

Maria Lewicka

## Sposoby rozwiązywania problemów życiowych prowadzące do powstawania stanów pesymizmu życiowego<sup>1</sup>

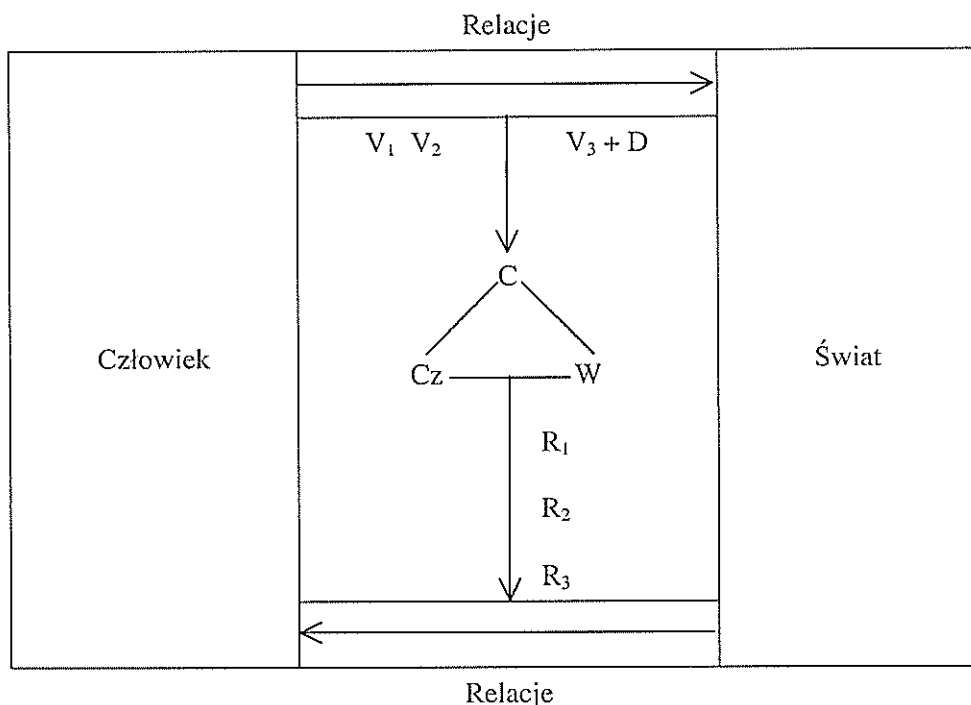
W artykule zostaną przedstawione wyniki badań dotyczących sytuacyjnych uwarunkowań stanów pesymizmu życiowego. Stanowią one fragment kompleksowych badań nad psychologicznymi wyznacznikami przykrych przewlekłych emocji. Oparte na koncepcji sytuacji trudnych (wg Tomaszewskiego 1977b i Lewickiego, 1972), mieszczą się w szerszej problematyce przygotowania osoby do życia, w tym radzenia sobie z trudnościami życiowymi. Zagadnienia te są wciąż aktualne zarówno w naszym kraju, jak i na świecie. Mimo podejmowania wielu wysiłków, stale wzrasta liczba różnego rodzaju kryzysów psychicznych: frustracji, depresji, nerwic. Notuje się coraz więcej przypadków zaburzeń psychicznych, chorób psychosomatycznych, samobójstw.

Problematyka radzenia sobie człowieka w życiu znalazła niedawno odzwierciedlenie w pracach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Na konferencji zorganizowanej we współpracy z Europejską Federacją Towarzystwa Psychologii Profesjonalnej pod hasłem „Zdrowie dla wszystkich w 2000 r.” przedstawiono programy mające na celu zapobieganie ryzyku zagrożeń zdrowia. Podkreślono m.in. konieczność kształtowania umiejętności rozwiązywania problemów życiowych, tj. efektywnego radzenia sobie przez współczesnego człowieka z trudnościami życiowymi, stresami, przykrymi emocjami. Dotychczasowe badania psychologiczne okazały się niewystarczające dla wyjaśnienia omawianych kwestii, a tym samym wypracowania wskazówek teoretycznych czy zwłaszcza praktycznych w tej dziedzinie.

Badania stanowią próbę rozwiązania niektórych problemów dotyczących tego wycinka rzeczywistości. Jako podstawę rozważań przyjąłem teorię człowieka w świecie, T. Tomaszewskiego (1977b, 1984), oraz rozwijaną w jej ramach w Zakładzie Psychologii Klinicznej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego koncepcję rozwiązywania problemów życiowych (Kulczycki, 1985). Zgodnie z nią, człowiek jako element świata, poprzez aktywne w nim uczestnictwo (rozwiązywanie problemów życiowych) dąży do coraz wyższej jakości własnego życia (Tomaszewski 1976; Kulczycki 1978, 1985). W dążeniu tym może zarówno osiągać sukcesy (poprzez rozwiązywanie codziennych problemów życiowych), jak i przeżywać niepowodzenia (por. Tomaszewski 1967, 1977a, 1984; Kulczycki 1976, 1979).

<sup>1</sup> Pierwodruk: Maria Lewicka, *Sposoby rozwiązywania problemów życiowych prowadzące do powstawania stanów pesymizmu życiowego*. ACTA UNIVERSITATIS WRATISLAVIENSIS No 1687 Prace Psychologiczne XXXIX Wrocław 1994, s. 91-105.

Proces rozwiązywania problemów życiowych przez człowieka przedstawia rys. 1. Zgodnie ze schematem relacje człowieka ze światem są źródłem różnych wartości ( $V_1$ ,  $V_2$ ,  $V_3$ ), które pod wpływem procesów decyzyjnych ( $D$ ) zostają przekształcone w cele ( $C$ ). Realizacja celu (rozwiązywanie problemu życiowego) odbywa się poprzez uruchamianie przez podmiot czynności ( $Cz$ ) w danych warunkach ( $W$ ). Procesy rozwiązywania problemów życiowych prowadzą do osiągnięcia różnych rezultatów ( $R_1$ ,  $R_2$ ,  $R_3$ ), które rzutują na relacje człowieka ze światem.



$V_1$ ,  $V_2$ ,  $V_3$ ... – wartości,  $D$  – procesy decyzyjne,  $C$  – cele,  $Cz$  – czynności,  $W$  – warunki,  $R_1$ ,  $R_2$ ,  $R_3$  — rezultaty

Rys. 1. Schemat rozwiązywania problemów życiowych przez człowieka

Przedmiotem moich badań były przykre stany emocjonalne człowieka, wynikające z nieudanych prób rozwiązania trudnych problemów życiowych (por. Kulczycki 1980; Tomaszewski 1977b, 1984). Termin „stan pesymizmu życiowego” wprowadziłam dla określenia powstających w takich sytuacjach pewnych zaburzeń funkcji emocjonalnych człowieka, w celu odróżnienia ich od zjawisk ściśle patologicznych (np. zespołów depresyjnych). Stan pesymizmu życiowego ujmuję jako jeden ze stanów psychicznych człowieka, a mianowicie taki, który składa się ze swoistych jakości psychicznych (poznawczych, emocjonalno-motywacyjnych, decyzyjnych), częściowo uświadomionych, o ujemnym znaku (np. ponure myśli, przykre emocje, tendencje samobójcze). Te zarówno uświadomione, jak i nie uświadomione jakości (treści) psychiczne wpływają na zachowanie człowieka.

Jednym z celów moich badań było uchwycenie psychologicznych uwarunkowań takich stanów. Przyjęte założenia teoretyczne pozwoliły na ich poszukiwanie

zarówno w sytuacji (podstawowe wyznaczniki), jak i w szerszym tle odniesień (dalej wyznaczniki).

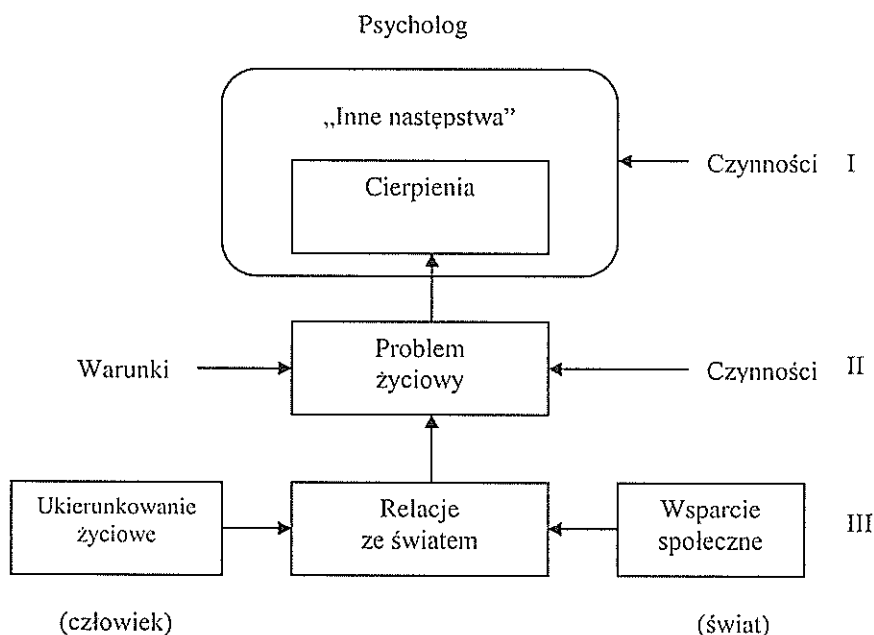
W tym miejscu ograniczę się do przedstawienia podstawowych (sytuacyjnych) uwarunkowań stanów pesymizmu życiowego, czyli sposobów rozwiązywania problemów życiowych, powstających pod wpływem zdarzeń o określonym znaczeniu dla osób badanych. Celem badań było poznanie zarówno tych zdarzeń (sytuacji trudnych), jak i powstałych pod ich wpływem problemów życiowych, a także czynności podejmowanych przez badanych w celu ich rozwiązania w danych warunkach. Stanowiło więc próbę znalezienia odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakie problemy życiowe (bytowe, podstawowe i integracyjne) osób badanych powstawały pod wpływem awersyjnych zdarzeń?
2. Jakie czynności uruchamiali badani w celu ich rozwiązania?
3. W jakich warunkach to następowało?

Dla uzyskania odpowiedzi na postawione pytania zastosowałam kilka metod badawczych. Ze względu na eksploracyjny charakter badań, zasadniczą metodą była rozmowa psychologiczna, opracowana na podstawie danych z literatury przedmiotu oraz własnych doświadczeń klinicznych. Dotyczyła zarówno obecnych, jak i przeszłych stanów pesymizmu życiowego osób badanych, ich genezy oraz następstw dla zachowania poszczególnych osób. Oprócz rozmowy zastosowałam kilka metod pomocniczych, m.in. Skalę PIL (Purpose of Life Test) Crumbaugha i Maholicka, w autoryzowanym przekładzie Z. Płużek. Służyła ona m.in. do pomiaru natężenia przykrych doznań w celu doboru badanych do grupy. Metodą pomocniczą był także Kwestionariusz Sytuacji Życiowej skonstruowany przeze mnie na podstawie przyjętych założeń teoretycznych. Służył poznaniu aktualnych warunków życia osób badanych.

Badaniami objęłam 21 kobiet i 9 mężczyzn w wieku 20-43 lat, pacjentów różnych placówek służby zdrowia oraz inne osoby, które poszukiwały psychologicznej pomocy. Zgodnie z przyjętymi założeniami badani nie wykazywali poważniejszych zaburzeń zachowania (wg A. Lewickiego), a mianowicie studiowali lub pracowali zawodowo, sporadycznie lub po raz pierwszy zasięgając porady psychologa. Osoby badane miały wykształcenie minimum średnie, większość niepełne wyższe (w tym studenci) oraz wyższe. Badania dokonywane głównie na terenie różnych placówek służby zdrowia, Instytutu Psychologii oraz w innych miejscach były przeprowadzane indywidualnie.

Zebrany materiał uporządkowałam i poddałam pogłębionej analizie jakościowej zgodnie z przyjętymi założeniami teoretycznymi. Analizę wyników przeprowadziłam według schematu przedstawionego na rys. 2 (II poziom analizy — obejmujący warunki, problem życiowy i czynności. Poziom I i III został opisany w innych moich pracach; por. Lewicka, 1990, 1992). Tak więc pod uwagę wzięto ostatni problem życiowy każdej osoby badanej, wynikający ze zdarzenia o określonym dla niej znaczeniu i najbardziej bolesny.



Rys. 2. Schemat analizy wyników

Następnie analizowane były czynności podejmowane przez badanych bezpośrednio po zdarzeniu, to jest te, które miały służyć rozwiązaniu danego problemu. Analizie poddałam również aktualne warunki (zewnętrzne i wewnętrzne), w których poszczególne osoby uruchamiały czynności w celu rozwiązania swoich problemów. Wyniki badań zostały przedstawione w tabelach 1-4.

Tabela 1. Problemy życiowe osób badanych, powstające pod wpływem awersyjnych zdarzeń

Obszar aktywności życiowej	Ostatnie awersyjne zdarzenie	Rodzaj sytuacji trudnej	Problem życiowy	Rodzaj problemu	Liczba osób	Razem	
						osób	%
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Praca zawodowa (nauka)	1. Przerwanie nauki ze względów zdrowotnych	deprywacja	Powrócić na uczelnię	bytowy	1		
	2. Niedostanie się na studia	deprywacja	Studiować na wybranym kierunku	bytowy	1		
	3. Trudności z ukończeniem pracy magisterskiej	utrudnienie	Ukończyć pracę magisterską	bytowy	1		

cd. tab. 1

1	2	3	4	5	6	7	8
	4. Stwierdzenie przez kontrolę niedoboru kasowego	zagrożenie	Zwrócić niedobór kasowy, aby uniknąć więzienia	bytowy	1		
	5. Niezdanie egzaminu z przedmiotu	utrudnienie	Zaliczyć rok studiów	bytowy	1		
	6. Trudności z ukończeniem pracy doktorskiej	Przeciążenie	Ukończyć pracę doktorską, żeby uniknąć rotacji	bytowy	1		
	7. Nieuzyskanie zaliczenia z przedmiotu	utrudnienie	Utrzymać się na studiach	bytowy	2		
	8. Konflikt ze współpracownicą	konflikt	Utrzymać się na kierowniczym stanowisku	bytowy	1	9	30
2. Życie rodzinne	9. Porzucenie chłopaka	deprywacja	Mieć partnera życiowego	bytowy	2		
	10. Pogarszanie się stanu zdrowia matki	zagrożenie	Poradzić sobie w życiu	bytowy	1		
	11. Konflikt z mężem (żoną)	konflikt	Unormować życie małżeńskie	bytowy	3		
	12. Aresztowanie męża	deprywacja	Uwolnić męża z więzienia	bytowy	1		
	13. Wyjazd męża za granicę i prośba o rozwód	deprywacja	Poradzić sobie w życiu	bytowy	1		
	14. Konflikt z matką	konflikt	Mieć oparcie w domu, chłopaka i życie towarzyskie	bytowy	1		
	15. Śmierć matki	deprywacja	Poradzić sobie w życiu	bytowy	1		

cd. tab. 1

1	2	3	4	5	6	7	8
	16. Konflikt z dziewczyną		Utrzymać przy sobie dziewczynę	bytowy	1		
	17. Zniknięcie męża z domu	deprywacja	Utrzymać męża w domu	bytowy	1		
	18. Separacja z mężem	deprywacja	Mieć dzieci	bytowy	1	13	43,4
3. Życie towarzyskie	19. Konflikt ze współlokatorem z akademika	konflikt	Zalatwić od-dzielny pokój w akademiku	bytowy	1	1	3,3
4. Sprawy własnej osoby	20. Opinia, że OB nie jest prawdziwą kobietą	deprywacja	Być prawdziwą kobietą	postawowy	1		
	21. Opinia lekarza, że OB działa destrukcyjnie na siebie i otoczenie	deprywacja	Zmienić siebie	postawowy	1		
	22. Odrzucenie OB przez męża jako partnerki seksualnej	deprywacja	Unormować współżycie seksualne z mężem	postawowy	1		
	23. Brak satysfakcji we współżyciu seksualnym z mężem	deprywacja	Wyleczyć męża	podstawowy	1		
	24. Impotencja	deprywacja	Wyleczyć się	postawowy	3	7	23,2

Punktem wyjścia była analiza awersyjnych zdarzeń z życia badanych, które spowodowały trudne dla nich problemy życiowe, wywołując lub pogłębiając stany pesymizmu. Wybór zdarzeń z ostatniego czasu nie był łatwy, gdyż każda z osób badanych uczestniczyła co najmniej w trzech takich zdarzeniach. Wybierałam więc jedno z nich, mianowicie to, które wystąpiło najpóźniej, i z którym badani wiązali pogorszenie własnego stanu psychicznego. Czas, jaki upłynął od tego zdarzenia do chwili badania, był różny u poszczególnych osób i wahał się od kilku dni do kilku miesięcy. Awersyjne zdarzenia z życia badanych oraz problemy życiowe powstające pod ich wpływem

przedstawia tabela 1. Zawiera ona wykaz 24 zdarzeń o charakterze strat bytowych i podstawowych, pod których wpływem powstały problemy życiowe (19 bytowych i 5 podstawowych) poszczególnych osób. Najwięcej problemów bytowych wiąże się z życiem rodzinnym badanych — u 43% osób (tj. 13), pod wpływem awersyjnych zdarzeń z życia rodzinnego powstało 10 trudnych dla nich problemów życiowych.

Rozwiązanie problemów bytowych, powstałych pod wpływem awersyjnych zdarzeń z życia rodzinnego, miało służyć w większości przypadków zachowaniu dotychczasowego stanu *rzeczy*, rzadziej zaś — dokonaniu jakichś zmian. Interesujące jest, że więcej problemów rodzinnych pojawiło się u badanych kobiet (11, tj. ok. 50%) niż mężczyzn (2, czyli ok. 20%). (Podobne wnioski z badań podaje Kielholz, 1982.) W grupie osób, u których pojawiły się problemy zawodowe, również dominowały kobiety. W dziedzinie życia towarzyskiego, poza jednym przypadkiem, nie pojawiły się trudne problemy życiowe. Podobnie obszar wypoczynku i hobby nie stanowił źródeł problemów życiowych, prowadzących do powstawania stanów pesymizmu życiowego.

Oprócz problemów bytowych wyróżnionych zostało kilka (5) problemów podstawowych związanych ze sprawami własnej osoby (zdrowiem fizycznym, nastawieniami do siebie i relacjami społecznymi). Problemy podstawowe pojawiły się u 23,3% osób, tj. u 7 badanych. Rozwiązanie problemów podstawowych miało służyć osobom badanym w utrzymaniu dotychczasowego stanu *rzeczy*, np. zdrowia fizycznego, a także nabyciu takich właściwości, które pozwoliłyby im na szacunek dla siebie, poczucie tożsamości i pozytywne relacje z otoczeniem.

Przedstawione wyżej problemy bytowe i podstawowe osób badanych powstawały bezpośrednio pod wpływem awersyjnych zdarzeń, ale uogólniały się także na inne problemy podstawowe i integracyjne. Każdy bowiem nie rozwiązany problem bytowy czy podstawowy prowadził do powstawania nowych problemów podstawowych i integracyjnych u badanych. Np. u kobiety, której mąż został aresztowany, początkowo pojawił się problem bytowy: „uwolnić męża z więzienia”. Nierozwiązanie tego problemu rodziło kolejny — podstawowy: „zachować twarz wobec otoczenia”, a następnie powstały problemy wynikające z pojawienia się u niej stanu pesymizmu życiowego (np. problem podstawowy — poprawa samopoczucia i integracyjny — nadanie sensu życiu).

Uogólnienie się problemów powstających bezpośrednio po zdarzeniach na inne problemy podstawowe (w tym przewyciężenie stanu pesymizmu życiowego) i integracyjne (nadanie sensu życiu) występowało u wszystkich osób badanych. Stąd też, poszukując psychologicznych wyznaczników stanów pesymizmu na drodze analizy problemów życiowych, powstałych bezpośrednio pod wpływem zdarzeń, ograniczyłam się do podstawowych uwarunkowań tych stanów.

Wyodrębnienie czynności podejmowanych przez osoby badane w celu rozwiązania ich głównych problemów nie było łatwe, gdyż często nakładały się one na czynności służące rozwiązaniu wtórnego problemu — poprawy samopoczucia. Do czynności mających na celu rozwiązanie głównych problemów życiowych kwalifikowane były te, które badani podejmowali bezpośrednio po zdarzeniach, oraz czynności faktycznie zmierzające do ich rozwiązania.

Podobną trudność stanowiło uchwycenie aktualnych warunków (zewnętrznych i wewnętrznych), w jakich poszczególne osoby rozwiązywały swoje problemy. Warunki te bowiem często zazębiały się o bardziej trwałe warunki wewnętrzne (np. występujące u kilku osób badanych lęki przed kontaktami seksualnymi w ogóle, które również ujawniały się w

niały się w konkretnej sytuacji, rzutując na rozwiązywanie bieżących problemów życiowych) lub też bardziej trwale warunki zewnętrzne (np. alkoholizm partnera życiowego ujawniający się „tu i teraz”). „Aktualne warunki” stanowiły też stany pesymizmu życiowego, jakie przeżywali badani przed i w trakcie powstawania i rozwiązywania swojego ostatniego problemu. Dla celów teoretycznych abstrahowałam zarówno od tych bardziej trwałych warunków (których część została potraktowana jako szersze uwarunkowania stanów pesymizmu), jak również od przykrych doznań przeżywanych przez badanych pod wpływem przeszłych nie rozwiązanych problemów życiowych (choć miały one wpływ na rozwiązywanie tych aktualnych).

Łatwiejsze natomiast było uchwycenie rezultatów czynności uruchamianych w celu rozwiązania problemów życiowych przez poszczególne osoby (rozwiązanie-nerozwiązanie określonego problemu i skutki psychologiczne). Ze względu na osiągnięte przez osoby badane rezultaty możemy podzielić podejmowane przez nie działania na dwie zasadnicze grupy:

1) czynności efektywne (prowadzące w danych warunkach do częściowego lub całkowitego rozwiązania problemu),

2) czynności nieefektywne (nie prowadzące do rozwiązania problemu).

Czynności efektywne podjęły dwie osoby z badanej grupy. Mianowicie: jedna z nich w celu rozwiązania problemu powrotu na uczelnię, będąc na przymusowym urlopie zdrowotnym, uruchamia następujące czynności: a) wyjeżdża do sanatorium, b) poszukuje pracy na uczelni. Podjęte przez tę osobę czynności dostosowane są do bieżącej sytuacji (zły stan zdrowia — wyjazd do sanatorium oraz poszukiwanie pracy, która będzie możliwa bez uszczerbku dla zdrowia). W rezultacie znajduje pracę na uczelni (nie traci więc z nią kontaktu), co pozwala na rozwiązanie problemu. Uzyskując poprawę samopoczucia, nabiera nadziei na rozpoczęcie studiów o semestr wcześniej. Jej stan psychiczny poprawia się - stan pesymizmu życiowego, powstały pod wpływem konieczności przerwania nauki, słabnie.

W drugim przypadku problem życiowy „mieć dzieci” w warunkach separacji z mężem osoba badana rozwiązuje następująco: a) wyjeżdża na wczasy, b) zasięga porady adwokata, c) wnosi pozew o rozwód, d) fantazjuje na temat znalezienia nowego partnera życiowego i posiadania dzieci i e) poszukuje nowego partnera. Również w tym przypadku czynności podejmowane przez tę osobę dostosowane są do aktualnych warunków. Świadomie podjęty wyjazd na wczasy pozwala jej na pewien dystans do problemu życiowego. Kolejne czynności (poza fantazjowaniem) prowadzą do znalezienia nowego partnera i posiadania dzieci, gdyż z poprzednim partnerem jej cel życiowy nie mógł być osiągnięty (jak wynika z wypowiedzi badanej, przez rok trwania małżeństwa jej mąż nie podjął współżycia seksualnego i nie wykazywał motywacji do leczenia się w poradni seksuologicznej). W wyniku podjętych przez nią czynności stan pesymizmu, który pojawił się pod wpływem separacji z mężem, zlagodniał, gdyż nabrała ona nadziei na posiadanie dzieci z nowym partnerem życiowym. Tak więc poprzez uruchomienie odpowiednich czynności stworzyła ona warunki do rozwiązania swojego problemu.

Problemy życiowe pozostałych 28 osób nie zostały rozwiązane, stąd czynności przez nich uruchamiane można uznać za nieefektywne. Powstaje więc pytanie: jakie czynności podejmowali oni w celu rozwiązania własnych problemów?

Najczęstsze z nich to wycofywanie się (przerywanie czynności) lub ich niepodejmowanie (rezygnacja z działań służących rozwiązaniu problemów życiowych). Inne



czynności to: czynności pozorne (np. fantazjowanie na temat rozwiązania własnych problemów, wizyty w poradniach bez stosowania się do zaleceń lekarza czy psychologa, „ucieczka” od problemów w alkoholizowanie się czy używanie leków uspokajających) oraz zachowania agresywne skierowane na przeszkodę, tj. na otoczenie lub własną osobę (autoagresja w formie zachowań samobójczych — zrealizowanych lub nie zrealizowanych prób samobójczych; por. czynności podejmowane przez człowieka w sytuacji przeciążenia — Tomaszewski 1984, s. 141). Tego rodzaju czynności dominowały nad czynnościami efektywnymi, tzn. takimi, które mogłyby doprowadzić w danych warunkach do rozwiązania problemów życiowych. Czynności te jednak były na ogół szybko porzucane przez osoby badane lub też uruchamiane dopiero wtedy, gdy inne czynności okazywały się nieskuteczne. Na przykład jedna z badanych kobiet w celu rozwiązania problemu unormowania życia seksualnego z mężem, który przejawiał do niej awersję: a) oczekuje na zmianę zachowania męża, b) zwierza się przyjaciółce, c) przejawia agresję słowną w stosunku do męża, d) alkoholizuje się, e) fantazjuje na temat współżycia seksualnego z mężem, f) przygotowuje się do samobójstwa, udając się w kierunku torów kolejowych i rzeki. Podjęte przez nią czynności nie prowadzą do rozwiązania problemu. Do jej problemu podstawowego dołączają się inne problemy podstawowe (np. poprawa samopoczucia) i integracyjne (nadanie sensu życiu). Pogarsza się więc jej stan psychiczny. Inna osoba badana w celu rozwiązania problemu: „utrzymać męża w domu”, który zniknął na kilka dni, uruchamia następujące czynności: a) wbrew żądaniu teściowej nie udaje się na poszukiwanie męża, oczekując go w mieszkaniu, b) fantazjuje na temat szczęśliwego i bogatego domu. Rezygnuje więc z konkretnego działania na rzecz uruchamiania czynności pozornych.

W podobny, nieefektywny sposób starały się rozwiązać swoje problemy pozostałe osoby badane. Najpowszechniejsze czynności to: wycofywanie się i rezygnacja z działań, którą obserwujemy u 83,3% badanych. Na drugim miejscu pojawia się fantazjowanie, które wystąpiło u 66,7% osób. Nieco mniej niż połowa grupy (46,7%) podjęła inne czynności nie prowadzące do rozwiązania problemów życiowych. Stosunkowo nieliczne osoby używały alkoholu (20%) lub leków uspokajających (3,3%) jako ucieczki przed własnymi problemami, a 20% badanych stosowało wygadanie się. U 16,7% osób z badanej grupy wystąpiły zachowania agresywne (agresja skierowana na otoczenie i autoagresja).

Warunki, w jakich poszczególne osoby rozwiązywały swoje problemy życiowe, dla większości nie były sprzyjające. Rozwiązywanie np. problemów zawodowych wiązało się z koniecznością przestrzegania ścisłych terminów (jak zwrot dużej sumy pieniędzy w ciągu kilku dni czy zdanie egzaminów w sesji lub oddanie pracy dyplomowej w krótkim czasie). Utrudnieniem rozwiązania problemów rodzinnych były choroby członków rodziny (szczególnie dla badanych kobiet choroby małych dzieci) czy zwiększenie obowiązków domowych związane z odejściem partnera życiowego, chorobą lub śmiercią rodziców. Problemy podstawowe, np. łączące się z życiem seksualnym, osoby badane rozwiązywały w warunkach nasilających się konfliktów z partnerem życiowym lub po rozstaniu z nim. Aktualne warunki, w których rozwiązywały swoje problemy pozostałe osoby (10), nie stanowiły przeszkód w osiąganiu przez nie pozytywnych rezultatów. Jednak czynności podejmowane zarówno przez nie, jak i większość badanych nie prowadziły do rozwiązania ich problemów życiowych, wskutek czego traciły one nadzieję na zmianę własnego położenia życiowego. Do nie rozwiązane go głównego problemu

(bytowego lub podstawowego) dołączały się inne problemy podstawowe i integracyjne, a stan psychiczny tych osób pogarszał się, tzn. pojawiał się lub pogłębiał pesymizm życiowy.

Analiza sposobów rozwiązywania problemów życiowych przez osoby badane przeżywające stany pesymizmu o różnym natężeniu przykrych doznań (por. tab. 2) sugeruje, że osoby, których przykrye doznania były silniejsze, częściej rezygnowały i wycofywały się z działań, a także fantazjowały, niż badani z pozostałych grup „brak”, słabe, średnie natężenie przykrych doznań).

Można również postawić hipotezę, że skuteczniej radziły sobie z własnymi problemami osoby nie przejawiające agresji i apatii. Pozostałe zaś grupy (agresja, agresja/apatia, apatia) w miarę wzrostu tendencji do apatii podejmowały głównie czynności nieefektywne (przede wszystkim wycofywały się i rezygnowały z działania; por. tab. 3).

Im częściej też badani przeżywali stany pesymizmu (stany kilkakrotne i chroniczne), tym rzadziej podejmowali skuteczne czynności w celu rozwiązania problemów życiowych, ograniczając się do wąskiej gamy czynności nieskutecznych, wśród których dominowało wycofywanie się i rezygnacja z działań oraz fantazjowanie na temat rozwiązania własnych problemów (tab. 4).

Tabela 2. Czynności podejmowane w celu rozwiązania problemów życiowych o różnym natężeniu przykrych doznań dla osób badanych

Natężenie przykrych doznań		Grupa				Razem osób (30)	% osób
		„brak” (2)	słabe (8)	średnie (13)	silne (7)		
Rodzaje i efektywność czynności							
1. Czynności efektywne	1. Różne czynności prowadzące do rozwiązania problemów życiowych	2	—	—	—	2	6,7
2. Czynności nieefektywne	2. Wycofywanie się i rezygnacja z działania	—	7	11	7	25	83,3
	3. Fantazjowanie	1	5	9	5	20	66,7
	4. Alkoholizowanie się	—	3	2	1	6	20,0
	5. Używanie leków uspokajających	—	—	1	—	1	3,3
	6. Wygadanie się	—	4	2	—	6	20,0
	7. Zachowania agresywne	—	1	4	—	5	16,7
	8. Inne czynności	—	6	7	1	14	46,7

Tabela 3. Czynności podejmowane w celu rozwiązania problemów życiowych przez osoby badane o różnych tendencjach do reagowania agresją/apatią

Tendencje do reagowania agresją/apatią		Grupa				Razem osób (30)
		„brak” (2)	agresja (4)	agresja/ apatia (11)	apatia (13)	
Rodzaje i efektywność czynności						
1. Czynności efektywne	1. Czynności prowadzące do rozwiązania problemów życiowych	2				2
2. Czynności nieefektywne	2. Wycofywanie się i rezygnacja z działania	-	4	8	13	25
	3. Fantazjowanie	1	2	8	0	20
	4. Alkoholizowanie się	—	1	3	2	6
	5. Używanie leków uspokajających	—	—	1	—	1
	6. Wygadanie się	—	—	4	2	6
	7. Zachowania agresywne	—	3	1	1	5
	8. Inne czynności	—	3	5	6	14

Jak wykazały badania, powstawanie stanów pesymizmu życiowego okazało się złożonym, uwarunkowanym wieloczynnikowo procesem (por. Lewicka 1990, 1992). W zakresie podstawowych wyznaczników stanów pesymizmu udało się uchwycić kilka, ściśle ze sobą powiązanych czynników. Jednym z nich były trudne problemy życiowe badanych, powstające pod wpływem awersyjnych (w tym losowych) zdarzeń o określonym dla nich znaczeniu. Do najczęstszych należały problemy bytowe dotyczące życia rodzinnego i pracy zawodowej (nauki) poszczególnych osób oraz rzadziej problemy podstawowe (zdrowotne, związane z nastawieniami do siebie i relacjami społecznymi). Jak można przypuszczać, te problemy podstawowe były wtórne w stosunku do bytowych, gdyż osoby badane, mające obecnie problemy podstawowe, nie rozwiązały w przeszłości problemów bytowych, dotyczących ważnych dla nich dziedzin życia.

Analiza procesu rozwiązywania problemów bytowych i podstawowych przez osoby badane oraz osiągniętych przez nie rezultatów skłania do wniosku, że jednym z głównych psychologicznych wyznaczników stanów pesymizmu życiowego jest brak umiejętności rozwiązywania problemów życiowych. Czynności bowiem, jakie podejmowali badani w celu rozwiązania własnych problemów, to przede wszystkim czynności nieefektywne, takie jak wycofywanie się i rezygnacja z działań oraz mechanizmy obronne (fantazjowanie, mechanizmy odreagowania napięć), nie dostosowane do aktualnych warunków. W rezultacie nie tylko nie dochodziło do rozwiązania tych problemów, lecz do istniejących już dołączały się inne problemy podstawowe i integracyjne. Powstawały one na skutek utraty nadziei na rozwiązanie pierwotnych (bytowych lub podstawowych) problemów. W końcu te problemy schodziły na dalszy plan, a jako główne jawiły się problemy integracyjne (nadanie sensu życiu).

Na podstawie uzyskanych wyników badań można wysunąć hipotezę, że problemy życiowe ułożone są nie tyle hierarchicznie, ile warstwowo. Pierwszą warstwę stanowi

problem ostatni, aktualny i przede wszystkim on odzwierciedla się w świadomości człowieka. Rozwiązanie problemu pierwszej warstwy odsłania poprzedni ważny problem, stanowiący drugą warstwę. Jeżeli i ten problem zostanie rozwiązany lub rozproszy się (przestanie być ważny), odsłaniają się kolejne warstwy: trzecia, czwarta itd. Dołączanie się nowego problemu powoduje zepchnięcie poprzednich do głębszych warstw. Pojawiający się np. u ludzi w czasie wojny nowy problem utrzymania się przy życiu usuwa w cień pozostałe (najczęściej ulegają one rozproszeniu), stąd zanikanie nerwic w tym czasie.

Tabela 4. Czynności podejmowane w celu rozwiązania problemów życiowych przez osoby badane przeżywające stany pesymizmu życiowego z różną częstotliwością

Rodzaje i efektywność czynności	Częstotliwość stanów pesymizmu	Grupa			Razem osób (30)
		epizodyczne (11)	kilka-krotne (11)	chroniczne (8)	
1. Czynności efektywne	1. Różne czynności prowadzące do rozwiązania problemów życiowych	2	—	—	2
2. Czynności nieefektywne	2. Wycofywanie się i rezygnacja z działania	9	8	8	25
	3. Fantazjowanie	6	9	5	20
	4. Alkoholizowanie się	2	3	1	6
	5. Używanie leków uspokajających	1	—	—	1
	6. Wygadanie się	1	5	—	6
	7. Zachowania agresywne	1	3	1	5
	8. Inne czynności	6	6	2	14

Podobne zjawisko występuje w stanie pesymizmu życiowego: z powodu utraty nadziei na rozwiązanie problemów bytowych lub podstawowych, centralne miejsce zaczynają zajmować problemy integracyjne. Przygnębienie zaś, jako główny składnik tych stanów, odzwierciedla ciężar nie rozwiązanych problemów życiowych, zalegających poszczególne warstwy. Analiza przeżyć osób badanych skłania do wniosku, że będąc w stanie pesymizmu życiowego stale koncentrują się one na własnych nie rozwiązanych problemach życiowych, początkowo bytowych, następnie podstawowych i w końcu integracyjnych. Ostatecznie ich uwaga skupia się prawie wyłącznie na zagadnieniach sensu życia w ogóle i sensu własnego życia. Ilustruje to następująca wypowiedź: „Żyje się po to, żeby urodzić dzieci, dzieci urodzą dzieci, i tak w koło. Człowiek, jak się uczy, to chce skończyć szkołę. A potem? Do pracy, do domu, spać... Człowiek zaczyna powolne umieranie. W stosunku do siebie to czuję. Wiedząc o sobie, to myślę, że inni ludzie ... może mają wiarę w to, co robią i lubią, np. walczą o lepsze jutro ludzkości. Chyba ludzie wierzą w to, bo nie myślą o tym, nie starają się sobie uświadomić, że to, co robią ma sens tymczasowy, ale patrząc całościowo, ogólnie – co kogo obchodzi, że robotnik buduje statki, a tak całościowo, czy to w ogóle ma jakiś sens?” – zastanawia się jeden z badanych (student).

Jak wykazały badania, stany pesymizmu życiowego stanowią bolesne doświadczenie w życiu człowieka: są przykrymi przeżyciami, wywołują zaburzenia wegetatywne, osłabiają aktywność życiową, niekiedy prowadzą do samobójstw.

Całościowe badania pozwoliły na postawienie hipotezy, że generalnie takie stany, powodując swoisty kryzys aktywności życiowej człowieka, stwarzają warunki dla pojawienia się refleksji nad własnym życiem, co w przyszłości może prowadzić do skuteczniejszego radzenia sobie z trudnościami życiowymi. Stany pesymizmu życiowego, zwłaszcza o silnym natężeniu przykrych doznań, mogą jednak w pewnych okolicznościach stanowić zagrożenie dla aktywności człowieka. Występuje bowiem niebezpieczeństwo zagubienia się niektórych osób w życiu i samobójstwa. Dlatego też sądzę, że należałoby zapobiegać tego rodzaju kryzysom. Istnieją dwie możliwości profilaktyki:

1. Przygotowywać młode pokolenie do życia, tzn. kształtować umiejętność radzenia sobie zarówno w sytuacjach normalnych, jak i trudnych. Polegałoby to na umożliwieniu dziecku aktywnego uczestnictwa w życiu, czyli stwarzaniu szans rozwiązywania własnych problemów w różnych sytuacjach życiowych. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, w tym udzielanie rad i wskazówek mogłoby ułatwić nabycie umiejętności radzenia sobie w różnych warunkach.

2. W sytuacji, kiedy mamy do czynienia z istniejącym już kryzysem emocjonalnym, wskazana jest psychoterapia indywidualna. Będzie ona zależna od konkretnego przypadku. Ogólnie rzecz biorąc, jeśli dana osoba ma trudny problem życiowy, z którym nie potrafi sobie poradzić, powinna jasno uświadomić sobie cel, do którego dąży, jak również poznać sposoby jego realizacji, uwzględniając warunki, w jakich się znajduje. Zadaniem psychologa byłoby zatem ułatwienie jej uświadomienia sobie celu (co nie zawsze jest dla pacjentów oczywiste) oraz możliwości realizacji go w danych warunkach, których na ogół nie dostrzega. Ponieważ bezpośrednio po awersyjnych zdarzeniach osoby w stanie pesymizmu życiowego zwykle uruchamiają mechanizmy obronne, nie należałoby ich przed nimi powstrzymywać. W czasie kilku godzin czy dni po takim zdarzeniu może bowiem minąć okres najbardziej bolesnych przeżyć. Również sam problem może zmienić znaczenie dla danej osoby. Jak wynika z badań, pacjenci zgłaszali się do psychologa w momencie, kiedy spontanicznie uruchamiane przez nich mechanizmy obronne uznali za nieskuteczne. Dopiero w tym okresie pojawiała się możliwość udzielenia im skutecznej pomocy (por. Lewicka, 1990).

### Bibliografia

- Kielholz P., Poldinger W., Adams C. *Masked Depression*. Deutscher Arzte-Yerlag 1982.
- Kulczycki M. *O tak zwanych nierozwiązalnych problemach życiowych*. Prace Psychologiczne V, Wrocław 1976.
- *Niepełnosprawność i jej psychologiczne znaczenie*. Bydgoszcz: TNOiK 1978.
- *Wybrane zagadnienia psychologii inwalidów*. W: *Inwalidztwo i rehabilitacja*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego 1979.
- *Poradnictwo życiowe*. Prace Psychologiczne 608, Wrocław 1980.
- *Zarys relacyjnej koncepcji poradnictwa*. W: *Teoretyczne i metodologiczne problemy poradnictwa*. Prace Psychologiczne 811, Wrocław 1985.
- Lewicka M. *Stany pesymizmu życiowego, ich psychologiczne następstwa i uwarunkowania*. W: K. Obuchowski, B. Puszczewicz (red.) *Sens życia*. Warszawa: NURT 1990.
- *Ukierunkowanie życiowe jako jeden ze współwyznaczników stanów pesymizmu życiowego*. Prace Psychologiczne 1292, Wrocław 1992.
- Lewicki A. *Psychologia kliniczna w zarysie*. W: A. Lewicki (red.) *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN 1972.
- Tomaszewski T. *Wstęp do psychologii*. Warszawa; PWN 1967.
- *Rozwój wszechstronny i ukierunkowany*. „Psychologia Wychowawcza” 1976, 3.

Elżbieta Mańkiewicz

## Analiza przypadku – diagnoza indywidualnego problemu dziecka. Na przykładzie dzieci o narcystycznej linii rozwoju<sup>1</sup>

Celem artykułu jest przedstawienie mojej koncepcji diagnozy problemów dzieci o narcystycznej linii rozwoju w wieku 6-12 lat, nazywanych często dziećmi z zaburzeniami zachowania.

Z omawianym zagadnieniem zetknęłam się po raz pierwszy 6 lat temu, kiedy moim klientem został chłopiec znacznie różniący się od tych, którym pomagałam wcześniej, którego zachowania nie do końca rozumiałam, nie wiedziałam też, jak mu pomóc. Stopniowo w toku pracy terapeutycznej znalazłam odpowiadające mi podstawy teoretyczne (mam tu na myśli koncepcję S.M. Johnsona), skonstruowałam schemat diagnozy, znalazłam i dostosowałam do niego techniki zbierania danych. Całe postępowanie diagnostyczne zostało wielokrotnie sprawdzone przeze mnie oraz przez moich studentów. Jego efektem jest szczegółowy opis dziecka w formie analizy przypadku.

W swoim myśleniu o diagnozie i terapii odwołuję się do warszawskiej szkoły psychologii klinicznej dziecka, szczególnie do prac H. Olechnowicz (1995, 1997, 1999), M. Kościelskiej (1998), M. Zalewskiej i A. Czownickiej (1988a, 1988b). Według tych ostatnich (1988a) właściwości psychiki ujawniają się w zachowaniu człowieka, zaś diagnoza to nadanie psychologicznego znaczenia zachowaniom jednostki. Znaczenie to inaczej cel, wynik, funkcja, rola, motyw, geneza. Zachowanie może być rozumiane jako wynik określonych procesów psychicznych, możemy też skupić się na funkcji, jaką pełni ono w strukturze osobowości lub też na relacjach, w jakich pozostają względem siebie diagnozowane sfery psychiki.

Dokonując diagnozy, zawsze pytamy, co znaczy dane zachowanie, jest to przejaw postawy rozumiejącej, przeciwstawionej postawie oceniającej. Na różnicę między tymi postawami wskazuje m.in. H. Olechnowicz (1999). Postawa oceniająca (etykietująca) charakteryzuje się według niej rozpatrywaniem zachowań w kategoriach objawów patologicznych (piętna), z czym wiąże się potępienie dziecka, kara, zamknięcie drogi do terapii, w konsekwencji pogłębienie problemu.

Zgodnie natomiast z postawą rozumiejącą objaw to ważny dla otoczenia komunikat będący np. przejawem istotnych potrzeb dziecka, jego sposobu radzenia sobie z problemem, jego samodzielności itp. Objaw nie jest więc czymś do zwalczania, ale do przekształcania, daje podstawę do wykorzystania zasobów dziecka, jego

---

<sup>1</sup> Pierwodruk: (red.) M. Straś-Romanowska, *Metody jakościowe w psychologii współczesnej*. Wrocław 2000. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego. s.171-185.