

PROCES BUDOWANIA TOŻSAMOŚCI PRZEZ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE

Żaneta Stelter

UAM Poznań

Wprowadzenie

Pomimo tego, że znacząca część społeczeństwa to ludzie pełnosprawni, coraz częściej zauważamy, że obok nich żyją też osoby niepełnosprawne. Z roku na rok powiększa się ich liczba a jednak wiedza na ich temat, mimo szeroko zakrojonej integracji, jest ciągle niepełna i przejawia się najczęściej w formie utartych stereotypów i określeń o znaczeniu pejoratywnym.

Czym więc jest niepełnosprawność. Przyjmujemy, że niepełnosprawność to obniżony w stosunku do norm ustalonych dla danej populacji stan uszkodzenia organizmu, powodujący utrudnienia, a często ograniczenia funkcjonowania fizycznego i psychicznego oraz zdolności do pełnienia ról społecznych (Hulek, 1998). Człowiek niepełnosprawny, z uwagi na swe kalectwo znajduje się w niekorzystnej sytuacji psychofizycznej, społecznej i ekonomicznej oraz ma trudności w osiągnięciu celów życiowych, zaspokajaniu potrzeb i adaptacji społecznej.

W wielu pracach psychologicznych dominował do niedawna pogląd, że naruszenie sprawności fizycznej ma głęboki, wręcz determinujący, wpływ na osobowość. Uważano nawet, że z określonym rodzajem niepełnosprawności jest związany określony typ osobowości. Obecnie uważamy, że wprawdzie istnieją psychologiczne niebezpieczeństwa towarzyszące fizycznemu inwalidztwu, ale nie determinują one jednoznacznie rozwoju cech psychicznych osób niepełnosprawnych, a odbiegające czasami od powszechnych standardów zachowania nie są patologiczne, ale jedynie specyficzne, stanowią bowiem formę przystosowania i kompensacji. Zakładając stresogenny a zarazem traumatyzujący charakter niepełnosprawności należy pamiętać, że utrata sprawności nie warunkuje istnienia odrębnego typu osobowości inwalidzkiej, stanowi natomiast jeden z ważnych czynników rozwoju osobowości (Larkowa, 1987).

Znane są różne teorie tłumaczące wpływ kalectwa na osobowość jednostki. B. Wright (1965) podkreśla, że ciało jako wartość subiektywna i społeczna będąc narzędziem adaptacji i przystosowania się, wywiera pewien wpływ na zachowanie się jednostki oraz osobowość, wskutek poczucia inności i wyobcowania. Teorie wywodzące się z nurtu psychoanalitycznego, mówią, że obraz ciała jest podstawą poczucie własnego ego, a

niesprawne ciało daje poczucie wstydu i winy. Według A. Adlera (1986) poczucie mniejszej wartości fizycznej zmusza inwalidę do kompensacji braków poprzez różnego rodzaju osiągnięcia społeczne, artystyczne, moralne, aby obronić zagrożone poczucie własnej mocy. Natomiast teorie motywacji kładą nacisk na dążenie osoby niepełnosprawnej do jak najpełniejszego rozwoju swoich zdolności i osiągnięcia samorealizacji (Reykowski, 1970).

Funkcjonowanie człowieka, także niepełnosprawnego, można ujmować w trzech obszarach: psyche, soma i polis. Obszary te pozwalają ująć człowieka jako istotę społeczną podlegającą oczekiwaniom i wymaganiom społecznym (polis), żywy organizm, posiadający określone możliwości i podatny na uszkodzenia (soma) oraz (psyche) istotę spostrzegającą, przeżywającą, podejmującą decyzje (Brzezińska, 2000, s. 190). Przyjęcie takiej perspektywy ukazuje związki pomiędzy ciałem, psychiką a życiem społecznym osoby niepełnosprawnej. Uszkodzenie ciała (kalectwo) sprawia, że w płaszczyźnie psychologiczno – społecznej jednostka zmagą się z bolesnymi doświadczeniami lęku, utraty poczucia wartości i godności, doświadczeniami indywidualnego i społecznego odrzucenia i ograniczenia.

Według S. Kowalika (1999) osoby niepełnosprawne mają trudności w organizowaniu własnego życia w perspektywie czasowej, co powoduje niepewność związaną z własną przyszłością. Podlegają oni bowiem takim samym systemom segmentacji czasu życia jak osoby pełnosprawne, ale mają różnego rodzaju trudności z zastosowaniem poszczególnych segmentów do własnego życia. Tak więc, osoba niepełnosprawna może doświadczać wielu sytuacji trudnych związanych z własną przyszłością pod kątem zdobycia zawodu, wykształcenia, założenia rodziny, aktywnego współżycia w środowisku.

Z badań wynika (Arusztowicz, 2000; Błeszyńska, 1998; Witkowski, 1993), że sytuacja życiowa osób niepełnosprawnych nie przedstawia się najlepiej. Wyłania się z nich obraz osoby niepełnosprawnej, która nie wierzy w realizację swoich planów i dążeń, nie ma sprecyzowanych celów życiowych, nisko ocenia swoją wartość a jej warunki życiowe są zdecydowanie gorsze w porównaniu z osobami pełnosprawnymi. Nie jest to na szczęście jedyny model człowieka niesprawnego. W literaturze można bowiem znaleźć również przykłady świadczące o dużej determinacji osób niepełnosprawnych w walce o normalne życie. Są to osoby przekraczające granice własnych możliwości, konsekwentnie dążące do osiągnięcia wyznaczonych celów życiowych, osoby, które nie czują się gorsze w porównaniu z ludźmi zdrowymi (Adler, 1986; Juchniewicz, 1992).

Podsumowując, możemy powiedzieć, że w każdym przypadku niepełnosprawność stanowi stresor, który rzutuje (ale nie determinuje) na samopoczucie, samoocenę i sytuację psychospołeczną osoby nią obarczonej. Zachodzi sprzężenie zwrotne pomiędzy utratą

sprawności a stanem psychicznym i zdolnościami adaptacyjnymi jednostki. Jednym z istotnych elementów psychospołecznej sytuacji inwalidów, umożliwiającym adaptację do warunków wynikłych z utraty sprawności jest właściwie ukształtowana tożsamość.

Na podstawie koncepcji E.H. Eriksona (1980, 2000) oraz ujęcia sensu życia przez K. Obuchowskiego (2000) można przyjąć, że ludzie o różnych statusach rozwoju tożsamości różnią się pod względem psychospołecznego funkcjonowania, a także podejściem do życia i nadawania mu określonego znaczenia. Według K. Hurrelmana (1994) jednostka bez wykrystalizowanej autokonceptji (tożsamości) nie może stać się podmiotem zdolnym do działania i podejmowania kolejnych zadań życiowych. Uzasadnione jest zatem łączenie zagadnienia doświadczania niepełnosprawności z poszukiwaniem przez osoby niepełnosprawne własnej tożsamości.

Jednostka określając siebie, porównuje się ze światem, a w szczególności z innymi ludźmi. Dostrzega podobieństwa i różnice. Częściej jednak chce podkreślić własną indywidualność, odrębność. W sensie psycho -społecznym jest to poczucie, że jest się kimś, a także, kim może się być w przyszłości. Poczucie tożsamości człowieka dotyczy głównie własnego istnienia, poczucia odrębności od otoczenia, wewnętrznej spójności, własnej wartości, autonomii i niezależności. Osoby niepełnosprawne nie mają problemów z dostrzeżeniem swojej odrębności od otoczenia. Jest to jednak poczucie odrębności, które nie gwarantuje wypracowania tożsamości opartej na poczuciu własnej wartości i świadomości własnych kompetencji. W przypadku niepełnosprawnych odrębny znaczy „inny”, co z kolei często oznacza gorszy, natomiast tożsamość można budować nie na podkreślaniu własnej odrębności, ale na jej zaakceptowaniu.

Perspektywą, która może ułatwić zrozumienie psychospołecznego funkcjonowania jednostki niepełnosprawnej jest koncepcja E.H. Eriksona (1980, 2000). W poniższych rozważaniach podjęto zatem próbę przedstawienia procesu tworzenia się tożsamości osób niepełnosprawnych.

1. Specyfika kształtowania się tożsamości osób niepełnosprawnych w cyklu życia

Osoba niepełnosprawna, która obarczona jest dysfunkcją od urodzenia albo od wieku dziecięcego, prędzej czy później dokonuje refleksji nad swoim obrazem, nad tym jak naprawdę siebie spostrzega, czy akceptuje siebie i jakie wyznacza sobie cele życiowe. W sytuacji, w której osoba zdrowa traci sprawność, mamy z kolei do czynienia jakby z powtórny przejściem cyklu rozwojowego od niemowlęctwa przez dojrzałość do starości. Nie ma jednak wątpliwości, że w obu tych przypadkach osoba niepełnosprawna staje przed

koniecznością przeanalizowania i porównania swojego wizerunku, swoich ograniczeń z możliwościami. Jeżeli pomimo utraty sprawności jednostka zdoła przejść ponad ograniczeniami i zaakceptuje swoją niepełnosprawność będzie w stanie, pomimo chwil zwątpienia i porażek, zbudować (bądź przebudować) tożsamość, w taki sposób, aby mieć poczucie własnej spójności i wartości. W przeciwnym razie pozostaje jej postawa wycofania się i marazmu, poczucie niższości będące enklawą dla bierności i roszczeń.

Zgodnie z koncepcją rozwoju psychospołecznego Eriksona, zmiany rozwojowe pojawiają się w życiu człowieka, począwszy od narodzin aż do śmierci. Koncepcja ta kładzie nacisk na fakt, że człowiek nie żyje w „próżni społecznej” a jego procesy rozwojowe są wzmacniane bądź blokowane przez wpływy społeczne. Jednostka ma jednak możliwości przezwyciężenia ograniczeń poprzez samodzielne kształtowanie swego życia i nadawanie mu niepowtarzalnego sensu. Zdobywanie coraz większej autonomii jest procesem trwającym całe życie i przebiega na kontinuum od całkowitej zależności poprzez niezależność i współzależność (Sękowska, 2000; Pilecka, 1996).

Osoby niepełnosprawne są narażone szczególnie na ograniczenia w swej autonomii przez środowisko społeczne, przez charakter i głębokość niepełnosprawności, a także przez samych siebie. Dochodzenie do autonomii, do wypracowania własnej tożsamości i realizowania określonych zadań rozwojowych wśród osób niesprawnych jest procesem bardzo zróżnicowanym, niejednoznacznym, lecz dla wielu osiągalnym. Poczucie tożsamości i autonomii osób kalekich jest w znacznej mierze kształtowane przez innych: rodziców, wychowawców opiekunów, przy zmniejszonym udziale niepełnosprawnych. Tendencje ograniczające samodzielne kształtowanie tożsamości przejawiają się w ograniczaniu aktywności inwalidów, nieuwzględnianiu ich możliwości i aspiracji w życiu osobistym, zawodowym czy społecznym. Niepełnosprawni są więc zagrożeni ryzykiem ograniczania swobodnych wyborów w wyrażaniu potrzeb czy preferencji.

Z. Bauman (2001) łączy pojęcie tożsamości z możliwością sprawowania kontroli nad swoim życiem. Znaczna część osób niepełnosprawnych jest pozbawiona takiej możliwości i z góry skazuje się na bierne uczestnictwo w życiu. Bauman uważa, że obecnie jednostka ma znacznie większy wpływ na tworzenie własnej tożsamości niż dawniej. Dzieje się tak poprzez możliwość dokonywania wyboru i szeroko zakrojoną identyfikację, która pozwala na „zrzucenie” starej i „zdobycie nowej” tożsamości w zmieniającej się rzeczywistości. Większość ludzi ma możliwości dokonywania wyboru, ale część osób niepełnosprawnych jest skazana jedynie na „przydział tożsamości”. Postrzeganie siebie jako osoby niesprawnej (innej, gorszej), bądź społeczne zaetykietowanie jako taka osoba, pozbawia możliwości

dokonywania swobodnych wyborów. Tak więc, o tożsamości decyduje albo poczucie inności albo środowisko społeczne.

Trudno przedstawić wszystkie znaczące mechanizmy warunkujące kształtowanie się poczucia tożsamości i autonomii w perspektywie życia z niepełnosprawnością. Ograniczę się zatem do zasygnalizowania, w moim przekonaniu, istotnych tendencji moderujących rozwój psychospołeczny dzieci, młodzieży i dorosłych zmagających się z problemem utraty sprawności.

1.1. Niepełnosprawność w aspekcie dzieciństwa

Zachowanie człowieka jest z jednej strony regulowane przez mechanizmy wewnątrz osobowościowe z drugiej natomiast podlega wpływom czynników zewnętrznych. Od chwili narodzin jednostka wchodzi bowiem w kontakt z otoczeniem społecznym. Możemy zaryzykować stwierdzenie, że bez jego wsparcia nie jest możliwe ukonstytuowanie się człowieczeństwa. Taki sposób myślenia o człowieku ma oparcie w koncepcji rozwoju psychospołecznego E.H. Eriksona, która opisując stadia rozwoju jednostki ukazuje szanse osiągnięcia zdrowej tożsamości przy współdziałaniu otoczenia społecznego (1997, 2000).

W pierwszych latach życia dziecka szansę taką dają rodzice, którzy w procesie wzajemnego dopasowywania się z nim, przygotowują je do kolejnych zmian rozwojowych (Schaffer, 2005). Znaczenie tej wymiany, z pozoru proste, ukazuje swoją złożoność w obliczu niepełnosprawności dziecka. Rodzice w procesie wychowania dziecka niepełnosprawnego doświadczają wielu sytuacji trudnych (zob. Kościelska, 2000; Sidor, 2001; Twardowski, 1999; Firkowska-Mankiewicz, 1999; Minczakiewicz, 2002), których konsekwencją nierzadko są zachowania utrudniające prawidłowy rozwój dziecka. Takie niepożądane zachowania rodziców względem niepełnosprawnego dziecka wyrażają się m.in. w: zaniedbywaniu go, izolowaniu się od niego, stawianiu nadmiernych wymagań lub opuszczeniu (Keller, 2000). Nieprawidłowe postawy rodziców są uwarunkowane czynnikami natury psychicznej i społecznej.

Niezależnie od różnorodności typologii postaw rodzicielskich wobec dzieci, omawiając postawy rodziców wobec dziecka niepełnosprawnego należy pamiętać, że kalectwo dziecka zakłóca dotychczasowy model postępowania matki i ojca, i może być przyczyną dezorganizacji istniejących, prawidłowych postaw rodziców. Nowy model postępowania zależy od ich poglądów na sprawę defektu dziecka, od ich przeżyć emocjonalnych, od płci dziecka, stopnia jego niepełnosprawności, czy też od płci samego rodzica (Ślenzak, 1978).

Problemy, nazwijmy to, nieszczęśliwego rodzicielstwa są szczególnie ważne z perspektywy zaangażowania się w wychowanie dziecka niepełnosprawnego. Nas jednak bardziej interesuje, jaki wpływ mogą mieć (mają) rodzice na kształtowanie się osobowości (a w dalszej perspektywie poczucia tożsamości) dzieci z ograniczoną sprawnością fizyczną.

Osobowość jako wewnętrzny mechanizm regulacji uwalnia człowieka od bezpośredniej zależności od otoczenia, czyni go odpowiedzialnym za siebie. Odnosi się to również do osób niepełnosprawnych, chociaż z pewnymi ograniczeniami, ponieważ obniżona sprawność fizyczna, nie pozwala jednostce w pełni samodzielnie radzić sobie z trudnościami życia codziennego i uniemożliwia pełną adaptację do otoczenia (Zachara i Dobosiewicz, 1987; za: Maloney, 1973). Dlatego też ważnym czynnikiem w kształtowaniu się osobowości dzieci niepełnosprawnych jest zapewnienie im doświadczeń życiowych maksymalnie zbliżonych do tych, które są udziałem zdrowych oraz pomoc w przystosowaniu się do takiego życia (Zachara i Dobosiewicz, 1987).

Każdy człowiek, także o niepełnosprawny, odczuwa potrzebę szanowania samego siebie. Bez poczucia szacunku dla siebie nasza równowaga psychiczna byłaby w zagrożeniu. Potrzebne jest nam dobre samopoczucie psychiczne, świadomość, że jesteśmy w stanie coś osiągnąć, że sami dla siebie stanowimy określoną wartość.

Dziecko z niedorozwojem fizycznym (umysłowym także) może postrzegać, że umiejętności bardzo cenione przez otoczenie są dla niego nieosiągalne. Z drugiej strony, ma jednak potencjalne możliwości osiągnięcia takiego poziomu rozwoju, dzięki któremu może stać się pożyteczna dla innych, rozwinąć swoje możliwości (Zachara i Dobosiewicz, 1987). Należy więc podtrzymywać u dzieci niepełnosprawnych naturalną chęć dążenia do czegoś i osiągnięcia powodzenia, co zapewni im poczucie godności i szacunku dla siebie.

Osoba defektywna może w sprzyjających warunkach rozwojowych, realizować swoje potencjalne możliwości i znaleźć dla siebie miejsce aktywnego członka społeczeństwa. (Kostrzewski i Wald, 1981; Zachara i Dobosiewicz, 1987). Większość niepełnosprawnych, jest w stanie zrealizować siebie w stopniu, który jest im dostępny. Podstawą jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i akceptacji oraz dostarczenie rozległych i różnorodnych doświadczeń. Problem polega jednak na tym, że opiekunowie i otoczenie dziecka niepełnosprawnego, skupiając się na jego ograniczeniach, nie widzą sensu w dostarczaniu im doświadczeń, które ich zdaniem są dla niego zbyt trudne.

Znaczącym utrudnieniem a nawet czynnikiem blokującym rozwój dziecka z ograniczoną sprawnością fizyczną i intelektualną, jest przejmowanie przez otoczenie kontroli nad jego środowiskiem rozwojowym. Niepełnosprawny, który staje się całkowicie zależny od

otoczenia, rozwija w sobie poczucie całkowitej bezradności i traci poczucie własnej tożsamości (Kostrzewski i Wald, 1981; Olechnowicz, 1978). A. Twardowski (1999), analizując zachowania rodziców, blokujące samodzielność w podejmowaniu różnych działań przez dziecko upośledzone umysłowo wymienia: brak warunków do samodzielnego podejmowania decyzji, osłabienie motywacji do podejmowania samodzielných działań, wyręczanie dziecka, ścisłą kontrolę działań dziecka. Dzięki takim oddziaływaniom rodziców dziecko niepełnosprawne nie nabywa poczucia kompetencji, co niekorzystnie wpływa na jego rozwój poznawczy i kształtowanie się poczucia tożsamości.

Proces opieki, rehabilitacji i uspołecznienia dziecka niepełnosprawnego (podobnie zdrowego), zmierza do ukształtowania osobowości współzależnej (zob. Waterman, 1982), czyli żyjącej jednocześnie dla siebie i dla innych. Dla rodziców jest to ważna i trudna misja. Z jednej strony przygotowująca niepełnosprawne dziecko – w miarę jego możliwości – do bycia jednostką samodzielną, z drugiej do bycia jednostką asymilującą się ze środowiskiem ludzi zdrowych, szukającą u nich wsparcia, współdziałającą.

Dziecko niepełnosprawne bardzo wcześnie doświadcza inności. Z jednej strony pośrednio poprzez zachowanie rodziców (ich zakłopotanie, cierpienie, smutek, łzy) z drugiej bezpośrednio poprzez liczne zabiegi rehabilitacyjne, traktowanie wpisane w rodzinny i społeczny model niepełnosprawności. Początkowo dziecko dostrzega tą inność, ale jej nie rozumie. Dopiero z wiekiem zaczyna rozumieć to poczucie inności poprzez własną nieporadność a czasem złośliwość czy litość innych. Wygląd i zachowanie niepełnosprawnego dziecka zwracają uwagę i pozwalają na krótki opis „inny”. Dla niego sprawni koledzy też są inni tyle, że ich odmienność jest pozytywna i pogłębia jego własną. Dziecko porównując siebie z innymi odkrywa drugą „inność” – tą gorszą. Od tej pory zaczyna się u niego żmudny okres dorastania z niepełnosprawnością i do niepełnosprawności. Od tego, czy zostanie zaspokojona jego potrzeba bezpieczeństwa i prawo do samodzielności i niezależności będzie zależeć, z jakim bagażem wkroczy w okres dorastania i czy zdoła pokonać kryzys z nim związany.

Rodzice powinni dołożyć wszelkich starań, aby dogłębnie poznać charakter doświadczeń, które są udziałem ich niepełnosprawnych dzieci, nauczyć się te doświadczenia modyfikować, zwracając uwagę na wzbogacanie środowiska rozwojowego i doznań dziecka, z nastawieniem na pomoc w osiągnięciu przez nie pełni rozwoju w takim obszarze, jaki jest mu dostępny (Zachara i Dobosiewicz, 1987). Tylko wtedy dziecko będzie w stanie osiągnąć właściwy sobie poziom ufności, autonomii, inicjatywy i pracowitości a tym samym zdobędzie wiedzę o sobie niezbędną dla ukształtowania dojrzałej tożsamości.

1.2. Dorastający niepełnosprawni

Zdaniem niektórych psychologów dostrzeganie własnej odrębności stanowi jeden z warunków określenia przez jednostkę jej tożsamości (zob. Jarymowicz, Szustrowa, 1980; Jarymowicz, 1980). Świadomość własnej odrębności, indywidualności wraz ze świadomością własnej spójności mają decydujący wpływ na poczucie własnej tożsamości. Poczucia odrębności nie należy jednak utożsamiać z poczuciem inności. W pierwszym przypadku mamy z reguły na myśli niepowtarzalność jednostki w drugim fakt, że różni się od innych. O ile zgadzamy się z tym, że poczucie odrębności jest elementem koniecznym do ukształtowania poczucia tożsamości, to poczucie inności będące podstawą porównań społecznych może niekorzystnie wpłynąć na tożsamość jednostki. Przy czym „inność” danej osoby może być dwojakiego rodzaju: jednostka bywa postrzegana przez otoczenie jako „inna” i czuje się w pewien sposób naznaczona; z drugiej strony sama może odczuwać „inność” porównując się z innymi wokół siebie.

W świetle powyższych uwag ważnym wydaje się zagadnienie dorastania do bycia z wszelkiego rodzaju innością, której jedną z odmian jest niepełnosprawność. Inność często bywała i nadal bywa synonimem obcości, a odczuwanie zarówno cudzej jak i własnej inności było i nadal jest jednym z najtrudniejszych doświadczeń emocjonalnych i społecznych. Możemy powiedzieć „jestem kobietą”, „jestem mężczyzną” „jestem osobą niepełnosprawną”. Każda z tych odpowiedzi na pytanie o własną tożsamość jest odpowiedzią bardzo złożoną minimum z dwóch warstw znaczeniowych – biologicznej (bo wyróżniamy się określonymi właściwościami biologicznymi) i społeczno – kulturowymi (bo dopiero w tym kontekście właściwości biologiczne nabierają znaczenia).

Podobnie jak bycie kobietą w sensie biologicznym nie przesądza o roli kobiety, tak fakt bycia jednostką z defektami biologicznymi nie przesądza w kategorię obcości. Dopiero pojawienie się w biografii tzw. negatywnego sprzężenia zwrotnego (Kościelska, 1995), w którym dochodzi do nakładania się, wzmacniania, krzyżowania czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych może uruchomić proces patologizacji rozwoju. Widoczność cech niepełnosprawności podkreśla pierwszoplanowość niepełnosprawności w społecznej percepcji, zmieniając oczekiwania, reakcje, sposoby komunikowania się czy wreszcie gotowość do wchodzenia w indywidualne relacje. To powoduje, że jednostka odkrywa własną niepełnosprawność.

Jeżeli dominującym obrazem osoby niepełnosprawnej będzie obraz człowieka, bezwartościowego, który z przyczyn fizycznych, psychologicznych czy psychicznych nie jest zdolny do udziału w „normalnym” życiu, wówczas jednostki dotknięte utratą sprawności będą

zmuszone nie tylko do przyjęcia roli „upośledzonego”, ale także do akceptacji własnej inności, co w sposób niekorzystny wpłynie na ich poczucie tożsamości. Z punktu widzenia jednostki, która dorasta do bycia z samym sobą jako „innym” (bo niepełnosprawnym) rozważania na temat kształtowania się tożsamości nabierają nowego znaczenia.

Należy zastanowić się czy percepcja siebie jako jednostki „innej” wśród osób pełnosprawnych, tworzy warunki do kształtowania tożsamości, dorastania do niepełnosprawności i z niepełnosprawnością. Jest tutaj wiele wątpliwości i jedno jest tylko pewne - dziecko, które urodziło się niepełnosprawne, zawsze przejdzie z dzieciństwa do dorosłości. Pytanie tylko, z jakim bagażem doświadczeń wyznaczonych społecznymi wymaganiami spełniania ról, zadań, nauki, percepcji i interpretacji świata. W jakim stopniu jego świat został „nagięty” do ukształtowanego przez innych (zdrowych) świata dla osób niepełnosprawnych. Co było podstawą jego percepcji siebie wśród innych, co stało się podstawą jego własnej oceny.

Dorastanie jako jeden z etapów rozwoju człowieka charakteryzowany jest jako etap przejściowy pomiędzy dzieciństwem a dorosłością. To okres, w którym koncentrują się problemy dojrzewania psychoseksualnego i dorastania psychospołecznego. W teorii Eriksona (1980, 2000) określony jako piąty kryzys. Pomyślne jego pokonanie zależy w dużym stopniu od ukształtowania w okresie dzieciństwa podstawy tożsamości (czyli powstania i umocnienia struktury ja) od aktywności w okresie dorastania – wypróbowywania swoich możliwości i możliwości otoczenia społecznego, wchodzenia w role i ich wypełniania. Poradzenie sobie z kryzysem tożsamości w dużej mierze jest uzależnione od umiejętności identyfikacji z nowymi rolami. Dla osoby niepełnosprawnej świadomość własnej „inności” stwarza potencjalną sytuację dewaloryzacji tożsamości i ukształtowania się tożsamości negatywnej. Jak pisze Malewska – Peyre, pojęciem tym określa się „uczucie bezsilności, przykrości istnienia, przekonanie, że jest się gorszym od innych, że nasza aktywność jest niewiele warta, że brak nam zalet i uzdolnień” (1992, s. 45).

Briget Wright (1965, s. 202) uważa, że w okresie dorastania u młodzieży niepełnosprawnej na skutek „identyfikacji z surowymi i wyidealizowanymi zasadami dotyczącymi właściwej roli życiowej danej płci” wzrasta znaczenie wyglądu fizycznego oraz wzrasta świadomość anomalii fizycznych, co prowadzi do trudności przystosowawczych. Wynika z tego, że potrzeba podtrzymania pozytywnego wizerunku na tym etapie może wyjaśnić przeżywanie przez niepełnosprawną młodzież kryzysów tożsamościowych (zob. Obuchowska, 1983).

Wzrost znaczenia wyglądu zewnętrznego w tworzeniu się pojęcia Ja (kształtowaniu tożsamości) w okresie dorastania jest spowodowany kilkoma czynnikami. Po pierwsze, zmiany fizyczne okresu dorastania powodują zmiany w stosunku otoczenia do jednostki. Z tego powodu osoby lepiej rozwinięte fizycznie oceniane są jako dojrzałe do wykonywania różnych czynności charakterystycznych dla wieku dojrzałego w porównaniu z osobami mniej rozwiniętymi fizycznie. Po drugie, w okresie dorastania znaczenia nabiera wartość własnej sprawności fizycznej i wyglądu zewnętrznego, co odbywa się poprzez identyfikację z wyidealizowanymi pojęciami dotyczącymi roli życiowej danej płci. Po trzecie, w okresie dorastania młodzi ludzie mają skłonność do uważania się za jednostki całkowicie ukształtowane pod względem fizycznym.

W świetle powyższych stwierdzeń słuszny wydaje się pogląd, że osoby niepełnosprawne w okresie dorastania są w sposób szczególnie zagrożone niską samooceną i brakiem akceptacji swojego wyglądu zewnętrznego i możliwości fizycznych. Ta niska akceptacja swojego wyglądu zewnętrznego (tj. duża rozbieżność pomiędzy „ja realnym” a „ja idealnym”), może być wynikiem konfliktu między dążeniem do znaczenia a przeżywanym uczuciem małej wartości. To może spowodować nieadekwatność poziomu aspiracji życiowych dorastających niepełnosprawnych i prowadzić do rezygnacji z ubiegania się o własną tożsamość.

Niepełnosprawność jest przeżywana przez osoby nią dotknięte w trzech wymiarach: bólu, uszkodzenia ciała oraz niepewności i obaw związanych z życiem przyszłym. S. Kowalik (1999). Wyróżniając takie wymiary przeżywania kalectwa odnosi je do osób, które doznały kalectwa, będąc wcześniej zdrowymi. Sytuacja jednostki, która jest niepełnosprawna od urodzenia jest na tyle różna, że wymienione sposoby odczuwania własnej ułomności często pojawiają się w okresie dojrzewania, gdy młoda osoba uświadamia sobie w pełni różnicę pomiędzy swoim ciałem a ciałami ludzi pełnosprawnych.

M. Gołaszewska uważa, że pytania egzystencjalne młodzieży niepełnosprawnej są podobne jak u osób zdrowych, ale (ze względu na wymienione wyżej wymiary), „dołącza do nich moment poczucia niezawinionego cierpienia, poczucia winy, niesprawiedliwości, ciężaru życia”. Ten szczególny moment określa ona jako „współczynnik nadwrażliwości egzystencjalnej” (Gołaszewska, 1998, s.21).

Młodzież niepełnosprawna często zadaje sobie pytania egzystencjalne o sens istnienia. Są to pytania „jak mam żyć”, „po co żyję”, „jaki jest cel i przeznaczenie mojego istnienia”. Są to pytania o sens życia w wersji zindywidualizowanej i uszczegółowione: po co mam żyć, jak nie widzę; jak nie mogę założyć rodziny; jak mogę się przydać innym, kiedy napotykam

ograniczenia nie do pokonania (Gołaszewska, 1998). Pytaniom tym towarzyszy znaczne napięcie psychiczne natury emocjonalno – intelektualnej, które powoduje, że wiele młodych osób niepełnosprawnych nie potrafi poradzić sobie z problemami życiowymi, lękami egzystencjalnymi i uaktywnia mechanizmy obronne. Jeżeli są to mechanizmy zaprzeczania, regresji, fiksacji itp., wywołują one jeszcze większe nieprzystosowanie poprzez ograniczenie aktywności własnej w nabywaniu poczucia tożsamości i planowaniu dalszego życia. Dorastający niepełnosprawni tracą szansę na znalezienie odpowiedzi na pytania: „kim jestem”, „kim będę” i na wyjście z ukrycia. Trudności określenia samego siebie przez refleksję o sobie z przeszłości, teraźniejszości i przyszłości mogą nie pozostać obojętne dla całokształtu rozwoju dorastającej osoby niepełnosprawnej.

1.3. Dorosłość osób niepełnosprawnych

Dorosłość to nie tylko fakt metrykalny, ale proces związany z osiągnięciem kolejnych poziomów dojrzałości. Składa się na nią dojrzałość biologiczna (zakończenie procesów wzrostu i zdolność do prokreacji), społeczna (np. zdolność do samodzielnego życia) i uczuciowa, moralna. Dojrzałość przejawia się też w akceptacji siebie i własnych ograniczeń. „Dojrzała” dorosłość to podejmowanie zadań realizujących własną wizję przyszłości, stylu życia jego filozofii (wczesna dorosłość), akceptacja zmian fizjologicznych i przystosowanie się do nich, nadawanie życiu sensu poprzez wspieranie innych (wiek średni), przystosowanie do ograniczeń fizycznych, akceptacja dotychczasowego życia (okres późnej dorosłości).

Okres dorosłości jest najdłuższym okresem w życiu człowieka. J. Viorst (1996, s.176) charakteryzując ten okres pisze „dorosnąć oznacza zdobyć mądrość i umiejętności, pozwalające nam otrzymać to, czego chcemy, w granicach nakładanych na nas przez rzeczywistość uszczuplonych sił, ograniczonej wolności...” Dorosłość to okres podejmowania ról rodzinnych, społecznych i zawodowych. Aby dobrze je wypełnić jednostka powinna wejść w dorosłe życie z uformowaną tożsamością. Uzyskanie poczucia odrębności a zarazem ciągłości istnienia to wynik samopoznania, określenia sensu swej egzystencji oraz poczucia autonomii. Według Eriksona (2000) tożsamość powinna być ukształtowana w okresie dorastania. Jednak w późniejszych okresach rozwojowych również możliwe jest rozwiązanie kryzysu tożsamości lub jej przebudowa (Rostowski, 1997).

Utrata sprawności jest wydarzeniem, które z jednej strony utrudnia wypracowanie tożsamości w okresie dorastania a z drugiej pełnienie ról w życiu dorosłym. Niepełnosprawność zagrażając systemowi wartości i związanymi z nim celom życiowym sprawia, że jednostka musi zmagać się z problemem zachowania sensu życia i obrony własnej

autonomii. Z prac autorów podejmujących wątki biegu i jakości życia wynika, że sens życia jest taką potrzebą dorosłego człowieka, która polega na utworzeniu własnej i abstrakcyjnej koncepcji życia, powstałą w wyniku przemyślenia tego, czym jest człowiek i jego życie (Obuchowski, 2000). Jednostka, która posiada sens życia, potrafi się samookreślić i formułować zadania osobiste dotyczące teraźniejszości i przyszłości, potrafi zachować autonomię.

Za K. Obuchowskim (1997, s.78) można powiedzieć, że „autonomia człowieka wobec otaczającego świata polega na realizacji w nim wytworzonych przez siebie celów (...). Dążenia jednostki powinny służyć wykorzystywaniu własnych możliwości dla doskonalenia się, rozwoju”. W dzisiejszym świecie autonomia osób niepełnosprawnych wyrażająca się ich dążeniami, które prowadzą do doskonalenia rozwoju, wykorzystania możliwości staje się ważnym zadaniem. Realizacja tego zadania jest procesem trudnym, wymagającym pogłębionej świadomości uwarunkowań na drodze osiągnięcia autonomii.

Oczywiste jest, że autonomia jako, zdolność i prawo do kreowania swego życia, jest wspólna wszystkim ludziom, bez względu na ich stan psychiczny czy fizyczny. Każda jednostka posiada charakterystyczną tendencję do samostanowienia. Osiągnięcie autonomii zależy w znacznym stopniu od warunków subiektywnych osoby niepełnosprawnej: jej kompetencji intelektualnych i społecznych, stanu odpowiedzialności za siebie i innych. Koncepcja Eriksona (2000) kładąc nacisk na wpływy społeczne warunkujące rozwój jednostki zakłada także, że człowiek ma możliwości i siły aby przeciwstawić się tym wpływom i samemu tworzyć własne życie.

Człowiek niepełnosprawny dążąc do obrony własnej równowagi wewnętrznej przed niekorzystnymi zmianami wpływającymi ze środowiska i zachowania własnej autonomii jest w stanie zachować, bądź w razie potrzeby przebudować własną tożsamość radząc sobie z egzystencjalnymi zadaniami życiowymi specyficznymi dla właściwych stadiów dorosłości. Wynika z tego, że na życie osoby niepełnosprawnej można spojrzeć, wskazując rangę i znaczenie tego – co w koncepcji Eriksona (1980, 2000) jest oznaką dorosłości.

Każdy z kryzysów może być przez jednostkę niepełnosprawną rozwiązany pomyślnie, przy wewnętrznej mobilizacji, pracowitości, inicjatywie i autonomii. Faza VI –zadań egzystencjalnych, zwana przez Eriksona intymność kontra izolacja pojawia się wówczas, gdy jednostka ma już za sobą burzliwy okres rozwoju. Zaczynają się wówczas odpowiedzialne zadania egzystencjalne, widzenie „ja” przez pryzmat „my”, dojrzałość do intymności sfery płciowej. Przeciwnieństwem jest poczucie izolacji i unikanie bliskich kontaktów z drugą osobą. Znamienne dla tego stadium jest afiliacja, czyli wspólnota związku w pracy, miłości,

przyjaźni, wychowaniu dzieci. Można przyjąć, że dysfunkcjonalność organizmu staje się istotną przeszkodą na drodze do realizacji wyżej wymienionych zadań. Na te utrudnienia nakłada się obraz własnej osoby oraz odbiór społeczny zjawiska niepełnosprawności. Zwłaszcza groźne w skutkach mogą być czynniki, które ograniczają niezależność osobistą i materialną osób niepełnosprawnych.

Szczególno znaczenia w tym kontekście nabiera problem samoakceptacji. Istnieje bowiem związek pomiędzy obrazem siebie a przystosowaniem go wymagań życiowych. Należy pamiętać, że inwalidztwo jedynie rzutuje na różne strony życia człowieka, ale nie wpływa na jego całość. Jeżeli osoba niepełnosprawna to zrozumie skutki jej kalectwa zostaną ograniczone. Niska samoocena i brak akceptacji swojego inwalidztwa powoduje poczucie zagrożenia, obawę przed kontaktami interpersonalnymi i nadwrażliwość na zachowanie otoczenia społecznego. Negatywna postawa w stosunku do siebie powoduje negatywną postawę do innych, która implikuje zaburzenia kontaktów (Reykowski, 1968; Jarymowicz, 1979; Kołodziej, 1974) i znacząco może utrudnić rozwiązanie VI kryzysu (intymność kontra izolacja).

Osoba, która zaakceptowała własną niepełnosprawność nie cierpi i nie odczuwa poczucia niższości z powodu swojego stanu. Potrafi nauczyć się nowych form regulowania swoich relacji ze światem, inicjując działania, które umożliwiają jej wejście w role, niekoniecznie zarezerwowane dla zdrowych. Wraz z poczuciem wolności i samodzielności osoba z ograniczoną sprawnością może pozytywnie realizować zadania młodszej dorosłości i bez ograniczeń wchodzić w role partnera, rodzica, pracownika czy osoby aktywnej w życiu społecznym.

Na tym poziomie znaczenia nabiera problematyka życia erotycznego – w szerokim tego słowa znaczeniu – osób kalekich. Jest to problem bardzo delikatny, ale dla młodych inwalidów jest jednym z istotniejszych, w całokształcie uwarunkowań psychospołecznych ich aktywności jako młodych dorosłych. Funkcjonowanie erotyczne jest naturalnym elementem każdego życia, łącznie z życiem osób niepełnosprawnych. Jest to jednak temat właściwie nieobecny w literaturze przedmiotu. Pomimo tego, że zgadzamy się, iż potrzeby niepełnosprawnych nie odbiegają od potrzeb ludzi zdrowych rzadko zastanawiamy się nad tym, że wszyscy nie wyłączając niepełnosprawnych potrzebujemy miłości i intymności także w tym kontekście. Z punktu widzenia kryzysu „intymność kontra izolacja” nie jest to problem błahy i może mieć znaczenie rozstrzygające w walce o zachowanie czy też przebudowanie tożsamości tak, aby móc sprostać wyzwaniom dorosłości.

1.4. Średnia dorosłość i starość osób niepełnosprawnych

To jak człowiek będzie się realizował w dorosłości znajduje wyraz w jakości kolejnych faz życia wyznaczonych przez Eiksona. Niezmiernie ważne jest na tym etapie życia rozwiązanie kryzysów psychospołecznych poprzez realizowanie różnych form aktywności. Dopóki bowiem człowiek potrafi, może, chce być aktywnym dopóty zachowuje poczucie własnej wartości oraz nadzieję na osiągnięcie satysfakcji z własnego życia „tu i teraz”, mimo wielu przeciwności w tym niepełnosprawności.

W związku z powyższym na poziomie średniej dorosłości szczególnego charakteru nabiera bycie produktywnym. W swojej koncepcji Erikson wskazując na dysonans pomiędzy kreatywnością a stagnacją podkreśla, że twórczość – będąca formą kreatywności, odgrywa bardzo ważną rolę w dochodzeniu do dorosłości. Erikson uważa, że „Twórczość stanowi istotną fazę w harmonogramie rozwoju zarówno psychoseksualnego, jak i psychospołecznego. Jeżeli tego typu wzbogacenie psychiki ponosi całkowitą porażkę, ma miejsce regresja do obsesyjnej potrzeby pseudointymności, czemu często towarzyszy poczucie stagnacji oraz osobistego zubożenia” (Erikson, 2000, s.278).

Wydaje się więc, że szeroko pojęta twórczość może być dla osoby niepełnosprawnej sposobem na rozwój ego, dającym wewnętrzną satysfakcję z własnych dokonań i rozwijającym osobowość. Często problem twórczości jest rozpatrywany w kontekście zdrowia psychicznego. Tacy autorzy jak Rogers, Maslow, zwracają uwagę na takie cechy charakterystyczne zdrowia psychicznego jak samourzeczywistnienie, pragnienia tworzenia czy też pragnienie człowieka do panowania nad otaczającą rzeczywistością. Tendencja do samorealizacji jest wyrazem prawidłowego rozwoju psychicznego a twórczość jest uwieńczeniem tej tendencji (Strzałecki, 1968). Twórczość oznacza bowiem wchodzenie na drogę tego, co nieznanne, wychodzenie naprzeciw czegoś, czemu z przystosowawczego punktu widzenia naprzeciw wychodzić się nie musi.

Antoni Kępiński umieścił twórczość (tworzenie) wśród procesów metabolizmu informacyjnego, uznanego przez niego za taki sam zespół czynników życiodajnych jak metabolizm procesów energetycznych. Życie człowieka przebiega w obrębie trzech wektorów: „od”, „do” i „nad”. Wektor DO to wektor miłości, wektor OD to ucieczka, tworzy tło procesów metabolizmu informacyjnego, a wektor NAD to wektor twórczości, podporządkowania sobie świata i uporządkowania go na swój sposób (Kępiński, 1979). Droga człowieka przez życie to droga „negatywnej entropii” tzn. nadawania własnym czynom i otoczeniu swoistego porządku. Należy jednak pamiętać, że postawa NAD, a w jej następstwie twórczość, może pojawić się jedynie w konsekwencji postawy DO.

U ludzi niepełnosprawnych mamy do czynienia z szeregiem ograniczeń, które przy rozważaniach o samorealizacji i twórczości stwarzają wiele znaków zapytania. Niesprawność fizyczna wzmaga poczucie dramatu własnych kontaktów ze światem, z otoczeniem, własnego miejsca pomiędzy wektorami „do”, „od”, i „nad”. Być może twórczość mogłaby tu okazać się sposobem na życie, byłaby kompensacją, dotykaniem świata a wreszcie przekraczaniem granicy „ode mnie do otoczenia”, sposobem na wyrażanie siebie.

Z tego co powiedzieliśmy wcześniej, wynika, że osoby niepełnosprawne, w swoim życiu wielokrotnie mają do czynienia z sytuacjami problemowymi wymagającą rozwiązania. Z reguły takie sytuacje są bardzo złożone a jednostka niesprawna musi znaleźć całkiem nowe sposoby funkcjonowania, aby móc żyć z inwalidztwem. Te nowe sposoby trzeba zdobyć, wytworzyć. Właśnie wygenerowanie takich nowych operatorów (sposobów radzenia sobie) jest nierzadko najbardziej twórczą aktywnością osoby niepełnosprawnej, wymaga bowiem stworzenia własnej wizji rzeczywistości społecznej i psychologicznej, wymaga przewartościowania nieraz całego swojego życia.

Jeżeli dojrzała osoba niepełnosprawna będzie miała możliwość podjęcia aktywności, która prowadzi do pokonywania i przekraczania progu własnych możliwości wtedy jest szansa na mobilizację posiadanych na danym etapie rozwoju funkcje rozwojowych pomimo ograniczeń wynikających z utraty sprawności.

Realizowanie aktywności może dotyczyć także ostatniej w koncepcji Eriksona fazy, gdy człowiek znajduje się pomiędzy integralnością a rozpaczą. W wyniku rozwiązań dokonanych na każdym poprzednim etapie życia, może cieszyć się spełnieniem, mając poczucie zadowolenia albo rozpaczać, że źle pokierował własnym życiem. Proces starzenia się można rozpatrywać w czterech wymiarach: egzystencjalnym, poznawczym, kondycyjnym i estetycznym (Kowalik, 1999). Pierwszy polega na wartościowaniu minionego życia w kontekście sensu lub bezsensu własnej egzystencji. Wartościowanie to w niewielkim stopniu dotyczy dzieciństwa i młodości, a przede wszystkim koncentruje się na życiu dorosłym. Wymiar poznawczy to zmiany w funkcjonowaniu podstawowych procesów psychicznych, za którą idzie spadek aktywności wynikający z małej sprawności procesów poznawczych. Jeżeli chodzi o wymiar kondycyjny, to starość uwidacznia się w stopniowym pogorszeniu funkcjonowania wszystkich układów i narządów organizmu. Ostatnim wymiarem jest problem estetyki starzenia się. Najprościej mówiąc, chodzi o zaakceptowanie wyglądu starzejącego się ciała.

Osoby niepełnosprawne, które pomyślnie poradziły sobie z problemem utraty sprawności na tym etapie życia mają większą szansę na pozytywną integrację, głównie

dlatego, że wiele procesów o charakterze degeneracyjnym zarówno w płaszczyźnie biologicznej, psychicznej i społecznej było ich udziałem w poprzednich fazach życia. Akceptując swoją niepełnosprawność osoby te już dużo wcześniej musiały poradzić sobie ze zmianami w wymiarze egzystencjalnym, poznawczym, kondycyjnym i estetycznym. Teraz nie mają problemu z nadaniem sensu swemu życiu.

Zakończenie

Zajmując się w tym opracowaniu problematyką tożsamości osób niepełnosprawnych starano się pokazać ten problem z trzech perspektyw:

- dochodzenia do okresu właściwego dla formowania się tożsamości - dzieciństwo a niepełnosprawność
- realizowania tożsamości - dorastanie osób niepełnosprawnych
- odchodzenia od młodości ku starości - przebudowa tożsamości w kontekście utraty sprawności.

Wydaje się, że przyjęcie szerszej perspektywy pozwoliło powiedzieć znacznie więcej i trafniej o problemie tożsamości niepełnosprawnych niż gdyby ograniczono się tylko do okresu dorastania.

Podsumowując zaprezentowane rozważania możemy stwierdzić, że utrata sprawności nie stanowi przeszkody na drodze do osiągnięcia tożsamości i realizowania zadań rozwojowych. Jest natomiast czynnikiem moderującym proces kształtowania tożsamości. A zatem każda osoba niepełnosprawna realizuje własną tożsamość na miarę swych życiowych doświadczeń, warunkowanych ograniczeniami sprawności, a poziom i zakres tożsamości jest wynikiem ustawicznego zmagania się z owymi ograniczeniami.

Tożsamość osoby niepełnosprawnej musi być stale dopracowywana, jest to nieustanny proces. Formowanie się tożsamości w kontekście utraty sprawności jest procesem szczególnie skomplikowanym i specyficznym. Wynika to z faktu, że jednostka z ograniczoną sprawnością, gromadzi na drodze kształtowania tożsamości doświadczenia, które nie są dostępne większości pełnosprawnych osób.

Funkcjonowanie w zmienionej strukturze fizycznej, psychicznej czy umysłowej sprawia, że osoby niepełnosprawne dysponują szczególną wiedzą na swój temat. Wiedzą opartą na poczuciu odmienności, lęku przed sobą, przed innymi, przed przyszłością, relacjach społecznych nie zawsze nasyconych zrozumieniem i akceptacją. Ponad to, niepełnosprawność utrudniająca czy wręcz uniemożliwiająca, wykonywanie pewnych czynności sprawia, że

jednostka przez większość swojego życia jest zmuszona uczestniczyć w sytuacjach pomocy – w których może grać jedynie rolę osoby wspomaganej ze wszystkimi konsekwencjami.

Dociekając uwarunkowań kształtowania się tożsamości osób niepełnosprawnych, należy wziąć pod uwagę także to, że odmienna jest psychologiczna i społeczna sytuacja osób, które nabyły inwalidztwo we wczesnym dzieciństwie lub w wyniku długotrwałej choroby, a inna osób, które nagle, niespodziewanie utraciły sprawność. Jednostka w obliczu nagłego urazu przeżywa nieunikniony wstrząs wizji i koncepcji własnej osoby. Osoby doświadczające takim zdarzeniem muszą radzić sobie przez odkrywanie, poszukiwanie nowej tożsamości, przechodząc kolejne etapy przystosowania.

W obliczu takich uwarunkowań, człowiek niepełnosprawny ma szansę na tożsamość, kiedy mimo niepełnej sprawności, pewnego rodzaju zniewolenia i stagnacji posiada wewnętrzną niezależność, umiejętność znoszenia i łagodzenia skutków kalectwa, zaakceptuje siebie. Aby tak się stało, doświadczenia związane z niepełnosprawnością powinny zwiększyć ich determinację w dążeniu do normalnego życia na drodze przetwarzania wad w zalety, zła w dobro, słabości w siłę, co stanowi istotę sensu życia, każdego człowieka (Adler, 1986).

Kierunek poszukiwań szans na tożsamość osób niepełnosprawnych zmierza do uwzględnienia właściwości faz rozwojowych człowieka. Należy pamiętać, że o rozwoju osób niepełnosprawnych zasadniczo decydują te same prawidłowości i mechanizmy, które odnoszą się do pozostałej populacji. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że pojawienie się dysfunkcji wpływa w określony sposób na funkcjonowanie jednostki, jej środowisko i relacje między nimi należy zapytać, co trzeba zrobić, aby niepełnosprawność nie stała się w życiu jednostki czynnikiem uniemożliwiającym rozwój.

Przede wszystkim należy przygotować dziecko niepełnosprawne do wejścia w dorosłość, starając się pomniejszyć jego bagaż złych doświadczeń, by mimo własnej słabości wiedziało, że to, że istnieje, że jest, stanowi wartość samą w sobie. Mając takie przekonanie dorastający niepełnosprawny jest przygotowany do zrozumienia własnej sytuacji życiowej, jest w stanie określić optymalny dla siebie poziom samorealizacji i autokreacji a tym samym świadomie kształtuje własną tożsamość. To z kolei pozwala na osiągnięcie autonomii i realizowanie poczucia sensu życia poprzez twórcze zmaganie się z problemami i niwelowanie skutków kalectwa w dorosłości.

Kształtowanie tożsamości, w przypadku osób niepełnosprawnych, powinno rozpocząć się już w pierwszych fazach rozwoju dziecka i obejmować nie tylko młodzież, ale i dorosłych. Takie formowanie i realizowanie tożsamości poprzez, stopniowe włączanie się w otaczającą

rzeczywistość, w efekcie końcowym sprawia, że dorosły może być nierozpoznany jako niepełnosprawny a także sam siebie może nie utożsamiać z osobą niepełnosprawną.

Bibliografia

- Adler, A. (1986). *Sens życia*. Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN
- Arusztowicz, B. (2000). Aspiracje i plany życiowe młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu. *Szkola Specjalna*, 2/3, 24-36.
- Bauman, Z. (2001). Tożsamość – jaka była, jest i po co?. W: A. Jawłowska (red.), *Wokół problemów tożsamości*. Warszawa: Wydawnictwo LTW
- Błęszyńska, K. (1998). Jakość edukacji a jakość życia osób niepełnosprawnych. W: J. Pańczyk (red.), *Pedagogika specjalna wobec zagrożeń i wyzwań XXI wieku*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM i WSPS
- Brzezińska, A. (2000). *Spoleczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar
- Erikson, E.H. (1980). *Identity and the Life Cycle*. New York-London: W.W. Norton Company
- Erikson, E.H. (2000). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Rebis
- Firkowska – Mankiewicz, A. (1999). Jakość życia rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. *Psychologia Wychowawcza*, 2, 134-145.
- Hurelmann, K. (1994). *Struktura społeczna a osobowość*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM
- Jarymowicz, M. (1984). *Spostrzeżenie własnej indywidualności. Percepcja i atrakcyjność odrębności własnej osoby od innych*. Wrocław: Ossolinneum
- Jarymowicz, M., Szustrowa, T. (1980). Poczucie własnej tożsamości - źródła, funkcje regulacyjne. W: J. Reykowski (red.), *Osobowość a społeczne zachowanie się ludzi*. Warszawa: KiW
- Juchniewicz, Ż. (1992). *Przeżywanie sytuacji pomocy przez osoby niepełnosprawne*. Nie opublikowana praca magisterska. Katowice: Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego.
- Keller, H. (2000). Human Parent – Child Relationships from an Evolutionary Perspective. *American Behavioral Scientist*, vol. 43, no. 6
- Kępiński, A. (1979). *Psychopatologia nerwic*. Warszawa: PZWL.

- Kostrzewski, J., Wald, I. (1981). Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym. Charakterystyka osób upośledzonych umysłowo. W: K. Kirejczyk (red.), *Upośledzenie umysłowe – Pedagogika*. Warszawa: PWN.
- Kościelska, M. (2000). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: PWN.
- Kowalik, S. (1999). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”
- Larkowa, H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*. Warszawa: PWN
- Malewska – Peyre, H. (1992). Ja wśród swoich i obcych. W: P. Boski, M. Jarymowicz, H. Malewska – Peyre (red.), *Tożsamość a odmienność kulturowa*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.
- Maslow, A. (1962). *Toward a psychology of being*. Princeton, N.J.: D. Van Nostrand Co.
- Maslow, A. (1982). Postawa twórcza. *Literatura na świecie*, 3.
- Minczakiewicz, E. (2002). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i szkole*. Kraków: Impuls
- Obuchowski, K. (1997). Autonomia jednostki a osobowość. W: J. Reykowski, O. Owczynnikowa, K. Obuchowski (red.), *Studia z psychologii emocji, motywacji o osobowości*. Wrocław: Ossolineum
- Obuchowski, K. (2000). *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Zyski i S-ka
- Pilecka, W. (1996). Warunki i wyznaczniki rozwoju autonomii dziecka upośledzonego umysłowo. W: W. Dykcik (red.), *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych*. Poznań: Eruditus
- Reykowski, J. (1970). Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3, 15-27.
- Rogers, C.R. (2002). *Sposób bycia*. Poznań: Rebis.
- Rostowski, J. (1997). Specyfika kształtowania się tożsamości w okresie młodości. W: J. Rostowski, T. Rostowska, J. Janicka (red.), *Psychospołeczne aspekty rozwoju człowieka*. Łódź: Wyd. UŁ
- Schaffer, H.R. (2005). *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN
- Sękowska, M. (2000). Neopsychoanalityczna koncepcja Erika H. Eriksona. W: P. Socha (red.), *Duchowy rozwój człowieka*. Kraków: Wydawnictwo UJ
- Sidor, B. (2001). Ojciec w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością umysłową. W: D. Kornas – Biela (red.), *Oblicza ojcostwa*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Strzałecki, H. (1968). *Wybrane zagadnienia psychologii twórczości*. Warszawa: PWN.
- Ślenzak, I. (1978). *Znaczenie postaw rodziców w procesie usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego*. Warszawa: Ossolineum.

- Twardowski, A. (1999). Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: I. Obuchowska (red.).
Dziecko niepełnosprawne w rodzinie (s. 35-58). Warszawa: WSiP.
- Viorst, J. (1996). *To co musimy utracić*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka
- Waterman, A. (1982) Indywidualizm i współzależność. *Nowiny Psychologiczne*, 3
- Witkowski, T. (1993). *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*. Warszawa: MDBO
- Wright, W. (1965). *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*. Warszawa: PWN
- Zachara, B., Dobosiewicz, H. (1987). Wybrane zagadnienia oligofrenopsychologii. W: A.
Wyszyńska, (red.), *Psychologia defektologiczna*. Warszawa: PWN.