

Rozwojowe aspekty doświadczania zagrażających wydarzeń życiowych

ALICJA SENEJKO

Instytut Psychologii
Uniwersytet Wrocławski
Wrocław

STRESZCZENIE

W artykule omówiono wyniki dwóch badań przeprowadzonych za pomocą tej samej, autorskiej techniki: kwestionariusza PSPDQ1, diagnozującego zagrożenia i obrony u dorosłych. Metoda ta jest ściśle powiązana z funkcjonalno-czynnościowym ujęciem obrony psychologicznej, stąd przedstawiono również podstawowe założenia tego ujęcia.

W obu omawianych badaniach zagrożeniem była nieuleczalna choroba. W badaniu pierwszym osobami badanymi było 35 narkomanów zarażonych wirusem HIV, zaś w badaniu drugim – 30 matek dzieci niepełnosprawnych.

Wyniki badań pokazują, że istnieje dynamika w zakresie manifestowania obron w momencie zetknięcia się z zagrożeniem i po kilku latach oswojania się z nim. Cechą charakterystyczną obserwowanej w tym zakresie zmiany jest stosowanie większej liczby obron konstruktywnych niż niekonstruktywnych oraz zmniejszenie się liczby obron niekonstruktywnych po kilku latach życia z zagrożeniem w postaci nieuleczalnej choroby.

WPROWADZENIE. FUNKCJONALNO- -CZYNNOŚCIOWE UJĘCIE OBRONY PSYCHOLOGICZNEJ

Jeżeli zdefiniujemy obronę psychologiczną (funkcję obronną) jako system reakcji na zagrożenie, zaś zagrożenie określimy jako zakłócenie (utrudnienie lub uniemożliwienie) realizacji najważniejszych dla podmiotu stan-

dardów regulacji, to wynika z tego, że obrona psychologiczna uczestniczy w procesie regulacji zachowania (Senejko, 1997, 2001, 2002, 2003a). Obrona psychologiczna aktywowana jest w nadzwyczajnych okolicznościach przebiegu procesu regulacji, tj. wtedy, gdy istnieje potencjalne lub rzeczywiste zakłócenie przebiegu najważniejszych standardów regulacji, a jej szczegółowe funkcje realizowane są przez konkretne obrony (czynności i strategie obronne), a więc wiążą się z przewyższaniem zagrożenia, czyli z przywracaniem możliwości realizacji najważniejszych celów motywujących podmiot, albo z minimalizowaniem negatywnych skutków braku realizacji celów.

Takie zdefiniowanie obrony psychologicznej ściśle łączy się z rozumieniem rozwoju, w którym akcentuje się przekształcenia i stopniowe doskonalenie procesów regulacji jako najważniejszych jego wyznaczników. Jeżeli uściślimy, na czym polega przekształcanie i doskonalenie procesu regulacji zachowania, to śladem niektórych autorów (por.: Labouvie-Vief, 2000; Pascual-Leone, 1983; Baltes, 1997) możemy stwierdzić, że przekształcenia w obszarze procesu regulacji dotyczą coraz doskonalszego radzenia sobie zarówno z wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi sprzecznościami i problemami. Jeżeli te sprzeczności i problemy będą ściśle powiązane z najważniejszymi standardami regulacji, wtedy proces radzenia sobie z nimi będzie, w myśl omawianego ujęcia, aktywowaniem obrony psychologicznej.

W efekcie coraz doskonalszego radzenia sobie, aktywność jednostki wyrażać będzie coraz silniej jej autonomiczne dążenia, cele i warto-

ści, z uwzględnieniem uświadamianych sobie możliwości i ograniczeń, tkwiących zarówno w sytuacji, jak i w jednostce. Można więc przypuszczać, że im bardziej autonomiczna jednostka, tym bardziej świadoma siebie samej i tym bardziej świadomie, plastycznie i konstruktywnie stosująca różnorodne czynności obronne w sytuacji zagrożenia najważniejszych dla niej standardów regulacji.

Jeszcze wyraźniej można dostrzec zależności między rozwojem psychicznym i osobowości a obroną psychiczną, jeżeli – jak czynią to niektórzy autorzy – powiążemy najważniejsze standardy regulacji podmiotu ze specyficznymi zadaniami rozwojowymi podejmowanymi przez człowieka na każdym etapie jego życia (zob. np.: Erikson, 1985/2002; Newman, Newman, 1998; Havighurst, 1948/1981). Zadania rozwojowe można bowiem potraktować nie tylko jako obiektywne wzorce rozwoju wynikające z jego „logiki”, niejako zewnętrzne wobec jednostki, lecz jako aktywnie przez nią przyjmowane poprzez nadawanie im sensu podmiotowego. W takim przypadku stanowią one swoiste standardy regulacji, czyli czynniki motywacyjne, ukierunkowujące i nadające istotny sens czynnościom podmiotu.

Współwystępowanie obron konstruktywnych i niekonstruktywnych

Oczywiście, spośród wszystkich reakcji na zagrożenie jedne bardziej, inne mniej, a jeszcze inne wcale nie wnoszą wkładu w przekształcenie i doskonalenie procesów regulacji, a co za tym idzie – w rozwój. Dlatego też w ujęciu funkcjonalno-czynnościowym obrony wnoszące w swoich bezpośrednich rezultatach wkład w rozwój nazywa się konstruktywnymi, zaś niewnoszące takiego wkładu – niekonstruktywnymi. Z takiej perspektywy mniej istotne są pozostałe kryteria, np. czy procesy takie przebiegają w ten sposób, że wejście w relacje społeczne jest konieczne (tzw. obrony psychospołeczne), czy też nie ma takiej konieczności (tzw. obrony psychiczne).

Z punktu widzenia ujęcia funkcjonalno-czynnościowego możemy mówić zarówno o poszczególnych czynnościach i strategiach obronnych, jak i o ich wkładzie w rozwój, czyli

o konstruktywnym lub niekonstruktywnym wymiarze obron. Można również rozważać rozwojowy bądź nierozwojowy wymiar obrony psychologicznej jako całościowej reakcji na zagrożenie, składającej się z wielu zarówno konstruktywnych, jak i niekonstruktywnych czynności obronnych, czyli określać styl obrony psychologicznej. Zakłada się tutaj bowiem, że zarówno bogactwo czynności obronnych (ilościowy wymiar), jak i ich różnorodność, zabezpieczają prawidłową realizację funkcji obronnej i jej wkład w rozwój.

Percepcja zagrożenia

Przeprowadzona analiza istoty funkcji obronnej pozwala twierdzić, że prawdopodobnie istnieją dwa sposoby szacowania, czy określona sytuacja jest, czy też nie jest czymś zagrażającym, a więc wymagającym włączenia funkcji obronnej. Jest to ocena obiektywna, przeprowadzona na podstawie diagnozy najważniejszych standardów regulacji badanego (w tym: zadań rozwojowych) i analizy sytuacji, w której ich realizacja jest – przynajmniej potencjalnie – zakłócona, bądź też ocena subiektywna, poprzez odwoływanie się do samooszacowań dokonanych przez osobę badaną. W drugim przypadku powstaje pytanie o percepcję zagrożenia, tj. o to, na jakiej podstawie podmiot wnioskuje o istnieniu zagrożenia, na podstawie jakich wskaźników jest ono identyfikowane?

Funkcjonalno-czynnościowe ujęcie wyróżnia 3 źródła wiedzy o zagrożeniu:

- 1 – poczucie, że ma się poważne kłopoty z czymś, co jest dla nas ważne;
- 2 – silny lęk, niepokój;
- 3 – sugestia autorytetu informującego, że coś (ktoś) stanowi dla nas zagrożenie.

Z percepcją zagrożenia wiąże się kolejny problem – ustosunkowanie wobec zagrożenia oparte na szacowaniu własnych możliwości poradzenia sobie z nim. W myśl funkcjonalno-czynnościowego ujęcia podmiot może traktować zagrożenie wielorako: jako utrudnienie, w przeświadczeniu, że poradzi sobie z nim (1); jako uniemożliwienie, gdy jest przekonany, że sprostanie zagrożeniu jest ponad jego możliwości (2); dynamicznie, tj. początkowo może oceniać, że zagrożenie jest ponad jego

możliwości, ale w trakcie jego trwania może nabierać przekonania, że jednak jest w stanie sobie z nim poradzić (uniemożliwienie/utrudnienie) (3), lub odwrotnie: początkowo ocenia zagrożenie jako jedynie utrudnienie realizacji najważniejszych dla niego standardów, a w trakcie trwania zagrożenia jako sytuację niemożliwą do przezwyciężenia (utrudnienie/uniemożliwienie) (4).

Badania pilotażowe, polegające na opisie przez badanych jednej, dokładnie przez nich zapamiętanej sytuacji zagrożenia oraz wszystkich własnych reakcji na owo zagrożenie, pozwoliły na wyodrębnienie 9 kategorii sytuacji zagrożenia doświadczanych przez adolescentów

i dorosłych. Są to: problemy szkolne lub zawodowe, problemy rodzinne, problemy z sympatią, problemy towarzyskie, incydenty społeczne, problemy egzystencjalne, choroby i śmierć, wypadki i kataklizmy, problemy materialne (opis zagrożeń zob. Senejko, 2003a).

Rodzaje obron psychologicznych

W ramach funkcjonalno-czynnościowego ujęcia obrony psychologicznej wyróżnia się – głównie odwołując się do wymienionych kryteriów teoretycznych, ale także na podstawie analizy empirycznej kilkuset reakcji na zagrożenia opisywanych przez badanych – 18 obron szczegółowych, zgrupowanych w kilka kategorii ogólnych.

Tabela 1. Klasyfikacja obron

	Obrony psychiczne	Obrony psychospołeczne
Obrony niekonstrukttywne	<p>Emocjonalno-fizjologiczne odreagowanie: symptomy emocjonalno-fizjologiczne zachwiania równowagi psychicznej wskutek zagrożenia</p> <p>Wyparcie: motywowane zapomnianie, odsuwanie myśli o zagrożeniu</p> <p>Uwrażliwienie: nadmierna koncentracja na zagrożeniu, brak dystansu</p> <p>Poznawcze reinterpretacje: poznawcze przepracowanie zagrożenia, ażeby w subiektywnym odczuciu było mniej zagrażające, niż jest w istocie</p> <p>Psychiczna demobilizacja: osłabianie siebie i demotywowanie w obliczu zagrożenia, z wykorzystaniem sfer: poznawczo-aksjologicznej i emocjonalno-motywacyjnej</p> <p>Poczucie krzywdy: odczuwanie żalu i pretensji do kogoś, wynikających z przekonania, że ten ktoś zachował się niewłaściwie</p> <p>Poczucie winy: kierowanie do siebie żalu i pretensji, wynikających z przekonania, że sam podmiot niewłaściwie zachował się wobec kogoś lub czegoś</p>	<p>Intensywne życie chwilą: pochłonięcie przez wykonywaną czynność, motywowane zapomnianie realizowane z wykorzystaniem obiektów i relacji społecznych</p> <p>Zastępcze formy aktywności: przymusowa zmiana celów działania na zastępcze, nieakceptowane</p> <p>Dewaluacyjne formy aktywności: deprecjacja kogoś, siebie, relacji z innymi, w celu przygotowania się do porażki</p> <p>Pasywne lub unikowe czynności: unikanie konfrontacji z zagrożeniem, manifestowanie bezradności i liczenie na pomoc</p>
Obrony konstrukttywne	<p>Umysłowe opanowanie zagrożenia: analiza zagrożenia i opracowanie ewentualnych strategii działań obronnych</p> <p>Psychiczna mobilizacja: wzmacnianie wiary w siebie w obliczu zagrożenia oraz motywowanie do jego przezwyciężenia z wykorzystaniem sfer: poznawczo-aksjologicznej i emocjonalno-motywacyjnej</p> <p>Samokontrola i relaksacja: opanowanie emocji poprzez tonizujące czynności i samokontrolę</p>	<p>Czynności zaradczo-eksploracyjne: traktowanie zagrożenia jako problemu do rozwiązania z pomocą interakcji społecznych</p> <p>Identyfikacja z autorytetem: naśladowanie kogoś, zaangażowane pełnienie ról grupowych w celu przezwyciężenia zagrożenia</p> <p>Afirmacyjne kontakty interpersonalne: podkreślanie zalet własnych lub cudzych w celu przezwyciężenia zagrożenia</p> <p>Intensyfikacja rutynowych czynności: wykorzystanie rutynowych czynności do uzyskania dystansu wobec zagrożenia</p>

PROCEDURA BADAŃ

Pytania badawcze

Celem weryfikacji powyższych stwierdzeń przeprowadzono dwa badania. W obu zagrożenie miało charakter obiektywny i była nim nieuleczalna choroba – własna lub dziecka osoby badanej. Reakcje na zagrożenie, czyli obrony, były diagnozowane w oparciu o ocenę dokonaną przez osobę badaną, a więc dzięki samoszacowaniu. Badani byli proszeni o retrospektywną ocenę swojej sytuacji oraz reakcji na nią, gdy otrzymali pierwszy raz informację o nieuleczalnej chorobie, oraz o ocenę sytuacji aktualnej i stosowanych sposobów radzenia sobie z nią po kilku latach zmagania się z chorobą.

W artykule omówiono wyłącznie wyniki badań odnoszące się do następujących pytań badawczych:

1. Jakie podobieństwa i różnice istnieją pomiędzy obronami aktywowanymi przez badanych z obu diagnozowanych grup w momencie uzyskania informacji o nieuleczalnej chorobie i obecnie, po kilku latach osvajania się z nią?

2. W jaki sposób badani ustosunkowali się do zagrożenia o charakterze nieuleczalnej choroby, czyli czy obserwujemy różnicę w ustosunkowaniu do zagrożenia w zależności od tego, czy jest to zagrożenie życia własnego (chorzy zarażeni HIV), czy też gdy zagrożenie dotyczy życia dziecka (matki chorych dzieci)?

Osoby badane

W badaniach uczestniczyło łącznie 65 osób. W pierwszym osobami badanymi było 35 narkomanów (średnia wieku 38 lat; 10 kobiet i 25 mężczyzn) zarażonych wirusem HIV; 54% badanych to osoby stanu wolnego, 34% żyło w zalegalizowanym związku, a 12% było po rozwodzie.

W badaniu drugim uczestniczyło z kolei 30 matek dzieci niepełnosprawnych (z nieprawidłowym rozwojem psychoruchowym i nieprawidłowościami w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego). Średnia wieku matek wyniosła 33 lata; 28 badanych kobiet to mężatki, 2 – rozwódki.

Metody badawcze

W badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz PSPDQ1, diagnozujący rodzaje zagrożeń, ustosunkowanie wobec zagrożenia i zestaw obron; PSPDQ1 jest modyfikacją kwestionariusza PSPDQ dla młodzieży (Senejko, 2003b).

Kwestionariusz składa się z 11 pytań z możliwością wyboru jednej, kilku lub dowolnej liczby skategoryzowanych odpowiedzi, oraz z dwóch list stwierdzeń. Pierwsza zawiera 36 stwierdzeń opisujących 9 wymienionych wyżej kategorii zagrożeń (przykładowe pozycje odnoszące się do wybranych kategorii zagrożeń: „problemy z odnalezieniem wiary w Boga lub utratą wiary”; „lęk przed nową szkołą lub pracą, że nie sprosta się obowiązkom szkolnym lub zawodowym”; „poważne konflikty z sympatią na tle zazdrości, zdrady, braku szacunku, nieuczciwości”). Lista druga zawiera 52 stwierdzenia opisujące 18 wyżej wymienionych kategorii obron (przykładowe pozycje odnoszące się do wybranych kategorii obron: „starałem się nie myśleć o zagrożeniu, odsuwać od siebie myśli o nim”; „wrażałem złość, niechęć w stosunku do innych”; „tłumaczyłem sobie, że to co przeżyłem, nie było aż takie straszne, jak było w rzeczywistości”; „wymyślałem możliwe plany rozwiązania zagrażającej mi sytuacji”).

PSPDQ1 składa się z trzech części. Pierwsza dostarcza informacji odnoszących się do doświadczenia zagrożenia, opartych na ocenach dokonywanych przez badanego (odpowiedzi na pytania I, II, III, V).

Druga część kwestionariusza zawiera pytania VI, VII, VIII i IX, dotyczące konkretnego, wskazanego przez badanego zagrożenia (w obu omawianych tu badaniach była nim choroba własna lub dziecka), oraz reakcji na owo zagrożenie, czyli obron. Badani dwa razy odpowiadali na pytania dotyczące reakcji na zagrożenie o charakterze choroby, przy czym w pytaniu VI proszono badanych o wybranie i wypisanie z listy reakcji na zagrożenie tych z nich, które aktywowali w momencie dowiedzenia się o nieuleczalnej chorobie, zaś w pytaniu IX – o wypisanie z tej samej listy tych reakcji, które obecnie manifestują w związku z zagrożeniem, jakim jest nieuleczalna choroba. W artykule omówiono jedynie wyniki otrzymane dzięki analizie danych zawartych w tej

części PSPDQ1.

Trzecia część obejmuje pytania IV, X i XI, dotyczące zagrożeń najbardziej typowych dla badanego (tj. najczęściej doświadczanych, od kąd jest dorosły) oraz typowych (tj. najczęściej przejawianych) obron (zob. Senejko, 2003b).

Badani wypełniali również ankietę zawierającą 42 pytania odnoszące się do danych personalnych, przebiegu choroby, sytuacji rodzinnej badanego, systemu wsparcia społecznego oraz doświadczanych „bólczek” dnia codziennego, związanych z chorobą.

WYNIKI BADAŃ

Wyniki badań przedstawiono zgodnie z kolejnością wymienionych wyżej pytań badawczych.

Zmiany w ustosunkowaniu wobec zagrożenia w postaci choroby własnej lub dziecka

W myśl funkcjonalno-czynnościowego ujęcia podmiot może traktować zagrożenie jako utrudnienie lub uniemożliwienie. To ustosunkowanie może się również dynamicznie zmieniać: najpierw podmiot spostrzega chorobę jako uniemożliwienie, a następnie jako utrudnienie (uniemożliwienie/utrudnienie), lub odwrotnie – choroba jest dla osoby najpierw utrudnieniem, a z czasem jest odbierana jako uniemożliwienie (utrudnienie/uniemożliwienie).

Najwięcej osób badanych z obu grup oceniało zagrożenie o charakterze nieuleczalnej choroby dynamicznie, traktując je początkowo jako uniemożliwienie, w przekonaniu, że jest ono poza możliwościami poradzenia sobie z nim, zaś w trakcie zagrożenia stopniowo

ocena ulegała zmianie na utrudnienie, tj. szacowano zagrożenie jako możliwe do poradzenia sobie z nim. Mniej osób badanych szacowało zagrożenie już w momencie jego zaistnienia wyłącznie jako utrudnienie, zaś wyłącznie jako uniemożliwienie traktowali zagrożenie nieuleczalną chorobą jedynie chorzy zarażeni HIV – a nie myślała tak o chorobie dziecka ani jedna matka.

Co istotne, mimo że badani z obu grup wykazywali podobny kierunek zmian w szacowaniu zagrożenia, istotnie więcej matek szacowało zagrożenie dynamicznie, jako uniemożliwienie/utrudnienie, w porównaniu z grupą chorych z wirusem HIV (patrz tabela 2).

Podobieństwa i różnice między obronami aktywowanymi w momencie uzyskania informacji o nieuleczalnej chorobie i po pewnym okresie

Pytanie o dynamikę zmian w zakresie obron aktywowanych w momencie uzyskania informacji o nieuleczalnej chorobie i obron, które osoba stosuje kilka lat później, wiąże się ściśle z zagadnieniem wzajemnych powiązań pomiędzy rozwojem osobowości i obroną psychologiczną.

Charakteryzując grupę badanych z wirusem HIV, można stwierdzić, że prawie wszyscy zmienili swój stosunek do choroby po kilku latach zmagania się z nią. Wprawdzie liczba osób stosujących niekonstruktywne obrony nie zmniejszyła się istotnie, jednak znacząco zmniejszyła się liczba osób z tej grupy stosujących po latach życia ze świadomością zarażenia takie obrony niekonstruktywne psychiczne, jak: psychiczna demobilizacja, poczucie winy, poczucie krzywdy. W sytuacji osławiania się

Tabela 2. Zmiany w spostrzeganiu zagrożenia. Różnice między badanymi grupami w rodzaju ustosunkowania się wobec zagrożenia (test różnic między dwoma wskaźnikami struktury)

Ustosunkowanie do zagrożenia	Matki dzieci chorych (%)	Chorzy z HIV (%)	p
Uniemożliwienie/utrudnienie	73	48	0,04*
Utrudnienie	20	31	0,31
Utrudnienie/uniemożliwienie	6	8	0,75
Uniemożliwienie	0	11	0,06

* różnica istotna (dotyczy wszystkich tabel)

z chorobą również istotnie zmniejszyła się liczba osób z wirusem HIV stosujących niektóre niekonstruktywne obrony psychospołeczne np. pasywne/unikowe czynności i intensywne życie chwilą. Z obron niekonstruktywnych w porównaniu z sytuacją sprzed lat istotnie więcej osób z badanej grupy stosowało poznawcze reinterpretacje oraz zastępcze formy aktywności (patrz tabela 3).

Najbardziej dynamiczne zmiany nastąpiły w grupie osób zarażonych HIV w odniesieniu do obron konstruktywnych. I tak, bardzo istotnie wzrosła liczba osób stosujących obrony konstruktywne, zarówno psychiczne, jak i psychospołeczne. Aktualnie istotnie więcej chorych z tej grupy stosuje takie obrony szczegółowe psychiczne, jak: psychiczna mobilizacja i umysłowe opanowanie zagrożenia, oraz czynności zaradczo-eksploracyjne, czyli obronę psychospołeczną konstruktywną.

Z kolei w grupie matek dzieci nieuleczalnie chorych zmiany w stosowanych obronach w okresie od dowiedzenia się o chorobie dziecka do chwili badania prezentują się odmiennie niż u osób zarażonych wirusem HIV. Nie uległa

zmianie liczba matek stosujących obrony konstruktywne i jest ona nadal bardzo wysoka. Zwiększyła się nawet liczba osób stosujących psychiczną mobilizację (obronę szczegółową z grupy psychicznych konstruktywnych). Zmniejszyła się natomiast istotnie liczba osób stosujących obrony niekonstruktywne, zwłaszcza obrony psychiczne niekonstruktywne (np. wyparcie). W grupie matek chorych dzieci odnotowujemy zmiany, których nie obserwowaliśmy w grupie chorych z wirusem HIV, a mianowicie: zmniejszenie udziału obron psychospołecznych, w tym konstruktywnych reakcji psychospołecznych (np. czynności zaradczo-eksploracyjnych).

DYSKUSJA WYNIKÓW

Przedstawione wyniki badań zasługują na uwagę z kilku powodów. Po pierwsze, rozwojowy wymiar obrony psychologicznej wyrażać się może w zmianie ustosunkowania wobec zagrożenia. W obu grupach badanych dominowało podejście dynamiczne, tj. najpierw choroba traktowana była jako niemożliwa do

Tabela 3. Różnice pomiędzy obronami aktywowanymi w momencie uzyskania informacji o nieuleczalnej chorobie i po kilku latach w grupie zarażonych wirusem HIV (test różnic między dwoma wskaźnikami)

Kategorie obron	Obrony stosowane w chwili uzyskania informacji o chorobie (%)	Obrony stosowane po kilku latach (%)	p
Obrony niekonstruktywne	94	83	0,15
Obrony konstruktywne	31	80	0,000*
Psychiczne niekonstruktywne	83	83	1,0
Psychiczne konstruktywne	6	66	0,000*
Psychospołeczne niekonstruktywne	40	20	0,07
Psychospołeczne konstruktywne	17	66	0,000*
Poczucie krzywdy	23	6	0,04*
Poczucie winy	11	0	0,04*
Pasywne/unikowe czynności	31	0	0,000*
Intensywne życie chwilą	23	6	0,04*
Psychiczna mobilizacja	11	37	0,01*
Umysłowe opanowanie zagrożenia	9	57	0,000*
Zaradczo-eksploracyjne czynności	17	46	0,01*
Zastępcze formy aktywności	0	11	0,04*
Psychiczna demobilizacja	69	11	0,000*
Wyparcie	66	60	0,60
Poznawcze reinterpretacje	9	40	0,003*

Tabela 4. Różnice pomiędzy obronami aktywowanymi w momencie uzyskania informacji o nieuleczalnej chorobie i po kilku latach w grupie badanych matek chorych dzieci (test różnic między dwoma wskaźnikami struktury)

Kategorie obron	Obrony w momencie poinformowania o chorobie (%)	Obrony stosowane po kilku latach (%)	p
Obrony niekonstruktywne	87	57	0,01*
Obrony konstruktywne	97	97	1,00
Obrony psychiczne	97	97	1,00
Obrony psychospołeczne	77	43	0,009*
Psychiczne niekonstruktywne	77	47	0,019*
Psychiczne konstruktywne	97	100	0,34
Psychospołeczne niekonstruktywne	33	17	0,15
Psychospołeczne konstruktywne	83	40	0,008*
Psychiczna mobilizacja	60	87	0,02*
Umysłowe opanowanie zagrożenia	90	87	0,71
Zaradczo-eksploracyjne czynności	67	20	0,0005*
Dewaluacyjne kontakty interpersonalne	23	10	0,18
Wyparcie	27	7	0,04*
Uwrażliwienie	40	23	0,16

przewyciężenia, zaś w trakcie jej trwania do głosu dochodziła nadzieja, że jednak można sobie z nią poradzić.

Po drugie, otrzymane wyniki badań sygnalizują, że na obronę psychologiczną składają się zarówno konstruktywne, jak i niekonstruktywne obrony, co potwierdza tym samym założenia funkcjonalno-czynnościowego ujęcia. Ujawniają także, iż w momencie „zеткиnięcia się z zagrożeniem”, jakim jest choroba własna lub własnego dziecka, nie muszą przeważać obrony niekonstruktywne (choć dzieje się tak w przypadku chorych z wirusem HIV), natomiast mogą być wyeksponowane obrony konstruktywne (dotyczy to matek chorych dzieci). Ujawnione różnice można wiązać głównie z różnicami w zakresie subiektywnego odbioru zagrożenia, jakim jest nieuleczalna choroba. Jak się wydaje, specyfika związku matki z dzieckiem przesądza o tym, że tragiczny moment uzyskania informacji o nieuleczalnej chorobie dziecka w każdej matce poza rozpaczą wyzwała wzmoczoną chęć walki o przywrócenie dziecku zdrowia lub zahamowanie postępu choroby. Być może również informacja o śmiertelnym zagrożeniu własnego życia budzi większy lęk

niz informacja o chorobie dziecka i bardziej dezorganizuje zachowanie, a zatem pojawiają się mniej konstruktywne formy obrony.

Po trzecie, wyniki badań pokazują, że opisywane zagrożenia nie są jednak tak samo percypowane przez badanych, co przyczynia się do aktywowania nieco innych grup obron. I tak, zagrożenie typu zarażenie wirusem HIV wyzwała u chorych w momencie zderzenia się z nim zestaw zachowań o charakterze wypierającym, demobilizującym i unikowym; skłonność do zapomnienia o wszystkim poprzez formy intensywnego życia chwilą, ucieczki w narkotyczne oderwanie się od nieznosnej rzeczywistości. Z kolei matki niepełnosprawnych dzieci nie manifestowały podobnego do wyżej opisanego profilu obrony, gdyż od momentu urodzenia się dziecka były zmuszone do intensywnej opieki nad nim, w poczuciu odpowiedzialności za jego stan. W chwili zetknięcia się z zagrożeniem o charakterze niepomysłnej dla ich dziecka diagnozy badane matki w celu ratowania dziecka aktywowały cały wachlarz konstruktywnych obron, takich jak umysłowe opanowanie zagrożenia, czyli zastanawianie się, planowanie odpowiednich kroków nie-

zbędnych do przeprowadzenia, ażeby uratować zdrowie i życie dziecka, psychiczne mobilizowanie sił do walki z zagrożeniem i czynności zaradczo-eksploracyjne, tj. dopytywanie się, zwracanie się do specjalistów i do osób ze swojego otoczenia z prośbą o pomoc w leczeniu dziecka, wspólne zastanawianie się, co można zrobić w zaistniałej sytuacji. Z drugiej jednak strony, należy zwrócić uwagę na to, że w czasie badania matki chorych dzieci opierały się głównie na psychicznych obronach konstruktywnych, tj. wykorzystywały dla celów obrony głównie własne zasoby psychiczne, nie zaś relacje z innymi, czyli nie korzystały już obecnie tak często, jak w momencie dowiedzenia się o chorobie dziecka, z obron psychospołecznych, zwłaszcza konstruktywnych (np. czynności zaradczo-eksploracyjnych).

Z informacji otrzymanych dzięki ankiecie wynika, że stałe korzystanie z zaradczo-eksploracyjnych czynności w czasie trwania choroby dziecka charakterystyczne jest jedynie dla tych matek, które otrzymują wsparcie społeczne i inne osoby pomagają im przy dziecku (korelacje pomiędzy podejmowaniem czynności zaradczo-eksploracyjnych oraz korzystaniem ze wsparcia a obecnością w otoczeniu matki osób pomagających wynoszą odpowiednio: $r = 0,43$ i $r = 0,46$; $p < 0,05$).

Z kolei te z matek, które uskarżają się na liczne trudności w życiu codziennym (zmęczenie, brak snu, brak czasu dla siebie, stres związany z wyprowadzaniem dziecka z domu itp.), częściej stosują niekonstruktywne obrony, takie jak: emocjonalno-fizjologiczne odreagowanie, psychiczna demobilizacja, uwrażliwienie, pasywno-unikowe czynności (korelacje pomiędzy trudnościami i wymienionymi obronami wynoszą odpowiednio: $r = 0,45$; $r = 0,38$; $r = 0,45$; $r = 0,38$; $p < 0,05$).

A zatem to niewystarczające wsparcie społeczne i swoisty zawód wobec osób z najbliższego otoczenia matek dzieci niepełnosprawnych są prawdopodobnie odpowiedzialne za brak aktywowania psychospołecznych obron konstruktywnych oraz uruchamianie wymienionych wyżej obron niekonstruktywnych przez część z nich. Nie dziwi więc, że licząc głównie na siebie, matki manifestują po

latach, w sytuacji pogodzenia się z nieuleczalną chorobą ich dziecka, styl obrony oparty przede wszystkim na udziale obron psychicznych. Podsumowując, można twierdzić, że dynamika zmian w stosowanych przez matki obronach polega na zmniejszaniu liczby psychicznych obron niekonstruktywnych, zwłaszcza wyparcia, oraz zwiększeniu udziału psychicznych obron konstruktywnych, głównie psychicznej mobilizacji.

Nieco inaczej wygląda styl obrony psychologicznej w sytuacji osvajania się z chorobą u chorych z wirusem HIV. Istotne różnice w zakresie stosowanych obron na początku zagrażającej sytuacji i podczas badania odnotowano w obrębie psychicznych obron konstruktywnych i psychicznych obron niekonstruktywnych, jak też w odniesieniu do obu rodzajów obron psychospołecznych. I tak, znacznie wzrosła liczba stosowanych obron psychicznych konstruktywnych, zaś częstość manifestowania psychicznych obron niekonstruktywnych pozostała taka sama w obu diagnozowanych momentach sytuacji zagrażającej. Zmalała z kolei liczba psychospołecznych obron niekonstruktywnych, natomiast wzrosła liczba psychospołecznych obron konstruktywnych. A zatem, wzrost liczby psychospołecznych obron konstruktywnych manifestowanych po kilku latach od uzyskania informacji o zarażeniu wirusem HIV może świadczyć o tym, że prawdopodobnie chorzy ci uzyskali w tym czasie relatywnie większe wsparcie społeczne i nie czują się tak zawiedzeni, jak matki dzieci nieuleczalnie chorych.

PODSUMOWANIE

Przedstawiona analiza pokazuje, że mimo iż zmiany w obronach psychologicznych zmierzających ku coraz doskonalszej regulacji zachowania, czyli tendencję do coraz lepszego radzenia sobie z zagrożeniem, możemy obserwować w obu badanych grupach, to jednak w każdej z nich dokonuje się to za pomocą nieco odmiennych procesów. Można twierdzić, że proces zmian jest powiązany z warunkami życiowymi badanych osób, a zwłaszcza z zakresem otrzymywanego wsparcia społecznego.

Podsumowując, należy podkreślić, że istnieją dane upoważniające do twierdzenia, iż matki dzieci niepełnosprawnych w zaistniałej sytuacji zagrożenia wykorzystują jednak więcej strategii obronnych, które wzbogacają ich własny rozwój, w porównaniu z chorymi z wirusem HIV. Świadczą o tym głównie proporcje pomiędzy manifestowanymi w obu grupach obronami konstruktywnymi i niekonstruktywnymi, jak też różnorodność stosowanych obron, zwłaszcza konstruktywnych – dające

się odnotować wyraźniej w grupie matek niż w grupie zarażonych wirusem HIV. Wyniki przytoczonych badań stanowią zatem potwierdzenie ujęcia funkcjonalno-czynnościowego obrony psychologicznej, zgodnie z którym zarówno bogactwo czynności obronnych (ilościowy wymiar), jak i ich różnorodność wyrażająca się w przewadze, ale nie wyłączności obron konstruktywnych, zabezpieczają prawidłową realizację funkcji obronnej i jej wkład w rozwój.

LITERATURA

- Baltes P.B. (1997), On the Incomplete Architecture of Human Ontogeny. *American Psychologist*, 52, 4, 366–380.
- Erikson E.H. (1985/2002), *Dopelniony cykl życia*. Poznań: Rebis.
- Havighurst R.J. (1948/1981), *Developmental Tasks and Education*. New York: Longman.
- Labouvie-Vief G., Diehl M. (2000), Cognitive Complexity and Cognitive-Affective Integration: Related or Separate Domains of Adult Development? *Psychology and Aging*, 15, 3, 490–504.
- Newman B.M., Newman P.R. (1998), *Development Through Life*. Belmont-Washington: ITP Company.
- Pascual-Leone J. (1983), Growing into Human Maturity: Toward a Metasubjective Theory of Adulthood Stages. *Life-Span Development and Behavior*, 5, 117–156.
- Senejko A. (1997), Specyfika obron psychospołecznych młodzieży jako reakcji na zagrażające wydarzenia życiowe [w:] Z. Łoś, A. Oleszkowicz (red.), *Rozwój człowieka i jego zagrożenia w świetle współczesnej psychologii*, 289–311. Wrocław–Lubin: Wyd. Linea.
- Senejko A. (2001), Przed czym i w jaki sposób broni się współczesna młodzież [w:] A. Keplinger (red.), *Młodzież w zmieniającym się świecie*. Prace Psychologiczne LIV, 68–90. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Senejko A. (2002), Korelaty konstruktywności obron psychologicznych w adolescencji. *Psychologia Rozwojowa*, 7, 3, 92–107.
- Senejko A. (2003a), Psychiczne i psychospołeczne obrony człowieka w ich teoretycznym i empirycznym wymiarze. *Studia Psychologiczne*, 41, 4, 87–104.
- Senejko A. (2003b), Kwestionariusz PSPDQ (Obron Psychospołecznych i Psychicznych Młodzieży) – charakterystyka metody. *Psychologia Rozwojowa*, 8, 2, 121–137.