomiędzy wskaźnikiem "D" a skalą Po, jest - zgodnie z danymi zawartymi w opisowej tabeli J. Guilforda (1964) - wartością niską, wskazującą co prawda na wyraźny stopień zależności, lecz mały, stąd i interpretacja tego współczynnika odnosić się może jedynie do orzekania o grupowych tendencjach zmian jednego zjawiska odpowiednio do zmian zjawiska drugiego, bez jakichkolwiek możliwości indywidualnego diagnozowania związków przyczynowych, mająca miejsce np. w przypadku korelacji wysokich. Także te współczynniki korelacji, które przyjęto uważać za niemal istotne, skale Op, Ty i Pk, są w istocie rzeczy korelacjami słabymi, na podstawie których można co najwyżej twierdzić o występowaniu tendencji zależnościowych. Tak zresztą jak i w przypadku interpretacji uzyskanych danych w oparciu o otrzymane kierunki współzależności, gdzie dwanaście współczynników korelacji, czyli dwie trzecie całości ma znak ujemny. Świadczyłoby to, że nieco podwyższony - średnia z grupy podstawowej wyższa od średniej z grupy porównawczej - współczynnik samoakceptacji, jakkolwiek nie różniący się statystycznie od analogicznego z grupy porównawczej, wskazujący w pewnym zakresie na tendencję badanych osób z paraplegią ku mniejszej

Tab. 7. Współczynniki korelacji r-Pearsona między ogólnym wskaźnikiem samoakceptacji "/D"/ a 18 wymiarami Inwentarza Psychologicznego /CPI/

CPI	Do	Am	To	St	Pw	Ds	Od	Us	Op	Tl	Po	Ty	Pk	Pn	Wu	Wp	Rz	Kb
"D"	-0,054	-0,050	-0,106	0,006	0,042	-0,021	0,049	-0,059	-0,143n	-0,041	-0,281xx	0,137n	-0,140n	0,006	-0,022	-0,049	0,017	0,005

df = 150; n - niemał istotne; x pk 0,159 < 0,05; xx pk 0,208 < 0,01

Tab. 8. Współczynniki korelacji r-Pearsona między średnimi wskaźnikami stopnia samoakceptacji "/d"/ obliczonymi dla każdej z 24 skali Testu Przygotunków /ACT/ a 18 wymiarami Inwentarza Psychologicznego /CPI/

CPI	Do	Am	To	St	Pw	Ds	Od	Us	Op	Tl	Po	Ty	Pk	Pn	Wu	Wp	Rz	Kb
Clp	0,017	-0,094	0,054	-0,148n	0,031	-0,148n	0,024	0,078	-0,019	-0,132	0,010	0,083	0,105	-0,121	-0,060	-0,029	-0,121	0,156n
Ob	0,129	0,134n	0,222xx	0,056	0,159x	0,121	0,096	0,234xx	0,273xx	0,105	0,313xx	-0,056	0,279xx	0,038	0,134n	0,098	-0,116	0,021
Pp	0,006	0,056	0,157n	0,010	0,001	0,060	0,075	0,187x	0,220xx	0,045	0,279xx	-0,052	0,162x	0,017	0,051	0,005	-0,033	0,034
Pn	-0,051	0,064	-0,089	0,153n	0,044	-0,006	-0,005	-0,061	-0,158n	0,022	0,261xx	0,065	-0,121	0,187x	0,094	0,078	0,250xx	0,023
Zs	0,118	0,086	0,190x	0,152n	0,060	-0,049	0,048	0,039	0,074	0,172x	-0,083	0,099	0,017	0,095	0,026	-0,049	-0,069	0,023
Sk	-0,014	0,001	0,000	-0,176x	-0,083	0,052	0,131n	0,284xx	0,289xx	-0,001	0,289xx	0,020	0,246xx	0,002	0,031	0,069	-0,120	0,133
La	-0,099	-0,011	0,061	0,027	-0,067	-0,074	-0,099	-0,052	-0,040	-0,062	0,038	0,046	-0,143n	-0,096	-0,022	-0,137n	-0,096	0,004
Po	0,023	0,015	0,018	-0,019	-0,046	-0,113	-0,043	0,059	0,127	-0,054	0,162x	-0,188x	0,123	-0,037	-0,045	-0,035	0,025	0,020
De	0,108	0,022	0,203x	0,084	0,123	0,035	-0,040	0,081	0,097	-0,004	0,190x	-0,050	0,152n	-0,049	0,051	0,031	-0,155n	-0,038
Do	0,188x	0,033	0,201x	0,084	0,169x	0,037	-0,069	0,065	0,056	0,019	0,166x	-0,113	0,129	-0,036	0,026	0,010	-0,134n	-0,066
Fy	0,048	0,003	0,180x	-0,041	0,100	0,103	0,040	0,201x	0,251xx	0,024	0,310xx	-0,011	0,277xx	-0,071	0,063	0,055	-0,255xx	0,060
Zp	0,064	0,084	0,131n	-0,040	0,091	0,054	0,032	0,181x	0,235xx	0,028	0,509xx	-0,082	0,218xx	-0,023	0,074	0,046	-0,182x	0,049
Zr	-0,110	-0,036	0,045	-0,046	-0,081	0,048	0,120	0,192x	0,269xx	-0,005	0,255xx	0,017	0,174x	0,044	0,030	-0,033	-0,075	0,157n
Ws	-0,064	-0,005	0,094	-0,113	-0,062	0,008	0,167x	0,242xx	0,269xx	0,006	0,289xx	-0,015	0,149n	-0,041	-0,007	-0,020	-0,085	0,131n
At	-0,016	-0,051	0,166x	0,077	0,033	0,063	0,017	0,085	0,168x	0,024	0,267xx	-0,070	0,071	-0,048	-0,048	-0,022	-0,024	-0,023
Het	0,127	0,139n	0,157n	0,069	0,107	0,006	0,052	0,144n	0,113	0,097	0,205x	0,148n	0,190x	0,099	0,072	0,067	0,100	0,070
Eks	0,177x	0,098	0,217xx	0,217xx	0,204x	0,057	-0,132n	-0,084	-0,061	0,059	0,110	-0,177x	0,028	-0,059	0,057	0,038	0,002	-0,056
Ag	0,041	-0,066	-0,048	0,129	0,097	0,047	-0,185x	-0,224xx	-0,155n	-0,007	-0,156n	-0,040	-0,141n	-0,012	-0,025	0,037	-0,051	-0,146n
Alc	-0,012	0,005	0,045	-0,092	-0,065	-0,167x	0,130n	0,070	0,011	-0,230xx	-0,042	0,141n	-0,007	-0,042	-0,009	-0,009	0,008	-0,132n
Zm	0,046	0,060	0,110	0,159x	0,070	-0,009	-0,133n	-0,187x	-0,147n	0,014	-0,074	-0,034	-0,100	-0,024	-0,005	-0,028	0,073	-0,066
Pz	-0,145n	-0,035	-0,136n	-0,151n	-0,101	-0,165x	0,165x	0,093	0,130n	-0,130n	-0,061	0,095	-0,039	-0,049	-0,089	-0,090	0,040	0,222xx
Sub	-0,119	0,032	-0,031	-0,083	-0,091	-0,005	0,173x	0,179x	0,136n	-0,064	0,076	0,107	-0,037	-0,037	-0,034	0,100	0,061	0,111
Op	-0,116	-0,041	-0,080	-0,054	-0,107	-0,003	-0,061	-0,130n	-0,130n	-0,102	-0,119	0,157n	-0,054	-0,054	-0,076	0,006	0,006	-0,265xx

df = 150; n - niemał istotne; x pk 0,159 < 0,05; xx pk 0,208 < 0,01



akceptacji siebie i swojej sytuacji, nie potwierdzonej jednakże empirycznie, wpływa na obniżony poziom przystosowania społecznego - co stwierdzono przez porównanie osób z paraplegią z osobami pełnosprawnymi. Znikome jednak wartości uzyskanych wskaźników korelacji oraz dostrzegane sytuacje, w których zarówno niskie wyniki czterech (Do, Us, Pk i Wu) spośród siedmiu skal CPI o tym poziomie, a także podwyższone w skali Po czy też o przeciętnych średnie w skalach To, Tl i Wp, korelują ujemnie z "podwyższonym" wskaźnikiem samoakceptacji. Nie pozwalają one jednak na formułowanie tego typu sugestii, lecz raczej świadczą o przypadkowości występowania. Podobnie zresztą jak w przypadku ewentualnych sugestii o przejawianych tendencjach zależnościowych między wskaźnikiem samoakceptacji a niektórymi kategoriami przystosowania społecznego, np. miarą zrównoważenia, wpływu na innych i pewności siebie, w której to dziedzinie w pięciu spośród sześciu skal kierunek współczynników korelacji jest ujemny. Analogicznie rzecz się ma w przypadkach z dodatnim znakiem współczynnika.

Średnie wskaźniki stopnia samoakceptacji ("d" - dla 24 skal ACL) a poziom przystosowania społecznego badanych

Szczegółowe dane z tego wycinka badań przedstawia tabela 8. Wyniki w niej zawarte analizowane były w sposób globalny (całościowy) w dwóch płaszczyznach: pionowej i poziomej. W płaszczyźnie pionowej analizowano otrzymane współczynniki korelacji w ramach związków zależnościowych pomiędzy profilem samoakceptacji, badanych osób z paraplegią, reprezentowanym przez wartości 24 skal ACL (rozbieżności między średnimi realnego i idealnego obrazu własnej osoby) a średnimi wynikami uzyskanymi przez te osoby w 18 skalach Inwentarza Psychologicznego. W płaszczyźnie poziomej natomiast analizowano te same współczynniki korelacji, tyle że w relacjach między średnimi wskaźnikami stopnia samoakceptacji "d" każdej z 24 skal ACL a 18 średnimi wynikami poszczególnych skal CPI.

Z analizy w płaszczyźnie pionowej wynika, że profil samoakceptacji w największym stopniu koreluje ze skalą Po, gdyż piętnaście współczynników korelacji jest tutaj istotne statys-

tycznie, w tym dziesięć na poziomie  $p \leq 0,01$  oraz pięć na poziomie  $p \leq 0,05$ . Drugą z kolei skalą CPI, która w znacznym stopniu koreluje z profilem samoakceptacji jest skala Us z jedenaściami współczynnikami istotnymi statystycznie (pięć na poziomie  $p \leq 0,01$  i sześć na poziomie  $p \leq 0,05$ ). Trzy następne skale inwentarza CPI korelują już w mniejszym stopniu z profilem samoakceptacji. Są to: skala Op - dziewięć współczynników istotnych, Pk - osiem współczynników oraz skala To z siedmioma współczynnikami istotnymi statystycznie. Nie koreluje natomiast oznajmiany profil samoakceptacji ze skalami: Am, Tl, Wu oraz Wp. Jest rzeczą interesującą tutaj, iż z profilem samoakceptacji w największym stopniu korelują skale o najwyższej wartości średniej (Po) oraz o najniższej wartości średniej (Us), przy czym - co jest szczególnie zastanawiające - kierunki (znaki) współzależności są dodatnie. W obu również przypadkach istotność współczynników dotyczy w szczególności tych wymiarów profilu samoakceptacji, w których stwierdzono największe rozbieżności między realnym a idealnym obrazem własnej osoby. Potwierdza to przeprowadzona analiza wyników w płaszczyźnie poziomej, w rezultacie której zauważono, że skale Clp i La, nie różnicujące realnego obrazu własnej osoby z idealnym obrazem siebie, nie wchodzi w relacje zależnościowe z żadnym z wymiarów przystosowania społecznego. W największym stopniu zaś korelują skale o wysokich wskaźnikach rozbieżności "d". Skalami tymi są: Ob i Wy - po sześć współczynników zależności istotnych statystycznie, oraz Sk, Zp, Eks i Ag - wszystkie po pięć współczynników istotnych statystycznie. Te właśnie skale Testu Przymiotników, ich współczynniki rozbieżności między samooceną realną i idealną, w największym zakresie wchodzi w związku z takimi skalami Inwentarza Psychologicznego, które w najwyższym stopniu korelowały z profilem samoakceptacji, czyli: Po, Us, Op, Pk i To. Zauważyć jednakże należy, że najwyższy współczynnik korelacji, wynoszący  $r = 0,318$ , uzyskany między średnim wskaźnikiem samoakceptacji "d" ze skali Wy a średnim wynikiem ze skali Po, jest - zgodnie z opisową tabelą J. Gullforda (1964) - niską wartością korelacji, wskazującą co prawda na zależność wyraźną, lecz małą. Pozostałe zatem współczynniki korelacji, te na poziomie istotności statystycznej, są więc jeszcze mniejsze i świadczą o słabych związkach

zależnościowych. Także kierunki zależności w tych przypadkach nie stanowią podstawy do orzekania o przejawianych relacjach czy też tendencjach przyczynowych. W związku z czym, stwierdzić należy, iż nie ma szczególnych powodów do twierdzenia o istnieniu związków zależnościowych między średnimi wskaźnikami stopnia samoakceptacji "d" badanych osób z paraplegią a ich wymiarami przystosowania społecznego. Stwierdzenie to jest uogólnieniem przeprowadzonej analizy otrzymanych współczynników korelacji i wcale nie przeczy wymienieniu tutaj dwóch co najmniej zaobserwowanych tendencji, jakie wynikają z jej przeprowadzenia. Zauważono bowiem, iż duża ambiwalencja w uzyskanych kierunkach zależności nie pozwala na przeprowadzenie psychologicznie zgodnego wyводу interpretacyjnego co do przejawianej orientacji przyczynowej badanych zjawisk. Zauważono także, że skale, w których nie występują różnice między realnym a idealnym obrazem własnej osoby, nie korelują ze skalami Inwentarza Psychologicznego (CPI).

Wystąpienie powyższych tendencji każe dokładniej się przyjrzeć uzyskanym współczynnikom korelacji w relacjach między profilami realnego i idealnego obrazu własnej osoby. Sądzić bowiem należy, że to właśnie tutaj nastąpi ostateczna weryfikacja postawionej hipotezy, szczególnie w odniesieniu do mechanizmów powodujących powstawanie takich a nie innych związków zależnościowych między analizowanymi wymiarami psychospołecznego przystosowania.

Związek między "ja" realnym i "ja" idealnym a poziomem przystosowania społecznego badanych

W tabelach 9. i 10. przedstawione są szczegółowe dane z zakresu otrzymanych współczynników korelacji w relacjach między średnimi wynikami samooceny realnej i samooceny idealnej badanych osób z paraplegią a ich średnimi wynikami 18 wymiarów przystosowania społecznego. Już pobieżny wgląd w prezentowane tabele wskazuje na dość istotne różnice w uzyskanych związkach zależnościowych między analizowanymi układami. Oto bowiem w relacji pomiędzy 24 wymiarami profilu realnego obrazu siebie a 18 wymiarami przystosowania społecznego, na ogólną

Tab. 9. Współczynniki korelacji r-Pearsona między 24 wyznacznikami Testu Przymiotników /ACL/ w ujęciu "realnego obrazu własnej osoby" a 18 wyznacznikami Inwentarza Psychologicznego /CPI/

CPI ACL	Da	Am	To	St	Pw	Ds	Od	Us	Op	Fl	Po	Ty	Pk	Pn	Wu	Wp	Rz	Kb
C1p	0,046	0,042	0,125	-0,016	0,109	0,045	0,047	-0,008	-0,126	-0,020	-0,059	0,070	-0,114	-0,090	0,001	-0,059	-0,213x	-0,007
Ob	0,236x	0,235x	0,341x	0,199x	0,209x	0,299x	-0,015	0,112	0,205x	0,135x	0,333x	0,093	0,260x	0,042	0,163x	0,098	-0,166x	0,209x
Pp	0,170x	0,275x	0,317x	0,117	0,132x	0,323x	0,218x	0,353x	0,353x	0,244x	0,398x	0,184x	0,425x	0,198x	0,294x	0,179x	-0,083	0,078
Pn	-0,070	-0,014	-0,116	0,049	-0,026	-0,129	-0,092	-0,121	-0,267x	0,159x	-0,296x	-0,015	-0,265x	-0,013	-0,049	-0,060	0,082	-0,020
Zs	0,267x	0,148x	0,265x	0,233x	0,223x	0,103	-0,126	0,003	0,015	0,023	0,133x	-0,047	0,129	0,014	0,132x	0,103	-0,036	-0,135x
Sk	-0,050	0,057	0,094	-0,180x	-0,111	0,518x	0,327x	0,445x	0,467x	0,224x	0,378x	0,292x	0,467x	0,257x	0,260x	0,134x	-0,150x	0,254x
La	0,139x	0,242x	0,213x	0,242x	0,112	0,041	-0,063	-0,013	-0,023	0,098	0,074	0,099	-0,034	0,056	0,043	0,019	0,051	-0,109
Po	0,033	0,204x	0,200x	0,054	0,011	0,280x	0,128	0,237x	0,398x	0,233x	0,422x	0,139x	0,423x	0,174x	0,234x	0,125	-0,107	0,023
Os	0,234x	0,137x	0,290x	0,142x	0,203x	0,234x	-0,038	0,103	0,210x	0,057	0,261x	0,064	0,266x	0,048	0,140x	0,130x	-0,191x	-0,103
Do	0,340x	0,181x	0,317x	0,214x	0,276x	0,204x	-0,106	0,045	0,114	0,085	0,226x	-0,061	0,237x	0,037	0,157x	0,169x	-0,136x	-0,181x
Wy	0,173x	0,118	0,287x	0,028	0,143x	0,352x	0,084	0,273x	0,394x	0,188x	0,434x	0,133x	0,457x	0,112	0,242x	0,197x	-0,243x	-0,203
Zp	0,132x	0,140x	0,243x	-0,010	0,115	0,320x	0,110	0,313x	0,400x	0,180x	0,434x	0,103	0,436x	0,122	0,261x	0,176x	-0,269x	0,038
Zr	0,072	0,165x	0,229x	0,062	0,057	0,341x	0,247x	0,311x	0,391x	0,287x	0,349x	0,248x	0,440x	0,277x	0,303x	0,167x	-0,104	0,143x
Ws	0,037	0,170x	0,237x	0,034	0,062	0,255x	0,246x	0,292x	0,329x	0,194x	0,400x	0,194x	0,304x	0,094	0,175x	0,055	-0,098	0,070
Ar	0,095	0,200x	0,339x	0,202x	0,140x	0,279x	-0,021	0,063	0,189x	0,068	0,295x	0,074	0,164x	0,005	0,142x	0,039	-0,092	-0,154x
Ret	0,179x	0,247x	0,323x	0,215x	0,196x	0,147x	0,003	0,089	0,065	0,126	0,206x	0,005	0,199x	0,054	0,129	0,064	0,050	-0,086
Eks	0,297x	0,192x	0,286x	0,323x	0,366x	0,017	-0,206x	-0,123	-0,154x	0,025	-0,032	-0,237x	-0,020	-0,144x	0,069	0,123	0,032	-0,214x
Aut	0,189x	0,000	-0,019	0,170x	0,167x	-0,104	-0,273x	-0,309x	-0,297x	-0,118	-0,236x	-0,188x	-0,231x	-0,119	-0,081	0,048	0,021	-0,199x
Ag	0,240x	0,009	-0,037	0,149x	0,172x	-0,189x	-0,270x	-0,293x	-0,338x	-0,121	-0,285x	-0,217x	-0,262x	-0,115	-0,109	0,002	0,073	-0,188x
Zm	0,196x	0,120	0,084	0,262x	0,102	-0,105	-0,308x	-0,317x	-0,244x	-0,108	-0,155x	-0,162x	-0,216x	-0,172x	-0,155x	0,040	0,110	-0,225x
Akc	-0,215x	-0,069	-0,091	-0,167x	-0,087	-0,053	0,182x	0,156x	0,030	-0,070	-0,004	0,150x	0,020	-0,056	0,004	-0,057	0,014	0,284x
Pz	-0,269x	-0,090	-0,147x	-0,217x	-0,166x	-0,116	0,282x	0,203x	0,000	-0,076	0,011	0,207x	0,008	-0,033	-0,069	-0,167x	-0,013	0,339x
Sub	-0,237x	-0,015	-0,007	-0,171x	-0,172x	0,106	0,280x	0,282x	0,254x	0,083	0,195x	0,256x	0,143x	0,027	0,026	-0,164x	-0,029	0,183x
Gp	-0,281x	-0,210x	-0,219x	-0,234x	-0,265x	-0,144x	0,115	-0,006	-0,080	-0,147x	-0,176x	0,103	-0,163x	-0,055	-0,137x	-0,097	-0,019	0,163x

df = 150; x pkt 0,159 < 0,05; xx pkt 0,208 < 0,01; n - niemał istotne

Tab. 10. Współczynniki korelacji r-Pearsona między 24 wymiarami Testu Przymiotników /ACL/ w ujęciu "idealnego obrazu własnej osoby" a 18 wymiarami Inwentarza Psychologicznego /CPI/

CPI ACL	De	Am	To	St	Pw	Ds	Od	Us	Op	Tl	Po	Ty	Żk	Pn	iu	ip	Rz	Kb
C1p	-0,037	0,115	0,095	0,090	0,095	0,152x	0,033	-0,064	-0,120	0,065	-0,070	0,134x	-0,090	-0,009	0,130x	0,021	-0,141x	-0,119
Ob	0,117	0,109	0,124	0,165x	0,047	0,201x	-0,139x	-0,164x	0,106	0,031	-0,001	0,182x	-0,046	0,002	0,024	0,008	-0,050	-0,275x
Po	0,178x	0,236x	0,175x	0,116	0,145x	0,279x	0,147x	0,110	0,102	0,211x	0,086	0,266x	0,196x	0,239x	0,190x	0,189x	-0,050	0,045
Pn	-0,016	-0,092	-0,021	-0,129	-0,082	-0,136x	-0,096	-0,061	-0,105	-0,202x	-0,014	-0,095	-0,147x	-0,235x	-0,167x	-0,159x	-0,185x	-0,050
Za	0,169x	0,065	0,070	0,068	0,082	0,045	-0,088	-0,060	-0,033	-0,100	-0,066	-0,054	0,025	0,006	0,034	0,092	0,021	-0,075
Sk	-0,034	0,056	0,095	0,031	-0,012	0,260x	0,172x	0,107	0,124	0,228x	0,034	0,274x	0,175x	0,255x	0,226x	0,052	-0,007	0,096
La	0,257x	0,268x	0,157x	0,226x	0,193x	0,126	0,045	0,045	0,021	0,172x	0,035	0,054	0,123	0,166x	0,070	0,177x	0,160x	-0,119
Pe	0,056	0,164x	0,156x	0,070	0,064	0,382x	0,164x	0,140x	0,204x	0,270x	0,185x	0,345x	0,230x	0,198x	0,260x	0,152x	-0,123	-0,004
Os	0,131x	0,131x	0,069	0,055	0,074	0,228x	0,009	0,013	0,116	0,072	0,066	0,141x	0,136x	0,122	0,123	0,111	-0,017	-0,070
De	0,164x	0,184x	0,117	0,135x	0,110	0,209x	-0,046	-0,045	0,065	0,082	0,050	0,085	0,118	0,100	0,164x	0,203x	0,020	-0,137x
Wy	0,155x	0,148x	0,112	0,097	0,040	0,388x	0,051	0,063	0,147x	0,209x	0,102	0,189x	0,190x	0,250x	0,224x	0,206x	0,027	-0,091
Zp	0,072	0,054	0,114	0,041	0,013	0,308x	0,087	0,130x	0,163x	0,175x	0,105	0,230x	0,228x	0,175x	0,211x	0,149x	-0,076	-0,021
Zr	0,221x	0,231x	0,197x	0,129	0,141x	0,318x	0,121	0,099	0,088	0,303x	0,087	0,235x	0,267x	0,251x	0,298x	0,230x	-0,020	-0,086
Ws	0,124	0,200x	0,192x	0,181x	0,149x	0,279x	0,069	0,026	0,054	0,213x	0,091	0,240x	0,158x	0,160x	0,208x	0,088	-0,004	-0,086
Alf	0,145x	0,189x	0,213x	0,157x	0,136x	0,277x	-0,050	-0,025	0,017	0,081	0,021	0,192x	0,117	0,072	0,118	0,081	-0,087	-0,168x
Het	0,047	0,115	0,182x	0,169x	0,096	0,171x	-0,066	-0,085	-0,072	0,023	-0,022	0,205x	-0,013	-0,066	0,060	-0,012	-0,073	-0,198x
Eks	0,181x	0,143x	0,097	0,177x	0,199x	-0,067	-0,109	-0,057	-0,145x	-0,059	-0,131x	-0,085	-0,084	-0,132x	0,049	0,066	-0,066	-0,266x
Aut	0,186x	0,084	0,038	0,049	0,086	-0,192x	-0,107	-0,102	0,178x	-0,140x	-0,149x	-0,186x	-0,111	-0,135x	0,070	0,013	0,081	-0,064
Ag	0,030	0,003	0,111	-0,004	0,016	-0,208x	-0,126	-0,100	-0,060	-0,142x	-0,066	-0,233x	-0,157x	-0,142x	-0,086	0,002	0,086	-0,071
Zm	0,165x	0,064	-0,034	0,107	0,031	-0,104	-0,189x	-0,135x	-0,100	-0,136x	-0,087	-0,140x	-0,124	-0,163x	0,166x	0,077	0,057	-0,173x
Pz	-0,101	-0,063	0,023	-0,101	-0,022	0,033	0,057	0,089	0,027	-0,031	0,046	0,034	0,001	-0,034	0,014	-0,059	-0,106	0,062
Skb	-0,132x	-0,060	0,032	-0,099	-0,091	0,148x	0,115	0,110	0,141x	0,126	0,164x	0,166x	0,085	0,033	0,048	-0,111	-0,093	0,154x
Gp	-0,155x	-0,170x	-0,123	-0,204x	-0,147x	-0,135x	0,196x	0,154x	0,075	-0,029	-0,039	-0,084	0,128	0,009	-0,027	-0,009	-0,027	0,494x

df = 150; x pk 0,159 < 0,05; xk pk 0,208 < 0,01; n - niemal istotna

sumę 432 współczynników korelacji otrzymanych w wyniku korelowania poszczególnych wymiarów obu zmiennych, 203 współczynniki, co stanowi 46,9 %, okazały się istotne statystycznie na poziomach:  $p < 0,01$  - 143 współczynniki i  $p < 0,05$  - 60 współczynników. W dalszych natomiast 34 współczynnikach wartości ich były zbliżone do poziomu istotności statystycznej ( $p \sim 0,09-0,06$ ). W relacji zaś pomiędzy 24 wymiarami idealnego obrazu własnej osoby a tymi samymi, wciąż 18 wymiarami przystosowania społecznego liczba uzyskanych współczynników korelacji istotnych statystycznie była już znacznie mniejsza i wynosiła 118, czyli 27,2 % wszystkich (432) współczynników, w tym 52 współczynniki istotne na poziomie  $p < 0,01$  i 66 na poziomie  $p < 0,05$ . Kolejne 54 współczynniki z tego układu były zbliżone do istotnych, na poziomie  $p \sim 0,09-0,06$ . Tak więc, zarówno większa liczba uzyskanych współczynników korelacji na poziomie statystycznej istotności, jak i znacznie większe ich wartości, wskazują na występowanie większego związku zależnościowego między poziomem realnego obrazu własnej osoby a poziomem przystosowania społecznego niż między poziomem idealnego obrazu własnej osoby a poziomem przystosowania społecznego.

Przedstawione tu dane liczbowe i wynikające z nich wnioski znajdują potwierdzenie w toku następnych analiz - w płaszczyźnie pionowej i poziomej. Analizując bowiem zachodzące zależności w płaszczyźnie pionowej zauważono, że w pierwszym układzie relacyjnym profil realnego obrazu siebie badanych osób z paraplegią w wysokim stopniu koreluje z trzynastoma skalami CPI, przy odpowiednio wysokiej korelacji pięciu skal CPI w drugim układzie. Realny obraz własnej osoby w najwyższym stopniu koreluje ze skalami: Po i Pk - po siedemnaście współczynników istotnych statystycznie, a następnie: Do, To i Op - po piętnaście współczynników istotnych. St - 14, Ds i Us - po 12, Am, Pw i Od - po 11 współczynników, oraz Ty i Kb - po 10 współczynników na poziomie istotności statystycznej. Natomiast idealny obraz własnej osoby w wysokim stopniu koreluje z takimi oto skalami CPI: Ds i Ty - po czternaście współczynników istotnych statystycznie, oraz Tl, Pn i Wu - po dziesięć współczynników istotnych statystycznie. Widać więc, że poszczególne profile obrazu własnej osoby wchodzą w związki zależnościowe z innymi zakresami wymiarów przystosowania społecznego. Inte-

resującym również wydaje się fakt, iż cztery ostatnie - w kolejności Testu - skale ACL: Gp, Sub, Pż i Akc, tak w realnym jak i idealnym profilu, objawiają ujemny kierunek zależności z dwoma dziedzinami przystosowania społecznego: I - miary zrównoważenia, wpływu na innych i pewności siebie, oraz IV - miary typu preferencji poznawczych (z wyjątkiem skali Kb o dodatnich znakach). Prawidłowość ta, a raczej tendencja ku pewnej prawidłowości, gdyż większość współczynników jest tutaj zerowa (a nawet i w tych istotnych statystycznie korelacje są mimo wszystko małe bądź też słabe), jest jedyną, jaką można zauważyć w prezentowanym materiale empirycznym, chociaż i tutaj trudno pokusić się o pełniejszą interpretację otrzymanych układów zależnościowych. O ile bowiem nie sprawia kłopotów uznanie za słuszną tezę o ujemnej współzależności analizowanych zjawisk, wynikającej z faktu, iż nieco obniżone wyniki idealnego obrazu siebie, skal: Gp, Sub, Pż i Akc korelują ujemnie z przeciętnymi lub nieco podwyższonymi wynikami I i IV kategorii przystosowania społecznego (jakkolwiek skale Do i Kb prezentują niskie wyniki), o tyle wielce wątpliwe jest postawienie takiej samej w sytuacji, gdy średnie wyniki realnego obrazu siebie - wyszczególnionych skal Gp, Sub, Pż i Akc - są podwyższone, przy nie zmienionych wynikach (przeciętnych i podwyższonych) I i IV kategorii przystosowania społecznego, a stopień i kierunek zależności jest niemal identyczny jak w pierwszym przypadku. Wskazana jest zatem znaczna ostrożność w orzekaniu o uzyskanych kierunkach zależności, w sytuacji, gdy poszczególne wartości współczynników wskazują na słabą siłę zależnościową korelowanych zmiennych, a tym samym powodują wzrost ryzyka przypadkowości występowania takich, a nie innych współczynników korelacji - ich znaków. W analizowanych układach związków wyliczono 147 ujemnych współczynników korelacji, co stanowi 34,0 % wszystkich współczynników w relacji realnego obrazu siebie, oraz 155 takich samych, czyli 35,8 %, w relacji idealnego obrazu siebie. Oprócz opisanej tutaj sytuacji występowania określonej tendencji w nasileniu udziału ujemnych kierunków zależności, pozostałe przypadki pojawienia się ujemnych współczynników, tak rozkład występowania tych znaków, jak i znajdujące się obok nich wartości liczbowe wskazują na dużą przypadkowość.

Natomiast z dokonanej analizy w płaszczyźnie poziomej wynika, że dwanaście skal samooceny realnej w dużym zakresie koreluje - aczkolwiek są to korelacje niskie i słabe, a tylko nieliczne umiarkowane (por. Guilford, 1964) - z niektórymi wymiarami przystosowania społecznego. Są to skale: Pp - czternaście korelacji na poziomie istotności statystycznej (skala ta koreluje istotnie z czternastoma skalami CPI), Zr - trzynaście współczynników istotnych, Ob i Sk - po dwanaście, Wy i Wp - po jedenaście współczynników istotnych statystycznie, oraz Po, Do, Zp, Aut, Ag i Sub - po dziesięć współczynników istotnych na najniższym poziomie ufności. Średnio jedna skala ACL realnego obrazu siebie koreluje z 8,4 skalami CPI, przy 4,9 skalach CPI dla jednego wymiaru idealnego obrazu własnej osoby. W dużych bowiem związkach zależnościowych (co najmniej 10 współczynników na poziomie istotności statystycznej) z poszczególnymi wymiarami przystosowania społecznego są tylko trzy skale samooceny idealnej: Pp, Po i Zr - wszystkie korelujące w sposób istotny statystycznie z dziesięcioma skalami CPI. W dwóch zaś skalach tego układu zależnościowego nie stwierdzono występowania jakichkolwiek korelacji na poziomie istotności statystycznej, co miało miejsce w układzie z udziałem skal realnego obrazu siebie. Skalami tymi - gwoli przypomnienia - były: Clp oraz La.

#### Podsumowanie

Podsumowując dokonania niniejszego rozdziału, stwierdzić należy, że w świetle przeprowadzonej analizy uzyskanych współczynników korelacji nie znalazła potwierdzenia hipoteza mówiąca o istnieniu zależności między samoakceptacją osób z paraplegią a ich przystosowaniem społecznym. Ani bowiem ogólny wskaźnik samoakceptacji "D", ani też średnie wskaźniki stopnia samoakceptacji "d", jako wskaźniki poziomu przystosowania psychicznego, nie korelują w sposób statystycznie istotny z poziomem przystosowania społecznego, zawierającym się w profilu 18 wymiarów tegoż funkcjonowania. Jedynie w znaczniejsze związki zależnościowe z przystosowaniem społecznym u badanych osób z paraplegią wchodzi profil realnego obrazu własnej osoby.



Można więc tylko przyjąć, że istnieje pewna tendencja do występowania zależności, bliżej jednak nie określona ze względu na brak prawidłowości w występowaniu - zarówno dodatnich, jak i ujemnych - znaków korelacji i - mimo wszystko - niskich wartości współczynników między samooceną realną, dokonaną przez badane osoby z paraplegią, a przejawianym przez nie poziomem funkcjonowania w warunkach społecznych. Czy zatem zjawisko to można zakwalifikować do kategorii mechanizmów powodujących powstawanie takich, a nie innych (wcześniej ukazanych) związków zależnościowych między przystosowaniem psychicznym a przystosowaniem społecznym badanych osób z paraplegią? Z dużą dozą ostrożności można powiedzieć, że zapewne tak, zwłaszcza gdy będziemy rozpatrywać otrzymane tendencje zależnościowe w aspekcie uzyskanych wyników realnego i idealnego profilu obrazu własnej osoby oraz w zależności od stopnia rozbieżności między nimi, obliczonego tak dla wszystkich ("D"), jak i poszczególnych skal ("d") Testu Przymiotników. Ostateczne jednak rozstrzygnięcie tego problemu, ze szczególnym uwzględnieniem tezy o utrzymywaniu przez osoby niepełnosprawne stałości obrazu siebie - poziomu samoakceptacji - poprzez obniżanie samooceny idealnej, możliwe będzie wówczas, gdy przeprowadzone zostaną stosowne analizy, co jednak wykracza poza ramy podjętej problematyki.

## UWAGI KOŃCOWE

Podsumowania niniejszych badań trudno było dokonać w formie kilku wniosków. Proces przystosowania osoby z paraplegią jest zbyt złożony, aby na podstawie tego opracowania wyciągać nadto pewnie brzmiące wnioski. Stąd ograniczono się raczej do prezentacji wyników, przedstawiając niektóre z nich jako propozycje do dalszych analiz, inne zaś uwypuklając, szczególnie gdy mają znaczne oparcie w empirii. Wydaje się jednak, że postawiony cel badań został osiągnięty, jakkolwiek - co należy podkreślić - uzyskane rezultaty nie zawsze były zgodne z przewidywaniami autora, zwłaszcza w odniesieniu do problemu związków zależnościowych pomiędzy wyodrębnionymi wymiarami psychicznego i społecznego przystosowania osób z paraplegią. Również rezultaty w pozostałych aspektach podjętej problematyki badań mogą wydawać się kontrowersyjne, stanowiąc tym samym pole do dyskusji. O ile bowiem uzyskany przez badaną grupę osób z paraplegią wskaźnik przystosowania psychicznego, określony tutaj najogólniej jako "przeciętny" z tendencją ku obniżaniu się, był zgodny z przewidywaniami autora badań oraz danych z literatury przedmiotu, o tyle wyniki w zakresie przystosowania społecznego były znacznie gorsze (niższe), aniżeli można by się było tego spodziewać. Dyskusja jednakże nie koncentrowała się wokół zagadnień związanych z uzyskanymi poziomami przystosowania psychospołecznego, bo to zostało ustalone, co raczej wokół relatywności ustalonych poziomów i mechanizmów wpływających na nie, ponieważ w tak delikatnej dziedzinie, jaką jest przystosowanie człowieka do życia społecznego, zwłaszcza przystosowanie człowieka niepełnosprawnego, z utraconą władzą w swych kończynach, podstawowym wyznacznikiem jego funkcjonowania jest przede wszystkim - co zostało ustalone w toku analiz teoretycznych - taki stopień dojrzałości integracji poszczególnych jego cech i sfer osobowości, który pozwoliłby mu na satysfakcjonujące i sensowne funkcjonowanie w otaczającej rze-

czywistości i oddziaływanie na nią. Bywa bowiem niekiedy tak, że osoba określana jako źle przystosowana, o niskich wartościach uzyskanych wyników testowych, wykazuje wiele cech osobowościowych, które pozwalają jej na satysfakcjonujące - oczywiście dla niej - funkcjonowanie, i odwrotnie. A zatem, wskazane byłoby, z uwagi chociażby na wykazane w toku analiz duże zróżnicowanie osobowościowych profili badanych grup, tak w relacjach między grupami osób z paraplegią i osób pełnosprawnych, jak i w ramach poszczególnych podgrup grupy osób z paraplegią, zajęcie się problematyką przystosowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego raz jeszcze. Interesujące byłoby przeprowadzenie tu oceny uwarunkowań procesu przystosowania. W warunkach naturalnych bowiem, gdy o zachowaniu się człowieka decyduje współdziałanie wielu, często wzajemnie powiązanych czynników, oczywiste staje się sprawdzenie takich zależności, których istnienie wydaje się rzeczą normalną czy to na podstawie potocznej obserwacji, zdroworozsądkowego rozumowania, czy nawet w świetle sprawdzonych teorii naukowych (por. Heszen-Klemens, 1979). Analiza ta mogłaby zatem służyć np. realizacji kilku pomniejszych celów, w szczególności przyczyn niewystępowania oczekiwanych związków, czy też oceny praktycznych konsekwencji stwierdzonych zależności. Dane uzyskane z zastosowanych technik pomocniczych służyłyby wówczas nie tylko jako materiał niezbędny do scharakteryzowania badanej grupy osób z paraplegią, ale także jako ewentualne czynniki, pretendujące do miana zmiennych niezależnych i wykorzystywane do analiz zależnościowych z poszczególnymi aspektami psychospołecznego przystosowania.

## LITERATURA

- A n t h o n y W.: Societal rehabilitation: Changing society's attitudes toward the physically and mentally disabled, "Rehabilitation Psychology", 1972, 19, 117-126.
- A r o n s o n E.: Człowiek - istota społeczna, Warszawa 1978.
- B a n d u r a A.: Principles of behavior modification, New York 1969.
- B e o k e r - F r i e d m a n E.: Sexuality in the spinal cord injured female, Illinois 1976.
- B e r g e r E.M.: The relation between expressed acceptance of self and expressed of others, "Journal of Abnormal and Social Psychology", 1952, 4, 778-782.
- B i e r C.W.: Basic rationale of screening for religious vocations, /w:/ Selected papers from the A.C.P.A. meetings of 1957, 1958, 1959, New York 1960.
- B l a e s i n g S., B l o c k h a u s J.: The development of body image in the child, "Nursing Clinics of North America", 1972, 7, 597.
- B l o c k J., T h o m a s H.: Is satisfaction with self a measure of adjustment?, "Journal of Abnormal and Social Psychology", 1955, 51, 254-259.
- B o Ń c z a - T o m a s z e w s k a M., K o ł o d z i e j A.: Akceptacja siebie a akceptacja innych ludzi u młodzieży w okresie dorastania i wczesnej młodości (próba konstruowania metody badawczej), /w:/ "Materiały do nauczania psychologii", L. W o ł o s z y n o w a (red.) Seria III, t. 2, Warszawa 1973.
- B o r i s l o w B.: Self-evaluation and academic achievement, "Journal of Counseling Psychology", 1962, 9, 246-254.
- B o s k i e r R.: Self regarding attitude. A bibliography, "Psychological Reports", 1970, 26.

- B r a c k e n M.B., S h e p a r d M.J.: Coping and adaptation following acute spinal cord injury: A theoretical analysis, "Paraplegia", 1980, 18, 74-85.
- B r u c e P.: Relationship of self-acceptance to other variables with sixth-grade children oriented in self-understanding, "Journal of Educational Psychology", 1958, 3, 86-97.
- B r z e z i ń s k a A., K o f t a M.: Stabilność obrazu własnej osoby, odporność na stres i lęk przed egzaminacyjnym, "Psychologia Wychowawcza", 1973, 47, 604-611.
- B r z e z i ń s k a A.: Struktura obrazu własnej osoby i jego wpływ na zachowanie, "Kwartalnik Pedagogiczny", 1973, 3, 87-97.
- B r z e z i ń s k i J.: Elementy metodologii badań psychologicznych, Warszawa 1980.
- B y r n e D.: An introduction to personality. A research approach, New Jersey 1966.
- C a y w o o d T.: A quadriplegic young man looks at treatment, "Journal of Rehabilitation", 1974, 49, 22-25.
- C h o d o r k o f f B.: Self perception, perceptual defense and adjustment, "Journal of Abnormal and Social Psychology", 1954, 49, 508-512.
- C h r o m i e c E.: Kinezyterapia w następstwie urazowych uszkodzeń rdzenia kręgowego, /w:/ Fizjoterapia dla medycznych studiów zawodowych - wydział fizjoterapii, M. W e i s s, A. Z e m b a t y (red.), Warszawa 1983.
- C o g s w e l l B.: Rehabilitation of the paraplegic: Processes of socialization, "Sociological Inquiry", 1967, 37, 11-26.
- C o g s w e l l B.: Self socialization: Readjustment of paraplegics in the community, "Journal of Rehabilitation", 1968, 34, 11-13, 35.
- C o h e n A.R.: Same implications of self-esteem for social influence, /w:/ Personality and persnasibility, C.I. H o v l a n d, I.L. J a n i s (red.), New Haven 1959.
- C o h n N.K.: Understanding the process of adjustment to disability, "Journal of Rehabilitation", 1961, 27, 16-18.

- C o m b s A.W., S n y g g D.: Individual behavior. Apperceptual approach to behavior, New York 1959.
- C r i g l e r L.: Sexual concerns of the spinal cord injured, "Nursing Clinics of North America", 1974, 9, 703-716.
- C r o n b a c h L.J.: Educational psychology, New York 1963.
- C r o n b a c h L.J., G l e s e r G.C.: Assessing similarity between profiles, "Psychological Bulletin", 1953, 50, 456-473.
- C r o w n e D.P., M a r l o w e D.: Approval motive: Studies in evaluative dependence, New York 1964.
- C r u t c h f i e l d R.S.: Conformity and character, "American Psychologist", 1955, 10, 191-198.
- C z a p ó w C.: Wychowanie a przystosowanie, "Wychowanie", 1961, 9, 5-8.
- D a a b J.: Złamanie kręgosłupa (pierwsza pomoc, wybrane zagadnienia lecznicze), /w:/ Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki w Częstochowie w działaniu na rzecz Międzynarodowego Roku Inwalidów i Osób Niepełnosprawnych 1981, Częstochowa 1981.
- D a v i s F.: Deviance disavowal: The management of strained interaction by the visibly handicapped, "Social Problems", 1961, 9, 120-132.
- D e m b o T., L e v i t o n G.L., W r i g h t B.A.: Adjustment to misfortune - a problem of social psychological rehabilitation, "Artificial Limbs", 1956, 3.
- D o l l a r d J., M i l l e r N.R.: Osobowość a psycho-terapia, Warszawa 1969.
- D u b o s R.: Człowiek, środowisko, adaptacja, Warszawa 1970.
- D u n n M.: Social, discomfort in the patient with spinal cord injury, "Archives of Physical Medicine and Rehabilitation", 1977, 58, 257-260.
- Ekspertyza - Sytuacja ludzi niepełnosprawnych i stan rehabilitacji w PRL, PAN, Komitet Rehabilitacji i Readaptacji Człowieka (J. S z c z e p a ń s k i - przew., M. S o k o ł o w s k a - red.), Warszawa 1978.
- E n g e l M.: The stability of the self-concept in adolescence, "Journal of Abnormal and Social Psychology", 1959, 8, 211-215.

- E r i k s o n E.H.: Identity and the life cycle, "International University Press" 1959.
- F e y W.F.: Acceptance by others and its relation to acceptance of self and others; a revaluation, "Journal of Abnormal and Social Psychology", 1955, 50, 274-276.
- F i a ł k o w s k i S.: Urazy kręgosłupa, żeber i mostka, /w:/ Chirurgia urazowa, M. G a r l i c k i (red.), Warszawa 1971.
- F i l e r R.I.: Frustracja, zadowolenie i inne czynniki wpływające na atrakcyjność celów, /w:/ Zagadnienia psychologii społecznej, A. M a l e w s k i (wybór), Warszawa 1962.
- F i n k S.L.: Crisis and motivation: A theoretical model, "Archives of Physical Medicine and Rehabilitation", 1964, 45, 321-325.
- Z zagadnień psychologii socjalizacji, F r a c z e k A., M a l a k B. (red.), Warszawa 1980.
- F u s t e r J.M.: The self-concept approach to personal adjustment, "Journal of Abnormal and Social Psychology", 1963, 59.
- G a d u l a E., F r a n e k A.: Czynniki utrudniające rehabilitację w paraplegii, /w:/ Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie, A. H u l e k (red.), Warszawa 1986.
- Encyklopedyczny słownik rehabilitacji, G a ł k o w s k i T., K i w e r s k i J. (red.), Warszawa 1986.
- G e r s t m a n n S.: Uwagi o pojęciu "orientacji w sobie", "Psychologia Wychowawcza", 1979, 1, 2-11.
- G ł u c h H.: Możliwości uzyskania poprawy stanu neurologicznego po urazach rdzenia kręgowego, /w:/ Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki w Częstochowie w działaniu na rzecz Międzynarodowego Roku Inwalidów i Osób Niepełnosprawnych 1981, Częstochowa 1981.
- G o f f m a n E.: Stigma, New Jersey 1963.
- G o r c z y c k a E.: Przystosowanie młodzieży ze schorzeniami narządu ruchu do życia społecznego, Warszawa 1981.
- G o u g h H.G., H e i l b r u n A.B.: The Adjective Check List manual, Palo Alto 1965.
- G o u g h H.G., H e i l b r u n A.B.: The Adjective Check List manual, Palo Alto 1971.

- G o u g h H.G.: Manual for the California Psychological Inventory, Palo Alto 1957.
- G o u g h H.G.: The Adjective Check List as a personality assesment research technique, "Psychological Raports", 1960, 6, 107-122.
- G u i l f o r d J.P.: Podstawowe metody statystyczne w psychologii i pedagogice, Warszawa 1964.
- G u n t h e r M.S.: Psychiatric consultation in a rehabilitation hospital: A regression hypothesis, "Comp. Psychiatry", 1971, 12, 6, 572-585.
- G u n t h e r M.S.: The threatened staff: A psychoanalytic contribution to medical psychology, "Comp. Psychiatry", 1977, 18, 4, 385-397.
- G u r y c k a A.: Dzieci bierne społecznie, Wrocław-Warszawa-Kraków 1970.
- G u t h r i e E.R.: Osobowość w świetle teorii uczenia się, /w:/ Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej, J. R e y k o w s k i (red.), Warszawa 1964.
- G u t t m a n n L.: Spinal cord injuries - comprehensive management and research, Oxford 1976.
- H a f t e k J., M a k o w s k i J.: Wskazania do leczenia operacyjnego i rehabilitacyjnego w ostrych i zeszaryżanych urazach kręgosłupa i rdzenia kręgowego, /w:/ Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie, A. H u l e k (red.), Warszawa 1986.
- H a n l o n T.E., H o f s t a e t t e r P.R., O' C o n n o r J.P.: Congruence of self and ideal self in relation to personality adjustment, "Journal of Consulting Psychology", 1954, 18, 215-218.
- H e f l i c h - P i ą t k o w s k a H., W a l i c k a J.: Problemy psychologiczne i psychopatologiczne w ciężkich uszkodzeniach narządu ruchu, Warszawa 1975.
- H e s z e n - K l e m e n s I.: Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby, Wrocław-Warszawa-Kraków 1979.
- H i l g a r d E.R.: Wprowadzenie do psychologii, Warszawa 1971.
- H o h m a n n G.: Psychological aspects of treatment and rehabilitation of the spinal cord injured person, "Clini-



- cal Orthopedics", 1975, 112, 81-88.
- H u l e k A.: Spór o zmiany zachodzące w cechach osobowości na skutek inwalidztwa, /w:/ Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów, H. L a r k o w a (red.), t. III, Warszawa 1974.
- H u l e k A.: Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów, Warszawa 1969.
- H u r l o c k E.: Rozwój dziecka, Warszawa 1985.
- H u r l o c k E.: Rozwój młodzieży, Warszawa 1965.
- J a k i m o w i c z W.: Neurologia kliniczna, Warszawa 1981.
- J a k u b o w s k i J.S., D o b r z y ń s k a E.,  
✓ Ś l e s z y ń s k i D.: Akceptacja siebie, realizowane wartości i zdrowie psychiczne, "Zdrowie Psychiczne", 1975, 3, 62-68.
- J a k u b o w s k i J.S.: Zależność między samoakceptacją  
✓ a niektórymi cechami osobowości i akceptacją przez innych, Nie publikowana praca doktorska KUL, Lublin 1968.
- J a r y m o w i c z M.: Modyfikowanie wyobrażeń dotyczących "Ja" dla zwiększania gotowości do zachowań prospołecznych, Warszawa 1979.
- J e r s i ł d A.T.: Rozwój emocjonalny, /w:/ Psychologia wychowawcza, C.E. S k l i n n e r (red.), Warszawa 1971.
- K a m i ń s k a M., M o k r z y c k a D.: Teoria wzrostu tego (Koncepcja osobowości Maslowa), /w:/ Osobowość jako przedmiot diagnozy psychologicznej, T. S z u s t r o w a (red.), Warszawa 1976.
- K a t z V., G o r d o n R., I v e r s o n D.,  
M y e r s S.J.: Past history and degree of depression in paraplegic individuals, "Paraplegia", 1978, 16, 8-14.
- K e m p B.J., V a s h C.L.: Productivity after injury in a sample of spinal cord injured: A pilot study, "Journal of Chronic Disease", 1971, 24, 259-275.
- K e r r W.G., T h o m p s o n M.A.: Acceptance of disability of sudden onset in paraplegia, "Paraplegia", 1972, 10, 94-102.
- K i r e n k o J.: Psychospołeczne uwarunkowania przystosowania do życia osób z paraplegią, /w:/ Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie, A. H u l e k (red.), Warszawa 1986.

- K l e c k R., O n o H., H a s t o r f A.: The effects of physical deviance upon face-to-face interaction, "Human Relations", 1966, 19, 425-436.
- K l e c k R.: Physical stigma and nonverbal cues emitted in face-to-face interaction, "Human Relations", 1968, 21, 19-28.
- K l e c k R.: Physical stigma and task oriented interactions, "Human Relations", 1969, 22, 53-60.
- K l u c k h o h n C., M u r r a y H.A.: Personality in nature. Society and culture, New York 1949.
- K ł o s k o w s k a A.: Z historii i socjologii kultury, Warszawa 1969.
- ✓ K o ł o d z i e j A.: Poziom samoakceptacji a spostrzeganie postaw rodzicielskich, "Psychologia Wychowawcza", 1974, 2, 220-225.
- K o n I.S.: Kakim oni siebie widiet, Moskwa 1975.
- K o s t r z e w s k i J.: Skala Zachowania Przystosowawczego dla Dzieci, Młodzieży i Dorosłych (K. N i h i r a, R. F o s t e r, M. S h e l l h a a s, H. L e l a n d): Przekład i modyfikacja, Warszawa 1975.
- K o ś c i ę l s k a M.: Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny, Warszawa 1984.
- K o t t a s A., M a r k o w s k a B.: Inwentarz Psychologiczny (podręcznik tymczasowy) - skrót opracowania monograficznego, "Pracownia Psychometryczna" PAN, Warszawa 1968 (maszynopis).
- K o t t a s A.: Podręcznik do Kwestionariusza Osobowości H.G. Gougha, Warszawa 1975 (maszynopis).
- K o w a l s k i S.: Socjologia wychowania w zarysie, Warszawa 1974.
- K o z i e l e c k i J.: Elementy teorii samowiedzy, "Psychologia Wychowawcza", 1976, 1, 1-30.
- K u b l e r - R o s s E.: Death, the final stage of growth, New Jersey 1975.
- K u k u ł o w i c z T.: Rodzina w procesie uspołecznienia dziecka, Lublin 1978.
- ✓ K w a k A.: Obraz samego siebie u młodzieży z wysoką i niską samoakceptacją, /w:/ Nowe tendencje w postępowaniu z młodzieżą społecznie nieprzystosowaną. Warszawa 1980.

- L a r k o w a H.: Problemy wartościowania i samooceny w rehabilitacji inwalidów, /w:/ Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów, tj. III, H. L a r k o w a (red.), Warszawa 1974.
- L a w s o n N.: Significant events in the rehabilitation process: The spinal cord patients' point of view, "Archives of Physical Medicine and Rehabilitation", 1978, 59, 573-579.
- L a z a r u s R.S.: Personality and adjustment, New Jersey 1963.
- L e h n e r A., K u b e r B.: The dynamics of personal adjustment, London 1964.
- L e w i c k i A.: Główne problemy psychologii klinicznej, /w:/ Materiały do nauczania psychologii, seria IV: Psychologia kliniczna i psychopedagogika specjalna, t. 1, Warszawa 1963.
- L e w i c k i A.: Psychologia kliniczna, Warszawa 1969.
- L e w i n K., D e m b o T., F e s t i n g e r L., S e a r s P.S.: Level of aspiration, /w:/ Personality and the behavior disorders, J.H. H u n t (red.), New York 1944.
- L i p p L., K o l s t o e R., J a m e s W.: Denial of disability and internal control of reinforcement: A study using a perceptual defense paradigm, "Journal Consulting and Clinical Psychology", 1968, 32, 72-75.
- Ł o b o c k i M.: Metody badań pedagogicznych, Warszawa 1978.
- Ł u k a s z e w s k i W.: Osobowość: struktura i funkcje regulacyjne, Warszawa 1974.
- Ł u k a s z e w s k i W.: Struktura ja a działanie w sytuacjach zadaniowych. Empiryczne studium nad funkcjami osobowości, Wrocław 1978.
- M a k o w s k i J.: Zasady rehabilitacji paraplegików, Warszawa 1971.
- M a l e c J., N e i m e y e r R.: Psychologic prediction of duration of inpatient spinal cord injury rehabilitation and performance of self-care, "Archives of Physical Medicine and Rehabilitation", 1983, 64, 359-363.
- M a n l e y S., A r m s t r o n g M.: A transitional living experience for the severely disabled, "Rehabilita-

- tion Counseling Bulletin", 1976, 19, 551-555.
- M a s l o w A.:** Teoria hierarchii potrzeb, /w:/ Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej, J. R e y k o w s k i (red.), Warszawa 1964.
- M a t s o n R.R., B r o o k s N.A.:** Adjusting to multiple sclerosis: An exploratory study, 1977 (reprinted with permission from Social Science and Medicine, vol. II.).
- M a y e r J.D., E i s e n b e r g M.G.:** Self-concept and the spinal cord injured: An investigation using the Tennessee Self-Concept Scale, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 1982, 50, 4, 604-605.
- M c E v e r D.H.:** Pastoral care of the spinal cord injury patient, "Pastoral Psychology", 1972, 23, 47-56.
- M e s c h J.:** Content analysis of verbal communication between spinal cord injured and nondisabled male college students, "Archives of Physical Medicine and Rehabilitation", 1976, 57, 25-30.
- M i l l e r R.:** Socjalizacja-wychowanie-psychoterapia, Warszawa 1981.
- M i t c h e l l K.:** The body image barrier variable and level of adjustment to stress induced by severe physical disability, "Journal of Clinical Psychology", 1970, 26, 49-52.
- M u e l l e r A.D.:** Psychologic factors in rehabilitation of paraplegic patients, "Archives of Physical Medicine and Rehabilitation", 1962, 43, 151-159.
- M u e l l e r A.D., T h o m p s o n C.E.:** Psychological aspects of the problems in spinal cord injuries, "Occupational Therapy and Rehabilitation", 1950, 29, 86-95.
- M u r p h y L.B.:** Coping, vulnerability and resilience in childhood, /w:/ Coping and adaptation, G.V. C o e l h o, A.D. H a m b u r g, J.E. A d a m s (red.), New York 1974.
- M u r p h y G.:** Personality: A Biosocial approach to origins and structure, New York 1947.
- M u s s e n P.H., P o r t e r L.W.:** Personal motivations and self-conceptions associated with effectiveness and ineffectiveness in emergent groups, "Journal of Abnormal and Social Psychology", 1959, 59, 23-27.

- Uspołecznienie dziecka w procesie wychowania zespołowego,  
M u s z y ń s k i H. (red.), Warszawa 1964.
- N e f f W.P., W e i s s S.: Psychological aspects of  
disability, /w:/ Handbook of Clinical Psychology,  
B. W o l m a n (red.), New York 1965.
- N e w c o m b T.M.: Kultura a osobowość, /w:/ Problemy oso-  
bowości i motywacji w psychologii amerykańskiej,  
J. R e y k o w s k i (red.), Warszawa 1964.
- N i e b r z y d o w s k i L.: Kształtowanie się samooceny  
w okresie dorastania, Gdańsk 1973.
- N i e b r z y d o w s k i L.: O poznawaniu i ocenie samego  
siebie (na przykładzie młodzieży dorastającej), Warszawa  
1976.
- N i e b r z y d o w s k i L.: Struktura i mechanizm funkcjo-  
nowania samoświadomości, /w:/ Wybrane zagadnienia z psy-  
chologii wychowawczej, N o w o g r o d z k i T.  
(red.), cz. III, Gdańsk 1975.
- N u t t i n J.: Przystosowanie a motywacja u człowieka,  
"Psychologia Wychowawcza", 1966, 3, 235-241.
- N u t t i n J.: Struktura osobowości, Warszawa 1968.
- O b u c h o w s k i K.: Model i typy przystosowania psychi-  
cznego człowieka, "Zeszyty Naukowe UAM", z. V, Poznań  
1961.
- O s t r o w s k a A.: Bariery społeczne w stosunku do osób  
niepełnosprawnych, /w:/ Studia z socjologii niepełnej  
sprawności, M. S o k o ł o w s k a, A. R y c h a r d  
(red.), Wrocław 1983.
- P a l a k Z.: Obraz własnej osoby i stopień samoakceptacji  
młodzieży niewidomej kończącej szkołę podstawową, Nie pu-  
blikowana praca doktorska, UMCS, Lublin 1981.
- P a l a k Z.: Obraz własnej osoby i stopień samoakceptacji  
osób niewidomych w świetle dotychczasowych badań, /w:/  
Materiały do ćwiczeń z psychologii i pedagogiki specjal-  
nej, Z. S ę k o w s k a (red.), Lublin 1982.
- P a r s o n s T.: Struktura społeczna a osobowość, Warszawa  
1969.
- P a s z k i e w i c z E.: Ja a zachowanie, "Psychologia Wy-  
chowawcza", 1974, 2, 192-209.

- P e ł k a - S ł u g o c k a M.D., J u c z y ń s k i Z.,  
S z a f r a ń s k a M.: Pasożytnictwo społeczne czy in-  
walidztwo u młodzieży?, Łódź 1981.
- P l e w i c k a Z.: Zdolności psychospołeczne oraz funkcjo-  
nowanie jednostki w grupie, Lublin 1982.
- P o l a k o w s k i K.: Struktura osobowości jako predyktor  
przystosowania i osiągnięć w studiach, Warszawa 1979.
- P o p i e l s k i K.: Dynamika procesu przystosowania osobo-  
wości w świetle badań psychometrycznych wybranych grup,  
Nie publikowana praca doktorska, KUL, Lublin 1975.
- P o p i e l s k i K.: Problematyka przystosowania, /w:/ Wyk-  
łady z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim  
w roku akademickim 1984/85, Lublin 1986.
- P o w e r s F.F.: Rozwój społeczny, /w:/ Psychologia wycho-  
wawcza, S k i n n e r C.E. (red.), Warszawa 1971.
- P r u s i ń s k i A.: Podstawy neurologii klinicznej, War-  
szawa 1983.
- P r z e c ł a w s k i K.: Instytucje wychowawcze w wielkim  
mieście, Warszawa 1971.
- P r z e t a c z n i k o w a M.: Rozwój struktury mechaniz-  
mów regulacyjnych czynności ludzkich, "Psychologia Wycho-  
wawcza", 1971, 2.
- P r z e ź d z i a k B., M a c e l u c h J.: Postępowanie  
rehabilitacyjne w późnym okresie paraplegii, /w:/ Czło-  
wiek niepełnosprawny w społeczeństwie, H u l e k A.  
(red.), Warszawa 1986.
- R e y k o w s k i J.: Eksperymentalna psychologia emocji,  
Warszawa 1969.
- R e y k o w s k i J.: Nastawienie egocentryczne i nastawie-  
nie prospołeczne, /w:/ Osobowość a społeczne zachowanie  
się ludzi, R e y k o w s k i J. (red.), Warszawa  
1976.
- R e y k o w s k i J.: Obraz własnej osoby jako mechanizm re-  
gulujący postępowanie, "Kwartalnik Pedagogiczny", 1970,  
3, 45-58.
- R e y k o w s k i J.: Ocena i samoocena, "Wychowanie", 1966,  
8.
- R e y k o w s k i J.: Osobowość jako centralny system regu-  
lacji i integracji czynności człowieka, /w:/ Psychologia,

- T o m a s z e w s k i T. (red.), Warszawa 1979.
- R e y k o w s k i J.: Osobowość, /w:/ Psychologia jako nauka o człowieku, M a r u s z e w s k i M., R e y k o w s k i J., T o m a s z e w s k i T. (red.), Warszawa 1967.
- R e y k o w s k i J.: Postawy a osobowość, /w:/ Teorie postaw, N o w a k S. (red.), Warszawa 1973.
- R e y k o w s k i J.: Zadania pozaosobiste jako regulator czynności, /w:/ Studia nad teorią czynności ludzkich, K u r c z J., R e y k o w s k i J. (red.), Warszawa 1975.
- R o b e r t s A.H.: Spinal cord injury - some psychological considerations, "Minnesota Medicine", 1972, 55, 115-117.
- R o g e r s C.R.: A theory of therapy, personality and interpersonal relationship, as a developed in the client-centered framework, /w:/ Psychology: A study of a science, K o c h S. (red.), vol. III, New York 1959.
- Psychotherapy and personality change, R o g e r s C.R., D y m o n d R.F. (red.): "University of Chicago Press" 1954.
- R o m a n o M.: Social skills training with the newly handicapped, "Archives of Psychical Medicine and Rehabilitation", 1976, 57, 302-303.
- R o s e n G.M., R o s s A.O.: Relationship of body image to self-concept, "Journal of Consulting Clinical Psychology", 1968, 32, 100.
- R o s e n b e r g M.: Society and the adolescent self-image, New Jersey 1965.
- R o s i ń s k a Z., M a t u s e w i c z C.: Kierunki współczesnej psychologii. Ich geneza i rozwój, Warszawa 1984.
- R o t t e r J.B.: Social learning and clinical psychology, New York 1954.
- R o t t e r J.B.: Some implications of social learning theory for the prediction of goal directed behavior from testing procedures, "Psychological Review", 1960, 67, 301-316.
- S c h n e i d e r s A.: Personal development and adjustment in adolescence, Milwaukee 1960.

- S c h w ä b i s c h L., S i e m s M.: Selbstentfaltung durch meditation eine praktische anleitung, Hamburg 1976.
- S c h l u d e r m a n n S., S c h l u d e r m a n n E.: Personality correlations of adolescent self-concepts and security-insecurity, "Journal of Psychology", 1970, 74, 85-90.
- S c l o r d P.F., J o u r a r d S.M.: The appraisal of body catheteris: Body catheteris and the self, "Journal of Consulting Psychology", 1953, 17, 343-347.
- S h e e r e r E.T.: An analysis of the relationship between acceptance of an respect for self and acceptance of and respect for other in ten counseling cases, "Journal of Consulting Psychology", 1949, 13, 169-175.
- S h o n t z F.C.: Reactions to crisis, "Volta Review", 1965, 67, 5, 364-370.
- S i e k S.: Osobowość, Warszawa 1982.
- S i e k S.: Wybrane metody badania osobowości, Warszawa 1983.
- S i l l e r J.: Psychological situation of the disabled with spinal cord injuries, "Rehabilitation Literature", 1969, 30, 290-296.
- S i l v e r R.L., W o r t m a n C.B.: Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu, "Nowiny Psychologiczne", 1984, 4-5, 29-95.
- S i w e k S.: Determinanty samooceny młodzieży ze schorzeniami narządu ruchu, Nie publikowana praca doktorska, UMCS, Lublin 1980.
- Psychologia wychowawcza, S k i n n e r C.E. (red.): Warszawa 1971.
- S k o r n y Z.: Proces socjalizacji dzieci i młodzieży, Warszawa 1976.
- S o w a J.: Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii, Warszawa 1984.
- S t a c h o w s k a M.: Analiza przyczyn depresji paraplegików, /w:/ Rehabilitacja inwalidów w PRL, A. H u l e k (red.), Warszawa 1973.
- S t a n u l a T.: Zachowanie przystosowawcze młodzieży niewidomej kończącej szkołę podstawową, Nie publikowana praca doktorska, UMCS, Lublin 1981.



- S t e r n P.H., S l a t t e r y K.: Spinal cord injury rehabilitation, "New York State Journal of Medicine", 1975, 75, 1029-1034.
- S t e w a r t T.D., R e s s i e r A.B.: Psychological considerations in the adjustment to spinal cord injury. "Rehabilitation Literature", 1978, 39, 3, 75-80.
- S u i n n R.: The relationship between self-acceptance and acceptance of others: A learning theory analysis, "Journal of Abnormal and Social Psychology", 1961, 63, 1, 37-42.
- S z c z e p a ń s k i J.: Elementarne pojęcia socjologii, Warszawa 1970.
- S z e w c z y k M.: Obraz siebie w procesie samoaktualizacji, Nie publikowana praca doktorska, KUL, Lublin 1975.
- S z u l c A.: Porażenia i niedowłady w przebiegu chorób kręgosłupa i rdzenia kręgowego, /w:/ Ortopedia i rehabilitacja, W. D e g a (red.), t. II, Warszawa 1983.
- Słownik języka polskiego, S z y m c z a k M. (red.), Warszawa 1981.
- Ś w i d a H.: Osobowość jako system ustosunkowań wobec świata, /w:/ Studia Pedagogiczne, t. 30, Osobowość w społeczeństwie, 1974.
- T h o r n D.A., v o n S a l z e n C.F., F r a m e A.: Psychological aspects of the paraplegic patient, "Medical Clinics of North America", 1946, 30, 473.
- Psychologia, T o m a s z e w s k i T. (red.), Warszawa 1979.
- T o m a s z e w s k i T.: Wstęp do psychologii, Warszawa 1969.
- T r i e s c h m a n n R.B.: Spinal cord injuries - Psychological, social and vocational adjustment, New York 1980.
- T r i e s c h m a n n R.B.: The psychological, social and vocational adjustment in spinal cord injury: A strategy for future research (Final Report 13-P-59011-9-01), Washington, D.C.: Rehabilitation Services Administration, 1978.
- T r i e s c h m a n n R.B.: The role of the psychologist in the treatment of spinal cord injury, "Paraplegia", 1979, 16, 212-219.

- T u c k e r S.J.: The psychology of spinal cord injury: Patient-staff interaction, "Rehabilitation Literature", 1980, 41, 5-6, 114-122.
- T u r n e r R.H., V a n d e r l i p p e R.H.: Self-ideal congruence as an index of adjustment, "Journal of Abnormal and Social Psychology", 1958, 57, 2, 202-206.
- V i n c e n t P.J.: Treatment of patients with spinal cord injuries, "Canadian Nurse", 1975, 71, 26-30.
- W a c h s H., Z a k s M.: Studies of body image in men with spinal cord injury, "Journal of Nervous and Mental Disease", 1960, 131, 121-127.
- W e i n b e r g J.S.: Human sexuality and spinal cord injury, "Nursing Clinics of North America", 1982, 17, 3, 407-419.
- W e i s s M.: Leczenie i rehabilitacja osób z uszkodzeniami rdzenia kręgowego, /w:/ Rehabilitacja medyczna, W. D e g a, K. M i l a n o w s k a (red.), Warszawa 1983.
- W e i s s M.: Zasady postępowania w urazowych uszkodzeniach rdzenia kręgowego, Warszawa 1974.
- W e l l e r D.J., M i l l e r P.M.: Emotional reactions of patient, family, and staff in the acute-care period of spinal cord injury, "Social Work in Health Care", 1977, 2, 4, 369-377 (part I); 1977, 3, 1, 7-17 (part II).
- W i l c o x N., S t a u f f e r E.: Follow-up of 423 consecutive patients admitted to the spinal cord center, Rancho Los Amigos Hospital, 1 January to 31 December 1967, "International Journal of Paraplegia", 1972, 10, 115-122.
- W i n s t o n A., H i r s c h e n i a n g M.S., F i n e L., S t e r n F.: Patterns of psychological decompensation in patients with spinal cord syndromes, "Diseases of the Nervous System", 1969, 30, 824-832.
- W i ś n i e w s k i W.: Przystosowanie do środowiska uczelnianego, Warszawa 1969.
- W i ś n i e w s k i W.: Struktura i determinanty syndromu przystosowania się do środowiska uczelnianego, "Dydaktyka Szkoły Wyższej", 1971, 4(16).
- W i t t k o w e r E.D., G i n g r a s G., M e r g l e v L., W i g d o v B., L e p i n e A.: A combined psychosocial study of spinal cord lesions, "Canadian Me-

- dical Association Journal", 1954, 71, 109-115.
- W o l i ń s k a J.M., D r w a l R.Ł.: Test przymiotnikowy ACL H.G. Gougha i A.B. Heilbruna w badaniach samooceny i percepcji społecznej, /w:/ Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej - wybrane zagadnienia, R.Ł. D r w a l (red.), Lublin 1989.
- W o r r e l l K.: Level of aspiration and academic succes, "The Journal of Educational Psychology", 1959, 50, 2, 47-54.
- W r i g h t B.A.: Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa, Warszawa 1965.
- W y l i e R.C.: Some relationship between defensiveness and self-concept discrepancies, "Journal of Personality", 1957, 25(5), 600-601.
- W y l i e R.C.: The self-concept: A critical survey of research literature, University of Nebraska 1961.
- Z a b o r o w s k i Z.: Podstawy wychowania zespołowego, Warszawa 1967.
- Z a b o r o w s k i Z.: Samoocena dziecka, "Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze", 1965, 4, 5-8.
- Socialization and personality development, Z i g l e r E.F., C h i l d J.L. (red.), California 1973.
- Z n a n i e c k i F.: Socjologia wychowania, Warszawa 1973.

### Biblioteka

UMCS

Lublin

## ANEKS

Standaryzacja wyników Inwentarza Psychologicznego (CPI)  
oraz ich rozkład w badanych grupach "A" - podstawowej  
i "B" - porównawczej

Skala Do (Do)

Wyniki	Rozkład wyników				
surowe dla grupy po- równawczej	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
33-	10	1	0,6	2	2,7
30-32	9	11	7,5	6	8,2
27-29	8	9	6,2	5	6,8
25-26	7	13	8,9	11	15,0
22-24	6	37	25,5	19	26,0
21	5	2	1,3	8	10,9
18-20	4	30	20,6	14	19,1
15-17	3	26	17,9	4	5,4
13-14	2	12	8,2	3	4,1
-12	1	4	2,7	1	1,3

Skala Am (Cs)

Wyniki	Rozkład wyników				
	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
22-	10	3	2,0	2	2,7
21	9	1	0,6	3	4,1
17-20	8	24	16,5	11	15,0
16	7	15	10,3	8	10,9
14-15	6	13	8,9	13	17,8
11-13	5	39	26,8	15	20,5
10	4	13	8,9	10	13,6
8-9	3	26	17,9	8	10,9
5-7	2	9	6,2	3	4,1
-4	1	2	1,3	-	-

Skala To (Sy)

Wyniki	Rozkład wyników				
	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
27-	10	4	2,7	4	5,4
26	9	4	2,7	2	2,7
24-25	8	10	6,8	6	8,2
22-23	7	20	13,7	11	15,0
19-21	6	30	20,6	15	20,5
17-18	5	26	17,9	14	19,1
15-16	4	23	15,8	12	16,4
13-14	3	14	9,6	5	6,8
11-12	2	7	4,8	3	4,1
-10	1	7	4,8	1	1,3

Skala St (Sp)

Wyniki		Rozkład wyników			
surowe dla grupy porównawczej	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
41-	10	3	2,0	2	2,7
36-40	9	5	3,4	5	6,8
34-35	8	11	7,5	5	6,8
30-33	7	24	16,5	12	16,4
27-29	6	29	20,0	14	19,1
24-26	5	36	24,8	18	24,6
22-23	4	13	8,9	7	9,5
20-21	3	8	5,5	6	8,2
19	2	6	4,1	3	4,1
-18	1	10	6,8	1	1,3

Skala Pw (Sa)

Wyniki		Rozkład wyników			
surowe dla grupy porównawczej	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 75)	
		f	%	f	%
26-	10	1	0,6	2	2,7
24-25	9	2	1,3	3	4,1
21-23	8	11	7,5	14	19,1
20	7	10	6,8	9	12,3
18-19	6	41	28,7	10	13,6
16-17	5	28	19,3	16	21,9
14-15	4	23	15,8	12	16,4
12-13	3	19	13,1	4	5,4
11	2	6	4,1	3	4,1
-10	1	4	2,7	-	-

Skala Ds (Wb)

Wyniki	Rozkład wyników					
	surowe dla grupy porównawczej	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
			f	%	f	%
40-	10	2	1,3	2	2,7	
38-39	9	7	4,8	3	4,1	
35-37	8	16	11,0	11	15,0	
33-34	7	16	11,0	8	10,9	
29-32	6	37	25,5	22	30,1	
27-28	5	14	9,6	7	9,5	
23-26	4	27	18,6	10	13,6	
21-22	3	11	7,5	6	8,2	
19-20	2	7	4,8	3	4,1	
-18	1	8	5,5	1	1,3	

Skala Od (Re)

Wyniki	Rozkład wyników					
	surowe dla grupy porównawczej	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
			j	%	f	%
31-	10	4	2,7	2	2,7	
30	9	3	2,0	4	5,4	
28-29	8	8	5,5	12	16,4	
26-27	7	14	9,6	5	6,8	
24-25	6	20	13,7	20	27,3	
22-23	5	37	25,5	13	17,8	
19-21	4	30	20,6	10	13,6	
18	3	10	6,8	4	5,4	
17	2	3	2,0	2	2,7	
-16	1	16	11,0	1	1,3	

Skala Us (So)

Wyniki	Rozkład wyników					
	surowe dla grupy porównawczej	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
			f	%	f	%
44-	10	1	0,6	2	2,7	
42-43	9	3	2,0	3	4,1	
40-41	8	5	3,4	9	12,3	
37-39	7	10	6,8	10	13,6	
33-36	6	20	13,7	16	21,9	
30-32	5	20	13,7	13	17,8	
27-29	4	26	17,9	9	12,3	
24-26	3	27	18,6	7	9,5	
21-23	2	17	11,7	3	4,2	
-20	1	16	11,0	1	1,3	

Skala Op (Sc)

Wyniki	Rozkład wyników					
	surowe dla grupy porównawczej	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
			f	%	f	%
38-	10	6	4,1	2	2,7	
36-37	9	12	8,2	5	6,8	
34-35	8	7	4,8	6	8,2	
30-33	7	22	15,1	12	16,4	
27-29	6	19	13,1	15	20,5	
24-26	5	19	13,1	11	15,0	
19-23	4	25	17,2	12	16,4	
12-18	3	29	20,0	6	8,2	
10-11	2	4	2,7	3	4,1	
-9	1	2	1,3	1	1,3	



Skala T1 (To)

Wyniki	Rozkład wyników				
	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
25-	10	-	-	2	2,7
23-24	9	8	5,5	4	5,4
21-22	8	10	6,8	10	13,6
18-20	7	16	11,0	8	10,9
14-17	6	31	21,3	20	27,3
12-13	5	20	13,7	10	13,6
9-11	4	32	22,0	12	16,4
8	3	8	5,5	4	5,4
7	2	8	5,5	2	2,7
-6	1	12	8,2	1	1,3

Skala Po (Gi)

Wyniki	Rozkład wyników				
	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
23-	10	11	7,5	2	2,7
21-22	9	12	8,2	4	5,4
19-20	8	12	8,2	7	9,5
15-18	7	41	28,2	16	21,9
13-14	6	21	14,4	13	17,8
11-12	5	13	8,9	12	16,4
9-10	4	17	11,7	9	12,3
7-8	3	9	6,2	7	9,5
5-6	2	9	6,2	9	12,3
-4	1	1	0,6	-	-

Skala Ty (Om)

Wyniki surowe dla grupy po- równawczej	Rozkład wyników				
	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
29-	10	-	-	1	1,3
28	9	1	0,6	1	1,3
26-27	8	10	6,8	5	6,8
25	7	15	10,3	17	23,2
23-24	6	31	21,3	22	30,1
22	5	20	13,7	8	10,9
20-21	4	35	24,1	10	13,6
19	3	13	8,9	7	9,5
17-18	2	11	7,5	2	2,7
-16	1	9	6,2	-	-

Skala Pk (Ac)

Wyniki surowe dla grupy po- równawczej	Rozkład wyników				
	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
29-	10	2	1,3	2	2,7
27-28	9	3	2,0	3	4,1
25-26	8	11	7,5	7	9,5
23-24	7	18	12,4	12	16,4
21-22	6	28	19,3	18	24,6
19-20	5	19	13,1	13	17,8
17-18	4	15	10,3	10	13,6
14-16	3	25	17,2	5	6,8
11-13	2	17	11,7	3	4,1
-10	1	7	7,5	-	-

Skala Pn (Ai)

Wyniki	Rozkład wyników				
	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
23-	10	1	0,6	3	4,1
22	9	2	1,3	3	4,1
20-21	8	11	7,5	9	12,3
19	7	4	2,7	8	10,9
16-18	6	22	15,1	14	19,1
13-15	5	48	33,1	14	19,1
11-12	4	17	11,7	12	16,4
10	3	9	6,2	5	6,8
8-9	2	19	13,1	4	5,4
-7	1	12	8,2	-	-

Skala Wu (Ie)

Wyniki	Rozkład wyników				
	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
40-	10	2	1,3	3	4,1
39	9	-	-	2	2,7
36-38	8	6	4,1	9	12,3
33-35	7	17	11,7	14	19,1
30-32	6	19	13,1	12	16,4
27-29	5	30	20,6	11	15,0
24-26	4	17	11,7	12	16,4
21-23	3	31	21,3	6	8,2
19-20	2	12	8,2	3	4,1
-18	1	11	7,5	1	1,3

Skala Wp (Py)

Wyniki	Rozkład wyników				
	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
14-	10	9	6,2	4	5,4
13	9	5	3,4	4	5,4
12	8	7	4,8	5	6,8
10-11	7	29	20,0	18	24,6
9	6	13	8,9	6	8,2
7-8	5	37	25,5	13	17,8
5-6	4	34	23,4	17	23,2
4	3	7	4,8	5	6,8
3	2	3	2,0	-	-
-2	1	1	0,6	1	1,3

Skala Rz (Fx)

Wyniki	Rozkład wyników				
	skala stenowa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
15-	10	4	2,7	2	2,7
13-14	9	8	5,5	6	8,2
12	8	10	6,8	4	5,4
9-11	7	29	20,0	16	21,9
7-8	6	32	22,0	11	15,0
5-6	5	29	20,0	17	23,2
4	4	15	10,3	9	12,3
3	3	8	5,5	5	6,8
2	2	4	2,7	3	4,1
-1	1	6	4,1	-	-

Skala Kb (Fe)

Wyniki	Rozkład wyników				
	skala steno- wa	"A" (N = 145)		"B" (N = 73)	
		f	%	f	%
29-	10	2	1,3	2	2,7
28	9	3	2,0	3	4,1
26-27	8	8	5,5	8	10,9
25	7	4	2,7	10	13,6
21-24	6	41	28,2	23	31,5
20	5	16	11,0	6	8,2
17-19	4	41	28,2	13	17,8
14-16	3	23	15,8	6	8,2
13	2	2	1,3	1	1,3
-12	1	5	3,4	1	1,3

Powielono: Naczelna Organizacja Techniczna  
Lublin ul. M. C. Skłodowskiej 3  
zam. 283/91 - 200 egz.



Biblioteka Uniwersytetu  
MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ  
w Lublinie

474139



1988 83—227—0432—1

1000026368

