

Sylwia Niemiec

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

ORCID 0000-0001-5891-3572

DOI: 10.35464/1642-672X.PS.2021.1-2.08

Wsparcie społeczne a funkcjonowanie interpersonalne adolescentów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i zaburzeniami psychicznymi

Social suport and interpersonal functioning of youth with mild intellectual disability and mental disorders

ABSTRACT: The purpose of this article is to present the results of research on the importance of social support received from parents and peers on the preferred interpersonal functioning styles of adolescents with mild intellectual disabilities (with and without mental disorders). In the research the diagnostic survey method was used, in which the scale technique was applied. The analysis of the collected material was conducted in terms of: differences and similarities between the studied groups, then indicating the relationship of the general level of support with styles of interpersonal functioning. Next, the relationship between sources of social support (parents, peers) and its types (emotional, informational, valuing, instrumental) on social functioning of adolescents was shown.

KEYWORDS: special pedagogy, intellectual disability, mental disorders, social suport, interpersonal functioning.

STRESZCZENIE: Celem niniejszego artykułu jest ukazanie wyników badań dotyczących znaczenia wsparcia społecznego uzyskiwanego od rodziców i rówieśników na preferowane przez adolescentów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (z zaburzeniami psychicznymi i zdrowych) style funkcjonowania interpersonalnego. W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, w obszarze której wykorzystano technikę skali. Analizę zgromadzonego materiału prowadzono pod względem: różnic i podobieństw pomiędzy badanymi grupami, następnie wskazując związek ogólnego poziomu wsparcia ze stylami funkcjonowania interpersonalnego. Kolejno, wykazano związek źródeł oparcia społecznego (rodzice, ró-

wieśnicy) oraz jego rodzajów (emocjonalne, informacyjne, wartościujące, instrumentalne) na funkcjonowanie społeczne adolescentów.

SŁOWA KLUCZOWE: pedagogika specjalna, niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia psychiczne, wsparcie społeczne, funkcjonowanie interpersonalne

Wprowadzenie

Okres adolescencji to czas ogromnych zmian, trudnych decyzji, kształtowania się światopoglądu, nawiązywania znaczących relacji z grupą rówieśniczą i zmian stosunków z najbliższymi. Osoby w tym okresie zdają się być wyjątkowo narażone na wystąpienie zaburzeń psychicznych, szczególnie depresji, zaburzeń zachowania i emocji oraz zaburzeń odżywiania.

Tematem często pomijanym przez badaczy jest problematyka wsparcia społecznego, uzyskiwanego przez młodzież z zaburzeniami psychicznymi. Dość szeroko został on opisany przez psychologów w kontekście osób dorosłych, szczególnie dotkniętych schizofrenią i depresją, natomiast adolescencja została pominięta. Jest to problem istotny, gdyż człowiek jako istota społeczna, pozostaje w ciągłych interakcjach z innymi, a wsparcie nie jest niczym innym jak takowym wzajemnym oddziaływaniem w trudnych dla jednostki sytuacjach, celem przezwyciężenia trudności. W życiu młodego człowieka, szczególnie z problemami natury psychicznej, takich niełatwych okoliczności jest wiele. Dlatego też zaistniała potrzeba zbadania poziomu wsparcia otrzymywanego w tym okresie rozwoju ze źródeł najbardziej znaczących, czyli od rodziców i grupy rówieśniczej.

Kolejnym z powodów podjęcia tego tematu, poza wyżej wymienionymi, jest brak badań odnoszących się do problematyki funkcjonowania młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, u których dodatkowo występują zaburzenia psychiczne. Zdawać by się również mogło, że grupa ta jest w większym stopniu narażona na odrzucenie przez najbliższą rodzinę i kolegów, co spowodowane jest niższym poziomem funkcjonowania intelektualnego i dodatkowo współwystępowaniem zaburzeń psychicznych. Jedyne wzmianki na temat tej grupy można znaleźć w kontekście obrazu klinicznego zaburzeń psychicznych.

Wsparcie a funkcjonowanie społeczne

Poziom funkcjonowania społecznego można rozpatrywać w kontekście posiadanych i używanych w codziennym życiu umiejętności społecznych. Najszerszy opis pojęcia umiejętności społecznych proponuje Bellack (1977 za: Bro-

nowski, Sawicka, Kluczyńska, 2009, s. 44). Według niego są one „behawioralną właściwością człowieka, polegającą na wyrażaniu w sposób społecznie akceptowany swoich pozytywnych i negatywnych stanów emocjonalnych. Jest to złożona umiejętność łącząca w sobie repertuar zachowań werbalnych i niewerbalnych, których głównym celem jest osiągnięcie akceptacji i wzmocnień społecznych. Umiejętności te są używane w sposób świadomy i zależą od potrzeb i sytuacji, w jakich mają się pojawić”.

Relacje interpersonalne uznawane są za jeden z podstawowych składników życia społecznego ludzi. Emil Durkheim (za: Filipiak, 1999, s. 131), sformułował twierdzenie o relacjach jednostki z otoczeniem społecznym. Stwierdził, że fundamentalną i ochronną rolę dla kondycji psychofizycznej człowieka mają więzi natury społecznej i poczucie integracji z grupami pierwotnymi (przede wszystkim z rodziną). Wykazał również, że dla człowieka istotne jest to: „1) aby posiadał takie związki z otoczeniem społecznym, które będą dawały mu oparcie; 2) że oparcie mogą dawać tylko grupy o silnej integracji społecznej; 3) że taka integracja tworzy się dzięki systemowi wyrazistych wartości i reguł; 4) że dzięki oparciu w zintegrowanej grupie o klarownych wartościach i normach jednostka zyskuje poczucie równowagi i sensu życia”.

Jeden ze sposobów opisu środowiska społecznego jednostki wskazuje na konieczność uwzględnienia ilości oraz jakości interakcji społecznych, w jakie jednostka jest uwikłana. Jeśli „relacje te są oceniane jako pozytywne, korzystne dla jednostki i stanowią źródło pewnych zasobów, z których czerpie, zwłaszcza w sytuacjach trudnych, mówimy, że są one źródłem wsparcia społecznego”. (Dudek, Koniarek, 2003 s. 427).

Człowiek w interakcjach z innymi ludźmi bardzo często kieruje się potrzebą uzyskiwania od nich wielowymiarowego wsparcia. Dzięki niemu jest „możliwe zmniejszenie negatywnego oddziaływania życiowych wydarzeń oraz dostarczenie jednostce konkretnych środków zaradczych służących przezwyciężaniu następstw negatywnych wydarzeń” (Jaworowska-Obłój, Skuza, 1986; za: Olejniczak, 2013, s. 184).

Wsparcie społeczne ma charakter dynamiczny. Zależy ono zarówno od przeszłych, jak i teraźniejszych wydarzeń. Szerokie rozumienie tego pojęcia opiera się na kwestii dotyczącej integracji społecznej, więzi społecznych i przywiązania. W tym podejściu wsparcie społeczne „nie jest ograniczane do trudnych, stresowych sytuacji życiowych. Jest interpretowane jako stale dostępna właściwość relacji oddziałująca na przystosowanie oraz zdrowie (Sęk, Cieślak, 2005; za: Olejniczak, 2013, s. 185).

Można zatem wnioskować, że problematyka wsparcia społecznego dotyczy relacji jednostka – otoczenie społeczne z punktu widzenia tego, co oto-

czenie wnosi do życia człowieka i w jaki sposób wpływa na jego kondycję psychofizyczną. W konsekwencji pojawia się pierwszorzędne pytanie: „jakie są zachowania i jaki jest stosunek innych do człowieka, czy doświadcza on bądź nie doświadcza wsparcia społecznego. Dotyczy ono bowiem szeroko rozumianego wsparcia, jako wyrazu bieżących relacji jednostki i otoczenia społecznego, nie zaś działań okazjonalnych i w wyjątkowych w sytuacjach” (Rutkowska, 2012, s. 133).

W pedagogice Kawula pojęciu wsparcia społecznego nadaje dwojakie znaczenie. W ujęciu pierwszym opisuje je jako „pomoc dostępną jednostce lub grupie w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, a których bez wsparcia ze strony innych osób nie są w stanie przezwyciężyć”. W spojrzeniu drugim definiuje wsparcie „jako rodzaj interakcji społecznej podjętej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której dochodzi do wymiany informacji, emocjonalnej lub instrumentalnej. Wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna, może być stała lub zmieniać się” (Kawula, 1996; za: Szluz, 2007, s. 203–204).

Za podstawowe źródło wsparcia społecznego uważa się środowisko rodzinne. To właśnie rodzina pozwala na nawiązanie silnych więzi emocjonalnych, które są kluczowe w zaspokajaniu potrzeb psychologicznych jednostki. Oprócz głównego źródła wsparcia społecznego – rodziny, wskazuje się na dużą rolę przyjaciół, znajomych i sąsiadów w życiu jednostki (Sęk, Cieślak, 2004).

Biorąc pod uwagę treść wymiany społecznej, która obecna jest w toku interakcji wspierającej, można wyróżnić kilka rodzajów wsparcia. Jedną z klasyfikacji zaproponował Tardy (za: Kmieciak-Baran, 1995), opisując cztery jego kategorie: emocjonalne (przekazywanie pozytywnych emocji), informacyjne (wymiana informacji, która sprzyja lepszemu zrozumieniu sytuacji), instrumentalne (udzielanie konkretnej pomocy) oraz wartościujące (uświadamianie osoby o posiadaniu przez nią możliwości, kompetencji).

W odniesieniu do grupy adolescentów z niepełnosprawnością intelektualną oraz zaburzeniami psychicznymi można stwierdzić, że wsparcie emocjonalne będzie polegało na tworzeniu takich relacji między dawcą a biorcą, by osoba z dysfunkcjami uwalniała się od napięć i negatywnych uczuć. Z kolei wsparcie informacyjne, związane będzie z udzielaniem wyjaśnień i porad, przekazywaniem wiedzy, instruktażem. Wsparcie instrumentalne dotyczyć będzie świadczenia konkretnych usług, ale także wyposażenie osoby z niepełnosprawnością w różne kompetencje. Wsparcie wartościujące natomiast związane będzie z wyrażaniem akceptacji dla osoby z niepełnosprawnością; może mieć miejsce w sytuacjach, gdy doceniany i podkreślany potencjał tej osoby (Rutkowska, 2012, s. 45–46).

Zgodnie z psychospołecznym ujęciem, niepełnosprawność umysłowa to wytwór społeczny, który oparty jest na mechanizmie pozwalającym wyeliminować ludzi mniej kompetentnych z podejmowania ważnych zadań społecznych, przy jednoczesnym zabezpieczeniu im jak najlepszej jakości życia. Koncepcja ta w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia wydaje się być bardzo trafna, gdyż ludzie z tą 'etykietą' są często wykluczani z normalnego życia w społeczeństwie (Kowalik, 2006).

Giryński (1989) przyjmuje, iż trudności przystosowawcze osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną są rezultatem zaburzonej struktury ich osobowości, która charakteryzuje się m. in. małym zróżnicowaniem. Szczególna rola przypada tutaj zaburzeniom sfery emocjonalno-motywacyjnej, charakteryzującej się m. in.: ogólnie niskim poziomem motywacji, na który wpływa podwyższony poziom lęku, obawa przed porażką, a także poczuciem niższości, mniejszej wartości, głodem emocjonalnym, małą odpornością na frustrację oraz niedorozwojem uczuć wyższych. Niewłaściwe reakcje emocjonalne niepełnosprawnych intelektualnie mogą wyzwalać u nich niewłaściwe zachowania społeczne. Częściej niż w populacji pełnosprawnych rówieśników występują u nich zaburzenia w zachowaniu, które wyrażają się reakcjami buntowniczymi, gwałtownymi i destrukcyjnymi.

Ponadto, należy podkreślić, że fakt współwystępowania z niepełnosprawnością intelektualną zaburzeń psychicznych, dodatkowo utrudnia społeczne funkcjonowanie młodych ludzi. Współwystępujące zaburzenia psychiczne w istotny sposób wpływają na sferę przystosowania społecznego nastolatka, stwarzając dodatkowe przeszkody w prawidłowej socjalizacji młodego człowieka zarówno w rodzinie, wśród rówieśników, jak i w szkole (por. Niemiec-Elanany, 2017).

Społeczne otoczenie osoby z zaburzeniami może stanowić zarówno źródło wpływów patogennych, jak i zawierać w sobie swoistego rodzaju potencjał leczniczy. Efektywnie działające systemy wsparcia, zmniejszają nie tylko częstotliwość zdarzeń, które mogą u jednostki wywołać kryzys emocjonalny, ale i prawdopodobieństwo dezaptacyjnych rozwiązań tych kryzysów (Axer, 1983).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną, jak i zaburzeniami psychicznymi w swym życiu napotykać na szereg trudności, czego konsekwencją jest ich socjalne i materialne upośledzenie, a nawet i marginalizacja, czy też społeczne wykluczenie (Bronowski, Załuska, 2005).

Badania Zawisłak (2002) wykazały, że głównym źródłem wsparcia dla osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną są ich rodzice, którzy udzielają pomocy w sposób regularny i kompensacyjny. Z kolei Bujnowska (2004) opisując poziom otrzymywanego wsparcia przez młodzież z niepełnosprawno-

ścią intelektualną w stopniu lekkim, określiła go jako dwukrotnie niższy w porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami.

Zatem można stwierdzić, że celem działań wspierających osoby z niepełnosprawnością i innymi problemami rozwojowymi jest „wzmocnienie zachowanych sprawności, zapewnienie warunków samorealizacji i doskonalenie sposobów radzenia sobie z ograniczeniami wynikającymi ze stanu zdrowia. Pokonywanie barier, które tkwią w osobach ze zwiększonymi potrzebami to ważny warunek, ale też często największa trudność w maksymalnej aktywizacji ich uczestnictwa w życiu społecznym (Rutkowska, 2012, s. 43). Ponadto za cel wsparcia społecznego tej grupy osób można również wskazać utrzymanie ich w środowisku, gdyż ze względu na szereg deficytów w zakresie różnych kompetencji, mają oni trudność w funkcjonowaniu w życiu codziennych, a co za tym idzie – w kształtowaniu relacji z otoczeniem.

Metodologia badań własnych

Głównym celem badań było określenie relacji pomiędzy wsparciem społecznym, jakie od rodziców i rówieśników otrzymuje młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi oraz zdrowa) a preferowanymi przez nich stylami funkcjonowania interpersonalnego oraz poziomem przejawianych zachowań o charakterze prospołecznym.

Podstawową grupę badaną stanowiła młodzież w wieku 14–18 lat z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim wraz ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi, wśród których zdiagnozowane były: zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia adaptacyjne oraz zaburzenia stresowe pourazowe. Natomiast grupa kontrolna składała się z adolescentów z lekką niepełnosprawnością intelektualną, wiekiem i płcią odpowiadającą rówieśnikom z grupy podstawowej.

Narzędzie badawcze, które zostało wykorzystane do zbadania poziomu otrzymywanego wsparcia społecznego to Skala Wsparcia Społecznego autorstwa Kmieciak-Baran (1995). Skala ta bada cztery rodzaje oparcia społecznego – informacyjne, instrumentalne, wartościujące i emocjonalne. Dodatkowo, narzędzie to – oprócz rodzajów wsparcia – określa jego źródło dzięki temu, iż jest podzielone na dwie części, które dotyczą rodziców i rówieśników. Za wyborem tych dwóch źródeł oparcia społecznego przemawiał fakt dużego wpływu rodziców na całokształt funkcjonowania młodych osób (szczególnie z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia, którzy stanowią specyficzną grupę, gdzie związek z rodzicami jest silny), a także

grupy rówieśniczej, która w tym okresie życia odgrywa równie istotną, a nawet niekiedy większą rolę niż najbliższa rodzina.

Aby określić preferowane przez badaną młodzież style funkcjonowania społecznego, użyto Skali Ustosunkowań Interpersonalnych autorstwa Stanika (1994). Narzędzie to powstało na gruncie koncepcji interpersonalnego funkcjonowania osobowości Sullivan'a i Leary'ego. Klasyfikacja stylów interpersonalnego zachowania została oparta na modelu kołowym, a jego układ wyznaczony jest przez dwie osie: dominacja-submisja oraz wrogość-miłość. SUI składa się z dwunastu skal składowych. Pierwsze osiem określa: (I) styl kierowniczo-autorytatywny, (II) podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy, (III) współpracująco-przyjacielski, (IV) uległo-zależny, (V) wycofująco-masochistyczny, (VI) buntowniczo-podejrzliwy, (VII) agresywno-sadystyczny, (VIII) współzawodnicząco-narcystyczny. Natomiast skale od IX do XII określają samoopis dotyczący względnie stałego stanu osobowości: (IX) samoakceptacja; (X) skala kłamstwa; (XI) zaradność, realizm, względna autonomia oraz (XII) pesymizm, bezradność, 'wołanie o pomoc'.

Do zbadania poziomu zachowań prospołecznych, została na potrzeby badań stworzona Skala Zachowań Prospołecznych. Kilka pytań zostało zaczerpniętych ze Skali Umiejętności Społecznych dla Dzieci i Młodzieży (MESSY) w adaptacji W. Pileckiej i J. Pileckiego.

Wyniki

Zależności pomiędzy wsparciem społecznym, jakie od rodziców i rówieśników otrzymuje młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi oraz zdrowa) a preferowanymi przez nich stylami funkcjonowania interpersonalnego oraz poziomem przejawianych zachowań o charakterze prospołecznym prezentują poniższe tabele (1. i 2.).

Analizę wyników rozpoczęto od wskazania różnic i podobieństw pomiędzy badanymi grupami, następnie wskazując związek ogólnego poziomu wsparcia ze stylami funkcjonowania interpersonalnego. Kolejno, wykazano związek źródeł oparcia społecznego (rodzice, rówieśnicy) oraz jego rodzajów (emocjonalne, informacyjne, wartościujące, instrumentalne) na funkcjonowanie społeczne adolescentów.

Tabela 1. Współczynnik korelacji w grupie młodzieży z zaburzeniami psychicznymi i upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim pomiędzy wsparciem społecznym, które otrzymują oni od rodziny i rówieśników a preferowanymi przez nich stylami funkcjonowania interpersonalnego oraz zachowaniami prospołecznymi

Współczynnik KORELACJI	SKALA USTOSUNKOWAŃ INTERPERSONALNYCH													SZP
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	?	
SWS – R – wsparcie informacyjne	-0,11	-0,16	0,14	-0,52	0,22	-0,19	0,02	-0,19	0,15	-0,45	-0,13	0,43	-0,31	0,12
SWS – R – wsparcie instrumentalne	-0,3	0,05	0,09	-0,18	-0,04	-0,68	-0,24	-0,24	-0,17	-0,21	0,07	0,34	-0,77	0,39
SWS – R – wsparcie wartościujące	-0,32	-0,26	-0,22	-0,56	-0,23	-0,51	-0,02	-0,22	-0,26	-0,26	0,1	0,4	-0,41	0,12
SWS – R – wsparcie emocjonalne	-0,24	0	-0,02	-0,41	-0,37	-0,56	-0,12	-0,36	-0,41	-0,23	0,39	0,2	-0,39	-0,04
SWS – K – wsparcie informacyjne	-0,3	0,32	-0,31	-0,17	-0,51	0,03	0,66	0,12	0,22	-0,13	0,37	-0,22	0,29	-0,35
SWS – K – wsparcie instrumentalne	-0,13	0,63	0,06	0,19	-0,51	-0,22	0,2	0,03	-0,04	0,11	0,3	-0,5	0,01	0,13
SWS – K – wsparcie wartościujące	-0,35	0,67	-0,15	0,32	-0,69	-0,43	0,21	0,05	-0,15	0,13	0,54	-0,52	-0,21	0,16
SWS – K – wsparcie emocjonalne	-0,13	0,56	-0,1	0,24	-0,62	-0,37	0,27	0,22	-0,12	0,12	0,38	-0,61	-0,08	0,12
SWS – R	-0,27	-0,09	-0,01	-0,47	-0,16	-0,55	-0,1	-0,29	-0,23	-0,31	0,16	0,36	-0,51	0,13
SWS – K	-0,25	0,6	-0,15	0,18	-0,65	-0,3	0,35	0,13	-0,05	0,07	0,45	-0,52	-0,03	0,03
SWS – R + K	-0,39	0,43	-0,13	-0,16	-0,64	-0,61	0,23	-0,09	-0,19	-0,15	0,47	-0,19	-0,36	0,11

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Współczynnik korelacji w grupie młodzieży zdrowej z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim pomiędzy wsparciem społecznym, które otrzymują oni od rodziny i rówieśników a preferowanymi przez nich stylami funkcjonowania interpersonalnego oraz zachowaniami prospołecznymi

Współczynnik KORELACJI	SKALA USTOSUNKOWAŃ INTERPERSONALNYCH												?	SZP
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII		
SWS – R – wsparcie informacyjne	-0,65	-0,32	0,13	-0,16	-0,85	-0,74	-0,56	-0,59	-0,27	0,62	0,36	-0,36	0,18	0,77
SWS – R – wsparcie instrumentalne	-0,51	-0,57	0,1	-0,42	-0,61	-0,53	-0,36	-0,31	-0,01	0,55	0,09	-0,2	0,22	0,86

Współczynnik KORELACJI	SKALA USTOSUNKOWAŃ INTERPERSONALNYCH												?	SZP
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII		
SWS – R wsparcie wartościujące	-0,32	-0,34	0,07	-0,43	-0,48	-0,48	-0,04	-0,27	0,22	0,48	-0,08	0,05	0,01	0,78
SWS – R wsparcie emocjonalne	-0,45	-0,53	-0,29	-0,62	-0,51	-0,73	-0,26	-0,55	0,26	0,4	-0,02	-0,38	0,15	0,72
SWS – K wsparcie informacyjne	-0,3	-0,39	0,15	-0,08	-0,65	-0,73	-0,37	-0,39	-0,23	0,5	0,36	-0,14	0,28	0,85
SWS – K wsparcie instrumentalne	0,03	-0,37	0,28	-0,36	-0,2	-0,5	-0,35	-0,01	0,07	0,64	0,35	-0,02	-0,01	0,91
SWS – K wsparcie wartościujące	0,18	-0,02	0,54	0,16	-0,16	-0,19	-0,31	-0,09	0,14	0,14	0,26	0,37	-0,04	0,66
SWS – K wsparcie emocjonalne	-0,53	-0,5	-0,15	-0,05	-0,6	-0,65	-0,25	-0,47	0,1	0,49	-0,03	-0,27	0,05	0,8
SWS – R	-0,51	-0,48	0	-0,45	-0,65	-0,67	-0,31	-0,46	0,08	0,55	0,08	-0,23	0,15	0,85
SWS – K	-0,21	-0,4	0,2	-0,27	-0,49	-0,63	-0,37	-0,3	0,03	0,54	0,26	-0,05	0,08	0,96
SWS – R + K	-0,38	-0,45	0,1	-0,38	-0,59	-0,66	-0,35	-0,39	0,06	0,56	0,17	-0,14	0,12	0,92

Źródło: opracowanie własne.

Poddając analizie dane zestawione w powyższych tabelach, zauważyć można duże różnice w korelacjach pod względem ilościowym pomiędzy badanymi grupami. Wśród adolescentów z zaburzeniami psychicznymi obserwuje się dwadzieścia cztery (24) znaczące zależności, natomiast w grupie zdrowych nastolatków jest ich prawie dwukrotnie więcej, czyli czterdzieści pięć (45).

Rozpatrując bardziej szczegółowo związki w grupie podstawowej, można stwierdzić, że tendencji do występowania określonych zależności jest trzynaście (13), a korelacji istotnych jedenaście (11), w tym dziesięć istotnych na poziomie 5% i jedna na poziomie 1%.

W grupie młodzieży zdrowej proporcje te rozkładają się nieco inaczej. Zaobserwowano szesnaście (16) tendencji oraz dwadzieścia dziewięć (29) istotnych relacji, z czego piętnaście jest na poziomie 5%, a czternaście na poziomie 1%. Jak widać w powyższym zestawieniu, podobna w obu grupach jest ilość tendencji, natomiast znaczne dysproporcje zauważa się przy istotnych korelacjach (szczególnie tych, gdzie $p < 0,01$), których więcej jest w grupie osób zdrowych.

Rozważając uzyskane rezultaty przedstawione w tabelach 1. i 2. zauważyć można brak relacji wsparcia z niektórymi skalami. W grupie podstawowej

wsparcie nie koreluje w sposób znaczący ze skalami: I, III, VIII, IX, X, oraz SZP (nie biorąc pod uwagę tendencji, dodatkowo można wymienić skalę IV i XI). W grupie kontrolnej takich sytuacji jest niewiele mniej, gdyż brak związków obserwuje się w skalach IX, XI, XII oraz „?” (odliczając tendencję można do tego wymienić skalę III i VII). Wspólne dla obu grup jest brak istotnych związków w skalach III, IX i XI.

Kolejnym rozpatrywanym aspektem są podobieństwa między badanymi obserwowane w związkach wsparcia i funkcjonowania społecznego. Analiza danych potwierdziła wystąpienie takich analogii w siedmiu przypadkach: skali II, V oraz VI. Największy wpływ wsparcie (szczególnie to otrzymywane od rodziców) wywiera na styl funkcjonowania opisywany w skali VI. Zatem im mniejsze wsparcie (ogólne z obu źródeł, ogólne od rodziców, instrumentalne i emocjonalne od matki i ojca), tym bardziej w obu grupach nasilony jest styl buntowniczo-podejrzliwy. Natomiast, gdy ogólne wsparcie od rodziców i rówieśników jest mniejsze, tym młode osoby częściej preferują styl wycofująco-masochistyczny. W skali II jest nieco inna sytuacja: im wyższe wsparcie uzyskuje młodzież z zaburzeniami psychicznymi (a mniejsze zdrowi adolescenti), tym bardziej nasilone są u nich zachowania z kręgu stylu podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego. W tym przypadku w obu grupach są to jedynie tendencje do występowania takiej relacji.

Biorąc pod uwagę różnice między badanymi grupami, można na samym początku zauważyć jedną, szczególnie istotną: wpływ wsparcia społecznego na zachowania prospołeczne. U młodzieży z zaburzeniami psychicznymi nie ma ani jednej istotnej zależności, natomiast w przypadku młodzieży zdrowej, bardzo silne związki występują we wszystkich przypadkach (są to korelacje istotne na poziomie 1% poza jedną, istotną na poziomie 5%). W tej grupie opisywane relacje przyjmują wartości od 0,66 do 0,96. Wnioskuje się zatem, że im wyższe wsparcie zdrowa młodzież uzyskuje, tym częściej przejawia ona działania na rzecz celów pozaosobistych, związanych z udzielaniem innym bezinteresownego wsparcia czy pomocy.

Ogólny poziom wsparcia ze strony rodziców i rówieśników nie różnicuje badanych grup, poza opisanymi wyżej zachowaniami prospołecznymi.

Z kolei ogólne oparcie uzyskiwane od matki i ojca wpływa w grupie kontrolnej na skalę V. Im jest ono mniejsze, tym bardziej nasilony u niepełnosprawnych intelektualnie zdrowych adolescentów jest styl wycofująco-masochistyczny. Wnioskować zatem można, że w tej grupie zachowania takie jak uległość, wycofanie się bądź nawet społeczna izolacja, występują znacznie częściej. Charakterystyczne będą także zachowania z podtekstem wrogości (odrzucanie siebie i innych), nieufność w stosunku do innych oraz mechanizmy

obronne pod postacią manifestowanej skromności, małej aktywności społecznej, a czasem również uzewnętrznione samooskarżanie się.

Wsparcie społeczne pozyskiwane od kolegów i koleżanek koreluje ujemnie w obu grupach z jedną skalą (u osób z zaburzeniami psychicznymi ze skalą V, u zdrowych z VI). Można więc wywnioskować, że im niższe będzie uzyskiwane wsparcie od rówieśników, tym bardziej nasilone u hospitalizowanych adolescentów są zachowania z kręgu stylu wycofująco-masochistycznego, związane z uległością, wrogością oraz wycofywaniem się, a u zdrowych – buntowniczo-podejrzliwego. Prezentowanie stylu buntowniczo-podejrzliwego wiązać się może z zachowaniami wrogimi, antyspołecznymi z elementami bezsilności wobec innych. U osób tych można również zaobserwować silną nieufność (a nawet i neurotyczną podejrzliwość), chłód uczuciowy wobec innych, buntowanie się przeciwko zewnętrznym nakazom oraz podkreślanie swojego wrogiego i destrukcyjnego nastawienia do otoczenia. Ze stylem tym często związane także jest występowanie zachowań o charakterze agresywnym.

Opisując wsparcie otrzymywane od rodziców, zauważa się już w pierwszym jego rodzaju, czyli oparciu informacyjnym, dość znaczące różnice między badanymi. W grupie osób z zaburzeniami psychicznymi nie ma istotnych korelacji, natomiast w przypadku zdrowej młodzieży jest ich w SUI pięć, z czego dwie na poziomie 1%. Nasuwa się zatem wniosek, że im mniejsze wsparcie informacyjne zdrowe osoby otrzymują, tym częściej preferują oni style funkcjonowania zwane kierowniczo-autokratycznym, wycofująco-masochistycznym, buntowniczo-podejrzliwym oraz współzawodnicząco-narcystycznym. Gdy wsparcie to będzie większe, tym istnieje prawdopodobieństwo zafałszowania odpowiedzi podczas badania. Preferowanie stylu kierowniczo-autokratycznego cechuje się orientacją dominującą, zabarwioną elementami pozytywnego uczucia. Zachowanie może odznaczać się również uległością i zależnością społeczną, które to są komponentami stylu wycofująco-masochistycznego. Zachowanie u osób buntowniczo-podejrzliwych mieści się w takich kategoriach jak wrogość, antyspołeczna postawa oraz chłód uczuciowy wobec drugiego człowieka, a także nieufność, podejrzliwość, a często także bunt przeciwko nakazom. Styl współzawodnicząco-narcystyczny związany jest z przejawianiem zachowań wyrażających wyniosłość, a także przesadne akcentowanie swojej niezależności. Osoby preferujące ten styl chcą dominować, a dominacji tej towarzyszy wrogość do siebie i innych. Zachowania są skierowane na obniżenie wartości drugiego człowieka, który konkuruje o wysoki status w relacjach społecznych, a jednocześnie inni traktowani są jako tło, które umożliwi wykazanie przewagi.

Kolejne, czyli oparcie instrumentalne, wpływa silnie w grupie podstawowej na liczbę znaków zapytania, natomiast w kontrolnej na skalę II i V. Stwier-

dzić więc można, że im mniejsze wsparcie instrumentalne młodzież z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi uzyskuje, tym większa możliwość nieufnego i asekuracyjnego stosunku tych osób do obcych. Gdy taka sama sytuacja występuje w grupie zdrowych adolescentów, tym bardziej nasilony jest u nich styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy oraz wycofująco-masochistyczny. Zatem mogą oni prezentować zachowania nacechowane pozytywnym nastawieniem do partnera, ale zabarwionych komponentem dominacji (styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy) oraz zachowania z kręgu z kręgu uległości, wycofania, a czasami i społecznej izolacji, co związane jest z odrzucaniem własnej osoby jak i innych (styl wycofująco-masochistyczny).

Wsparcie wartościujące otrzymywane od rodziców nie ma znaczenia dla funkcjonowania interpersonalnego młodzieży z zaburzeniami psychicznymi (występują jedynie tendencje), natomiast u zdrowych osób wpływa znacząco na zachowania prospołeczne.

Ostatni z rodzajów wsparcia uzyskiwanego od matki i ojca, czyli emocjonalne, podobnie jak w poprzednim przypadku, nie wpływa na funkcjonowanie interpersonalne adolescentów ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi. W grupie kontrolnej ma znaczenie dla dwóch skal SUI: IV i VI. Zatem, im mniejsze oparcie emocjonalne zdrowe osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim otrzymują, tym bardziej nasilone są u nich zachowania związane ze stylem uległo-zależnym oraz buntowniczo-podejrzliwym. Pierwszy z wymienionych, oznacza zachowania, związane z okazywaniem słabości, a także manifestowaniem szacunku do drugiego człowieka, celem uzyskania pomocy. Drugi z nich wiąże się przede wszystkim z zachowaniami o charakterze wrogim i antyspołecznym.

Wsparcie z drugiego źródła, czyli od rówieśników i jego pierwszy rodzaj, czyli informacyjne ma znaczący wpływ w grupie podstawowej na skalę VII, natomiast w grupie kontrolnej na skalę VI. W pierwszym przypadku im jest ono wyższe, tym częściej młodzi pacjenci preferują styl agresywno-sadystyczny, odznaczający się bezpośrednią dominacją z podtekstem wrogości. Natomiast im mniejsze wsparcie zdrowi adolescenty otrzymują, tym bardziej nasilony jest u nich styl buntowniczo-podejrzliwy, związany z cynizmem oraz prowokacją.

Kolejny rodzaj wsparcia, czyli instrumentalne koreluje dodatnio ze skalą II w grupie młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, natomiast w grupie zdrowych nastolatków ze skalą X. Wnioskuje się zatem, że im wyższe wsparcie uzyskują adolescenty z zaburzeniami psychicznymi, tym częściej przejawiają zachowania związane ze stylem podtrzymująco-przesadnie opiekuńczym, czyli z pozytywnym nastawieniem do innych. Taka sama sytuacja wśród zdrowej

młodzieży, powodować może w sytuacji badania, zafalszowanie przez nich odpowiedzi.

Wsparcie wartościujące, stanowiące następny rodzaj wsparcia, tworzy istotne zależności w dwóch skalach SUI (II i V) w grupie podstawowej, natomiast w grupie kontrolnej nie wpływa w sposób znaczący na funkcjonowanie tych osób (poza opisywanymi wcześniej zachowaniami prospołecznymi). Im większe wsparcie wartościujące niepełnosprawni intelektualnie z zaburzeniami psychicznymi otrzymują, tym częściej preferują styl podtrzymująco-przesadnie opiekuńczy. W momencie jednak, gdy to wsparcie jest niższe, to bardziej nasilony jest u nich styl wycofująco-masochistyczny, związany z uległością i wrogością.

Ostatnim rodzajem wsparcia pozyskiwanym od rówieśników jest oparcie emocjonalne. W przypadku osób z grupy podstawowej koreluje ono ujemnie ze skalami V i XII, natomiast w grupie kontrolnej ze skalą VI. Wnioskować zatem można, że im mniejsze wsparcie adolescenti ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi otrzymują od swoich kolegów, tym częściej preferują styl wycofująco-masochistyczny oraz charakteryzują się pesymizmem i bezradnością. W odniesieniu drugiej zależności, osoby te będą charakteryzowały się niskim poczuciem własnej wartości, negatywnie oceniać własne miejsce w życiu, własne możliwości i działania. Wykazywać mogą także negatywny stosunek do innych ludzi. Scharakteryzować ich można również jako bezradnych pesymistów, którzy są mało aktywni społecznie, podejrzliwi, lękowi, przewidujący tylko przeszkody i niepowodzenia. Taka sama sytuacja wśród zdrowej młodzieży generuje u nich zachowania związane ze stylem buntowniczo-podejrzliwym, związane z nieufnością i buntowaniem się.

Podsumowanie i wnioski

Podsumowując opisane powyżej rezultaty, dotyczące grup młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (z zaburzeniami psychicznymi i zdrowej), można zaobserwować dysproporcje ilościowe w zależnościach, których prawie dwukrotnie więcej jest w grupie kontrolnej. Analizując podobieństwa między badanymi, można zaobserwować, że brak istotnych związków między wsparciem a funkcjonowaniem występuje w skalach III, IX i XI. Rozpatrując analogie w poszczególnych skalach zauważa się takowe w relacjach: wsparcia emocjonalnego kolegów i stylu podtrzymująco-przesadnie opiekuńczego, ogólnego poziomu oparcia i wsparcia informacyjnego rówieśników ze stylem wycofująco-masochistycznym oraz ogólnego poziomu wsparcia od rodziców i kolegów, ogólnego wsparcia matki i ojca, wsparcia instrumental-

nego i emocjonalnego rodziców ze stylem buntowniczo-podejrzliwym. Różnice między grupami są szczególnie widocznie w Skali Zachowań Prospołecznych. W grupie młodzieży z zaburzeniami psychicznymi nie ma istotnych korelacji na poziomie wsparcie – SZP, natomiast w grupie zdrowych adolescentów każdy z badanych rodzajów wsparcia silnie koreluje z zachowaniami na rzecz celów pozaosobistych. Najwięcej znaczących relacji w grupie podstawowej widocznych jest w skali V, natomiast w grupie kontrolnej w skali V, VI i SZP.

Badania wykazały znaczne różnice w otrzymywanym wsparciu między obiema grupami. Znacząco niższe jest ono u adolescentów z niepełnosprawnością intelektualną, u których współwystępują zaburzenia psychiczne. Oznacza to konieczność oceny zakresu możliwego i otrzymywanego wsparcia społecznego, które powinno stać się jednym z kluczowych elementów szeroko pojętej rehabilitacji (w tym także społecznej), aby umożliwić jednostkom z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami psychicznymi integrację ze środowiskiem społecznym na miarę ich możliwości.

Bibliografia

- Axer A. (1983). Społeczne systemy oparcia w środowisku chorego psychicznie. *Studia Socjologiczne*, 4, 199 – 221.
- Bronowski P., Załuska M. (2005). Wsparcie społeczne pacjentów przewlekle chorych psychicznie. *Psychiatria Polska*, 2, 345 – 356.
- Bronowski P., Sawicka M., Kluczyńska S. (2009). Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 18 (1), 43–50.
- Bujnowska A. (2004). Korelaty społecznego wsparcia młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim. W: G. Kwaśniewska, A. Wojnarska (red.), *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie – Skłodowskiej.
- Dudek B., Koniarek J. (2003). Wsparcie społeczne jako modyfikator procesu stresu. Wybrane problemy teoretyczne i narzędzie pomiaru. *Medycyna Pracy*, 54 (5), 427–435.
- Filipiak G. (1999). Funkcja wsparcia społecznego w rodzinie. *Roczniki Socjologii Rodziny*, XI, 131–144.
- Giryński A. (1989). *Funkcjonowanie młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim w rolach społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo WSPS im. Marii Grzegorzewskiej.
- Kowalik S. (2006). Psychologia niepełnosprawności umysłowej. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna. Tom 2*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kmieciak-Baran K. (1995). Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny*, 1/2, 201–214.
- Niemiec-Elanany S. (2017). Niepełnosprawność intelektualna a zaburzenia psychiczne. *Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*, 25, 192–201.
- Olejniczak P. (2013). Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych. *Pielęgniarstwo i zdrowie publiczne*, 3, 2, 183–188.

- Rutkowska E. (2012). Wsparcie jako element rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, III, 39–52.
- Sęk H., Cieślak R. (2004). Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stanik J. M. (1994). *Skala Ustosunkowań Interpersonalnych (SUI)*. Kielce: Wydawnictwo Szumacher.
- Szluz B. (2007). Wsparcie społeczne rodziny osoby niepełnosprawnej. *Roczniki Teologiczne*, LIV, 10, 201–214.
- Zawiślak A. (2002). Społeczne wsparcie osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim. W: A. Pilecki (red.) *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie – Skłodowskiej.