

te elementy własnego zachowania, które doprowadzają do doświadczania sukcesu [A. Brzezińska 2000]. Oddziaływanie doradcy i towarzysza w strukturalizowaniu wiedzy o świecie i gromadzeniu zasobów do funkcjonowania w nim zyskuje wymiar formatywny. Stabilny opiekun wspomagając dziecko w budowaniu gotowości do relacji ze światem, w uaktywnianiu gotowości eksploracyjnej, organizowaniu aktywności. Mediuje między światem a niepełnosprawnością osoby. Bez obecności drugiego człowieka relacja świat – osoba mogłaby nie mieć początku.

Mimo różnic w czasowym usytuowaniu zarówno relacja zapobiegająca, jak i komplementarno-modyfikująca oraz ich jakość mogą być traktowane jako fundamentalny wyznacznik psychospołecznej sytuacji osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Według R. H. Schaffera rozwój poznawczy zachodzi głównie w kontekście społecznym a „zdobyte w toku interakcji społecznej nowe osiągnięcia poznawcze wpływają z kolei na społeczne zdolności dziecka” [R. H. Schaffer 1995, s. 118]. Zadaniem drugiego człowieka staje się więc umożliwienie osobie z niepełnosprawnością intelektualną doświadczenia kompetentnego działania a „zgodność, konsekwencja, ciągłość oraz identyczność doświadczeń zapewniają podstawowe poczucie tożsamości ego” [E. Erikson 1997, s. 257].

Bibliografia

- BURBON-BUSSET J. DE, *Dziennik 1964–1984*, Warszawa 1989.
 BRZEZIŃSKA A., *Společna psychologia rozvoju*, Warszawa 2000.
 BRZEZIŃSKA A., *Psychologia rozvoju człowieka*, [w:] *Psychologia*, t. 1, red. J. Strelau, Gdańsk 2000a.
 BRZEZIŃSKA A., JANISZEWSKA-RAIN J., *W poszukiwaniu złotego środka. Rozmowy o rozwoju człowieka*, Kraków 2005.
 ERIKSON E. H., *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań 1997.
 GREENSPAN S. I., BENDERLY B. L., *Rozwój umysłu. Emocjonalne podstawy inteligencji*, Poznań 2000.
 HAMMEN C., *Depresja*, Gdańsk 2004.
 KLEIN P. S., *Całościowa ocena i interwencja w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa w: Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów*, Poznań 1994, s. 189-217.
 REBER A. S., *Słownik psychologii*, Warszawa 2000.
 SCHAFFER R. H., *Przyswajanie zasad dialogu*, [w:] *Dziecko w zabawie i świecie języka*, red. A. Brzezińska, G. Lutomski, Poznań 1995, s. 89-124.

Trudności wynikające z utraty sprawności w percepcji osób niepełnosprawnych

dr Żaneta Stelter

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. A. Mickiewicza – Poznań

Osobach niepełnosprawnych w ostatnich latach mówi się coraz częściej. Jedni uważają, że wynika to z pewnej mody, inni – że niepełnosprawnym udaje się coraz skuteczniej docierać do społecznej świadomości, jeszcze inni – że wynika to z naturalnego postępu cywilizacyjnego. Wszyscy na pewno mają trochę racji. Mimo to niewiele osób dostrzega, że wyjście niepełnosprawnych z cienia ciągle jest raczej marginalne, ponieważ w powszechnej i potocznej ocenie niepełnosprawnych jest niewielu. Większość z nas sądzi, że niepełnosprawni stanowią liczbowo znikomy odsetek społeczeństwa, ledwie zauważalny margines. Dzieje się tak dlatego, że niewielu ich widać na co dzień – w szkołach, w pracy, w sklepach, kinach czy na ulicy.

Niektórzy, mówiąc o sytuacji niepełnosprawnych, bez wahania używają sformułowania „dyskryminacja”, widząc jej źródła w istniejących barierach fizycznych, społecznych i ekonomicznych, które ograniczają, a nierzadko wręcz uniemożliwiają aktywność i samodzielność osób niepełnosprawnych. Dyskryminacja skazująca niepełnosprawnych na życie w czterech ścianach własnych mieszkań. Z czego to wynika? Jedną z przyczyn jest specyfika kontaktów między osobami niepełnosprawnymi a ludźmi pozbawionych podobnych problemów.

Z analizy literatury przedmiotu [H. Larkowa 1970, 1974; B. A. Wright 1965; B. Zachara 1988] wynika, że środowisko osób niepełnosprawnych jest szczególne. Inwalidztwo dla osoby nim dotkniętej jest zawsze bolesnym ciosem i z reguły o skutkach nieodwracalnych. Często człowiek kaleki uważa się za gorszego, ma poczucie niższości, przeżywa wiele negatywnych emocji i doświadczeń, co powoduje znaczne trudności w dostosowaniu się do otaczającej rzeczywistości [B. A. Wright 1965; A. Hulek 1982; S. Pacek 1989].

Funkcjonowanie człowieka, w tym również niepełnosprawnego, można ujmować w trzech powiązanych ze sobą aspektach: psyche, soma i polis. Pozwalają one określić człowieka jako istotę społeczną podlegającą oczekiwaniom i wymaganiom społecznym – polis, żywy organizm o określonych możliwościach, podatny także na uszkodzenia – soma oraz istotę spostrzegającą, przeżywającą, podejmującą decyzje – psyche [A. Brzezińska 2000]. Przyjęcie takiej perspektywy pozwala dostrzec związek pomiędzy ciałem, psychiką i życiem społecznym niepełnosprawnego człowieka i zrozumieć, że osoba niepełnosprawna może doświadczać wielu trudnych sytuacji związanych z własnym ciałem (biologiczne skutki kalectwa), miejscem w społeczeństwie (problem inności i odrzucenia) oraz stanem psychicznym (problem akceptacji inwalidztwa).

Możemy założyć, że psychologiczna sytuacja osób kalekich pociąga za sobą psychologiczne skutki. Badania pokazują jednak, że inwalidztwo nie tyle determinuje cechy psychiczne jed-

nostki, co stwarza warunki, które mogą wpłynąć na przebieg rozwoju psychicznego jednostki i powstające w jego wyniki składniki osobowości [W. Dega 1964; S. Paterson 1988; J. Bielecki 1999; H. Larkowa 1987; T. Kocowski 1974; J. L. Garret, E. S. Levine 1972; J. L. Garret 1952]. Częste doświadczanie przez osobę niepełnosprawną sytuacji trudnych może powodować silny stres, co sprzyja zaburzeniom osobowości – obniżonej samoocenie, poczuciu mniejszej wartości, zwiększonej frustracji, wzrostowi agresywności lub utracie poczucia sensu życia. Prawdą jest jednak, że można swoje inwalidztwo zaakceptować i tym samym osiągnąć równowagę psychiczną dzięki integracji i weryfikacji systemu wartości.

Aby niepełnosprawność nie była równoznaczna z utratą wartości, osoba kaleka musi wyeliminować tzw. hipotezy potwierdzające [B. A. Wright 1965]. Najczęściej są to stwierdzenia typu: zdrowie fizyczne to podstawowa wartość, deformacja ciała jest jednoznaczna z deformacją psychiki, najważniejsze, żeby się w życiu jest nie wyróżniać. Twierdzenia te można by z łatwością podważyć, ale często znajdują one, wprawdzie błędne, ale silnie zakorzenione potwierdzenie w obiegowej opinii społecznej, a należy pamiętać, że uświadomienie własnej niepełnosprawności dokonuje się w relacji ze środowiskiem pełnosprawnym. Środowisko pełnosprawne tworzy bowiem tło, które sprawia, że czynniki określające niepełnosprawność stają się widoczne i nabierają znaczenia.

Jedną z charakterystycznych cech ludzi niesprawnych fizycznie jest ich wygląd zewnętrzny, a widoczne zniekształcenia i ich nietypowość wpływają na odbiór danej jednostki przez osoby sprawne. S. E. Asch [1952] stwierdził, że cechy centralne wywierają wpływ na ogólny pogląd o czyjejs osobowości, dlatego też percepcja pewnych cech fizycznych osób niepełnosprawnych może być łączona z motywami ich działań oraz z czynnikami warunkującymi ich zachowanie. Konsekwencją jest negatywna postawa osoby zdrowej wobec osoby niepełnosprawnej.

B. Wright [1965] zwraca również uwagę na to, jak odmiennosc osób niepełnosprawnych wpływa na kształtowanie postaw wobec nich. Być odmiennym znaczy „odstawać”, co w stosunkach międzyludzkich może powodować odrzucenie. Do tego problemu nawiązuje również teoria równowagi uczuć F. Heidera [1958]. Mówi ona, że nastawieni jesteśmy na elementy typowe i standardy. Wygląd i sposób funkcjonowania osób niepełnosprawnych odbiega od norm i standardów przyjętych w naszej społeczności, dla której typowa jest osoba pełnosprawna, samodzielna i odnosząca spektakularne sukcesy. Dlatego niepełnosprawni mogą być odrzucani i traktowani jak członkowie grup mniejszościowych. Problem ten można też wyjaśnić dzięki koncepcji dysonansu poznawczego L. Festingera [1950], koncepcji „obrazu własnego ciała” rozwiniętej przez P. Schildera [1935], teorii neurofizjologicznej D. O. Hebba [1973].

Odmienność osoby niepełnosprawnej może być więc źródłem napięcia, które jednostka zdrowa będzie starała się zredukować, podejmując odpowiednie działania. Przede wszystkim należy wspomnieć o zjawisku izolacji. Lęk przed innością doprowadził do tego, że środowisko ludzi niepełnosprawnych jest środowiskiem nieznanym dla osób uważanych za zdrowe. Nie zauważamy inwalidów albo patrzymy na problem z boku, bo nas przecież nie dotyczy. Kiedy jednak się do nich zbliżamy, to na naszych warunkach, w sposób, który nie zagraża naszemu poczuciu bezpieczeństwa. Typowym tego przykładem jest problem pomocy osobom niepełnosprawnym. Z jednej strony, na poziomie zachowawczym, staramy się unikać kontaktów z osobami niepełnosprawnymi, z drugiej natomiast, na poziomie deklaratywnym, uważamy, że należy im pomagać. Odczuwany w związku z tą postawą przymus sprawia, że kiedy już pomagamy, rzadko zastanawiamy się nad sensem tej pomocy i jej wymiarem etycznym. Pomoc ofiarowana

nie ma nic wspólnego z pomocą oczekiwaną [B. A. Wright 1965; Ż. Juchniewicz 1992; K. Jabłoński 1988]. Obie strony odczuwają dyskomfort: niepełnosprawni uważają, że traktuje się ich przedmiotowo i odrzucają pomoc, pomagający – że nie docenia się ich wysiłku i powstrzymują się od pomagania.

Sytuacja ta jest prawdziwa i absurdalna zarazem. Prawdziwa, gdyż osoby niepełnosprawne nie potrafią przyjmować pomocy, a osoby zdrowe, mimo deklaracji, nie potrafią tej pomocy udzielać. Absurdalna, ponieważ nasz świat dostosowany do potrzeb większości zawsze będzie podzielony na tych, którym pomoc jest niezbędna, aby godnie żyć i na tych, którzy mają środki, możliwości i chęci, aby tej pomocy udzielić. Nie chodzi tutaj bynajmniej o ocenę, kto jest odpowiedzialny za taki stan rzeczy – niepełnosprawni czy osoby zdrowe. Należy zadać pytanie: Co należy zrobić, aby osoby niepełnosprawne nie czuły się dyskryminowane i pozbawione pomocy, a osoby pełnosprawne pomagały bez lęku i w sposób właściwy?

Żeby na nie odpowiedzieć, należałoby przeprowadzić wiele badań obejmujących różne aspekty tego problemu, z uwzględnieniem zarówno pełnosprawnych, jak i samych niepełnosprawnych. Wydaje się jednak, że rozwiązywanie tego zagadnienia należałoby zacząć od rozpoznania sytuacji niepełnosprawnych i wyodrębnienia tych elementów, które w ich życiu nabierają szczególnego znaczenia – sytuacji trudnych, mogących mieć wpływ na ich funkcjonowanie psychiczne i społeczne. Dlatego też pytanie, jakie postawiono, brzmi: Co to oznacza być osobą niepełnosprawną? Aby pomoc osobom niepełnosprawnym nie okazała się zniewoleniem, należy przede wszystkim wiedzieć, czego im potrzeba i jak można te potrzeby zaspokoić. A wiedzą to jedynie sami niepełnosprawni.

Badania własne

Podstawy teoretyczne. Wiemy, że inwalidztwo może ujemnie wpłynąć na jednostkę w zależności od struktury jej układu nerwowego, typu emocjonalnego, poziomu oczekiwań czy też od sposobu interpretacji doświadczeń. Oprócz wszystkich wewnętrznych czynników ważne są też elementy zewnętrzne – przeżyte doświadczenia, stosunek innych ludzi do danej jednostki, zadania i role, jakie odgrywa w życiu. Odchylenia od normy fizycznej stawiają jednostkę w wielu specyficznych sytuacjach, które mogą być interpretowane w kategoriach sytuacji trudnych. Według T. Tomaszewskiego [1982] sytuacje trudne to takie, w których naruszona jest równowaga między zadaniami, warunkami i cechami podmiotu. Wyróżnia on następujące sytuacje trudne: utrudnienia, przeciążenia, deprywacja, zagrożenie i sytuacje konfliktowe. Spróbujmy prześledzić, jak mogą one wyglądać w wypadku osób niepełnosprawnych.

Utrudnienia powstają, gdy możliwości wykonania zadania zostają zmniejszone z powodu pojawienia się jakiś elementów lub braku określonych czynników niezbędnych do jego wykonania. Już sam fakt niepełnej sprawności stwarza takie sytuacje. Jednostka może mieć bowiem trudności w porozumiewaniu się, w zaspokajaniu swoich potrzeb (również fizjologicznych) czy też w wypełnianiu podstawowych funkcji społecznych na określonym etapie życia. Sytuacje utrudnienia doświadczane przez inwalidów często są powodowane czynnikami zewnętrznymi – to wszelkiego rodzaju bariery architektoniczne, urbanistyczne czy też społeczne. Nastawienie na typowość i standardy powoduje, że w planowaniu życia codziennego zapomina się o tych mniej licznych [H. Skibniewska 1980; M. Weiss 1980; C. Łuszczynski 1980].

Deprywacje występują, gdy podmiot jest pozbawiony czegoś, co jest mu potrzebne do normalnego funkcjonowania – inaczej mówiąc sytuacje, w których nie są zaspokojone jakieś

podstawowe potrzeby (fizjologiczne, społeczne, psychiczne). Szczególnym rodzajem deprywacji jest zanik poczucia wartości. Kiedy jednostka utraci poczucie własnej wartości i godności, traci też poczucie sensu tego co robi, a tym samym poczucie sensu życia. Z naukowych badań wynika, że jednym ze skutków fizycznego inwalidztwa jest zaniżony obraz siebie, co powoduje niską samoocenę. Obraz siebie tworzymy na podstawie różnych czynników, wśród których własna sprawność i witalność mają duże znaczenie. Niestety inwalidztwo nie sprzyja pozytywnemu postrzeganiu własnego wyglądu [S. Paterson 1988].

Sytuacje przeciążenia powstają wtedy, gdy trudność zadania przekracza możliwości podmiotu (jego sił fizycznych, umysłowych lub wytrzymałości psychicznej). Aby żyć normalnie, osoba niepełnosprawna przede wszystkim musi zaakceptować siebie, przeciwstawić się litości, nadopiekuńczości, walczyć ze standardowym i typowym myśleniem, a także pokazać, że osoby zdrowe nie mają racji, spychając niepełnosprawnych na margines życia. Aby żyć normalnie, osoba kaleka musi dążyć do osiągnięcia maksymalnej niezależności, nieustannie walcząc z barierami natury fizycznej i społecznej [H. Larkowa 1987; C. Łuszczynski 1980; R. Pichalski 1987]. Nie jest to zadanie łatwe.

Zagrozenie pojawia się, gdy istnieje zwiększone prawdopodobieństwo naruszenia wartości cenionej przez podmiot (życia, zdrowia, pozycji społecznej, dobrego samopoczucia). Z obserwacji i analizy sytuacji, w których uczestniczą osoby niepełnosprawne [A. Hulek 1969], wynika, że najczęściej mają one do czynienia z zagrożeniem własnych potrzeb – potrzeby bezpieczeństwa, osiągnięć, niezależności, własnej wartości, samorealizacji i miłości. To sprawia, że zagrożony staje się cały proces przystosowania się do życia z inwalidztwem.

Wymienione sytuacje trudne nie wykluczają się wzajemnie, ale mogą występować wspólnie, mamy wówczas do czynienia z sytuacjami stresowymi. Zawsze powodują one pogorszenie jakości wykonywanych czynności, prowadzące do wielu zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym i psychicznym. Samo pojęcie trudności jest relatywne – to, co dla jednej osoby może być łatwe, dla innej bywa bardzo trudne. T. Tomaszewski [1982] uważa, że człowiek jest sam obiektem we własnej sytuacji, sytuacja może więc zależeć od jego stanu i odwrotnie – jego stan może zależeć od różnych elementów sytuacji. Jest to szczególnie widoczne w funkcjonowaniu ludzi niepełnosprawnych.

Sama niepełnosprawność nie determinuje jeszcze powstania takiej sytuacji. Osoba dotknięta inwalidztwem ma takie same potrzeby biologiczne, psychologiczne i społeczne jak człowiek zdrowy i tak samo dąży do ich zaspokojenia, ale zaspokojenie to jest o wiele trudniejsze do osiągnięcia. Gdy zostaje ono zablokowane, człowiek doznaje frustracji. Różnego rodzaju zagrożenia, na które jest narażony każdy (również inwalida), na przykład utrata pozycji społecznej, upokorzenia, wywołują przede wszystkim lęk i mogą powodować dezadaptację, w wyniku której powstają różnego rodzaju nerwice oraz zaburzenia osobowości i zachowania. Dotyczy to o zarówno ludzi zdrowych, jak i niepełnosprawnych. Należy jednak podkreślić, że chociaż ludzie niepełnosprawni, podobnie jak zdrowi, są w stanie przezwyciężyć te wszystkie trudności (zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne), to wymaga to od nich jednak dużo większego nakładu energii między innymi dlatego, że częściej oddziałuje na nie stres. Może to doprowadzić do występowania zaburzeń osobowości przejawiających się m.in. podwyższonym poziomem lęku lub agresji, a także zmianami w obrazie samego siebie. Przykładem tych reakcji mogą być częste u osób z naruszoną sprawnością organizmu reagowanie lękiem na określone sytuacje, z czym wiąże się ich unikanie lub wręcz unikanie kontaktu z ludźmi, co łączy się zwykle z poczuciem doznawanego nieszczęścia [H. Larkowa 1987; T. Kocowski 1974].

Cel badań. W świetle powyższych rozważań szczególnie ważny wydaje się problem postrzeżenia przez osoby niepełnosprawne trudności, z którymi muszą sobie radzić w codziennym życiu. To nie lekarze, rehabilitanci czy terapeuci są ekspertami od utraty sprawności, ale właśnie sami niepełnosprawni. Celem badań było poznanie, jakie trudności wynikają z kalectwa, co jest głównym źródłem cierpienia osób niepełnosprawnych, jak sami formułują swoje problemy. Wiedza na ten temat może ułatwić zrozumienie osób niepełnosprawnych, a tym samym rzuci nowe światło na charakter udzielanej im pomocy nieprofesjonalnej, co z kolei może zmniejszyć zapotrzebowanie osób z ograniczoną sprawnością fizyczną na pomoc profesjonalną.

Analizując specyfikę trudności wynikających z utraty sprawności fizycznej, pokazano takie trudne sytuacje, z którymi inwalidzi stykają się stale, które przypominają o kalectwie i są przyczyną frustracji. Głównie chodziło o przedstawienie trudności specyficznych, z którymi z reguły nie stykają się osoby zdrowe, a których poznanie pozwoli chociaż w części zrozumieć, w czym tkwi tragizm utraty sprawności.

Metoda badań i charakterystyka grupy badawczej. Materiał do badań zbierano, stosując wywiad. Uważano, że ta metoda pozwoli ustrzec się przed stworzeniem sylwetki „typowego inwalidy” – stereotypowego modelu osoby niepełnosprawnej. Należy bowiem pamiętać, że chociaż wszelkie trudności, kłopoty, odczucia osób niesprawnych fizycznie mogą być podobne, prawie nigdy nie są takie same. Poza tym wywiad sprzyja nawiązaniu bliższego kontaktu z osobą badaną, pozwala na okazanie pełnego zainteresowania jej sprawami, dostarcza też możliwości obserwacji, co jest szczególnie ważne, kiedy chcemy uzyskać odpowiedź na pytania bardzo osobiste, dotyczące spraw ważnych a zarazem trudnych dla badanego.

Pytania wywiadu dotyczyły sposobu funkcjonowania człowieka w specyficznych warunkach kalectwa oraz przeżyć związanych z sytuacjami trudnymi, które spotykają niepełnosprawnych. Wywiad podzielono na dwie części. Wprowadzająca miała na celu zapoznanie się z podstawowymi trudnościami przeżywanymi przez osoby badane. Pytano o sytuacje, w których badani szczególnie odczuli to, że są inwalidami, w których kalectwo było najbardziej uciążliwe, mieli też się wypowiedzieć na temat tego, jak niepełnosprawność wpływa na ich życie codzienne. Druga część to pytania dotyczące typowych trudności, jakie napotykają osoby o niepełnej sprawności – problemy spowodowane barierami zewnętrznymi (na przykład architektonicznymi), wynikające z kontaktów międzyludzkich, a także o problemy egzystencjalne i emocjonalnie związane z przeżywaniem własnego kalectwa.

Grupę badawczą stanowiły osoby niepełnosprawne zróżnicowane pod względem płci, wieku, rodzaju inwalidztwa, czasu trwania kalectwa oraz wieku zaistnienia uszkodzenia. Cechą charakterystyczną całej grupy jest to, że w większości są to osoby niepełnosprawne, które mają świadomość, że sami mogą wpływać na wizerunek osób niepełnosprawnych m.in. dzięki swojej otwartości i pokazaniu własnych problemów. W badaniach uczestniczyło 50 osób (21 kobiet i 29 mężczyzn) w wieku od 19 do 76 lat. Ważnym czynnikiem doboru do grupy badawczej był czas trwania kalectwa, dlatego przedział wiekowy jest dość szeroki. Osoby z grupy w wieku 19–35 lat to niepełnosprawni, których kalectwo jest wynikiem wad wrodzonych lub nabytych we wczesnym dzieciństwie, natomiast badani w wieku 35–76 doznali inwalidztwa w okresie dorosłości.

Wyniki badań. Analiza uzyskanego materiału miała charakter jakościowy. Opracowując materiał badawczy, segregowano problemy i trudności, a następnie pokazano, na czym polega ich siła. Aby dramat utraty sprawności był lepiej rozumiany, przy omawianiu uzyskanych informacji posłużono się autentycznymi wypowiedziami osób badanych. Ze szczególną wyrazistością po-

kazują one, że nawet ten sam problem nie jest przeżywany tak samo przez wszystkie osoby niepełnosprawne.

Badania potwierdziły wstępne założenia, że osoby niepełnosprawne są narażone na wiele trudnych sytuacji. Na podstawie uzyskanych informacji możemy wyróżnić cztery podstawowe źródła problemów wynikających z inwalidztwa:

- kalectwo samo w sobie (sam fakt doznania inwalidztwa, zauważenie swojej odmienności, obiektywne skutki kalectwa),
- „ja jako osoba niepełnosprawna (przeżywanie stanu permanentnej niesprawności, wewnętrzny opór przed samoakceptacją, poczucie niższości),
- kontakty z otoczeniem społecznym (litość, poniżanie, odtrącanie),
- świat fizycznych barier zewnętrznych (bariery architektoniczne).

Kalectwo samo w sobie i jego obiektywne skutki jako przyczyna problemów osób niepełnosprawnych

Badania udowodniły, że siła reakcji na własną niepełnosprawność zależy w dużej mierze od odporności psychicznej osoby nią dotkniętej, wieku nabycia kalectwa, okoliczności, w jakich ono nastąpiło oraz następstw i stopnia inwalidztwa. Niezależnie jednak od tych czynników, dla każdej z osób badanych – obojętnie czy były to osoby niepełnosprawne od urodzenia, czy też takie, które utraciły sprawność w późniejszym wieku – sytuacja utraty sprawności, uświadomienia sobie własnego kalectwa, zauważenie własnej odmienności jest kryzysowa. Jest to moment, kiedy następuje przejście ze świata ludzi zdrowych do świata ludzi niepełnosprawnych. Z uzyskanych wypowiedzi wynika, że następuje to nie tylko w momencie utraty sprawności.

Całe moje życie to koszmar. Najgorsze jednak są momenty, kiedy uświadamiam sobie, że jestem inny – gorszy. Jak byłem mały, rodzice nie pozwalali swoim zdrowym i wrażliwym dzieciom bawić się ze mną, potem żadna dziewczyna nie chciała pokazać się w moim towarzystwie, w końcu nie przyjęto mnie do pracy, bo mógłbym odstraszać klientów – mężczyzna, lat 43, choroba Heinego-Medina.

Świat ludzi, którzy doznali kalectwa, jest bardzo różnorodny, dominuje w nim jednak poczucie krzywdy, żal do świata, gorycz: „to niesprawiedliwe, nikt nie dał mi wyboru”, „nie wiem, dlaczego właśnie mnie spotkała taka kara”. To sprawia, że dla wielu niepełnosprawność, przynajmniej w początkowym okresie, jest wyrokiem skazującym na niebyt, co oddają następujące wypowiedzi: „to był koniec – nie chciałam żyć”, „to klęska”, „miałem tak dosyć, że chciałem zapisać się na śmierć”. Często takim stwierdzeniem towarzyszyły wypowiedzi świadczące o tym, że wraz z utratą sprawności pojawia się utrata poczucia własnej wartości.

Zdarza się, że utracie sprawności fizycznej towarzyszy szczególnie uciążliwy ból. Osoby, których to dotknęło, mówiły, że to dla nich najbardziej stresująca sytuacja: „do wszystkiego mogę się przyzwyczaić – ale do bólu nie potrafię”, „nienawidzę, kiedy ból paraliżuje całe moje ciało”, „trudno mi się pogodzić, że o tym, co będę robić, nie decyduje ja sama, ale mój ból”.

Z wypowiedzi badanych wynika, że gdy minie pierwszy szok spowodowany kalectwem i osoba niepełnosprawna zdoła zaakceptować swój stan, pojawiają się nowe trudności, przede wszystkim problemy wynikające z obiektywnych ograniczeń inwalidztwem – sytuacje, kiedy rzeczy proste dla innych są trudne bądź niemożliwe do wykonania.

Nie mogę samodzielnie jeść, ubrać się, a nawet skorzystać z toalety. Nie mogę sam posługiwać się nawet pilotem od telewizora. Co z tego, że się już nie buntuję, jestem pogodzony z losem, kiedy najprostszej czynności nie potrafię wykonać samodzielnie, zawsze ktoś musi przy mnie być, nie mogę pozwolić sobie nawet na samotność – mężczyzna, lat 45, złamanie kręgosłupa.

Do czynników, które kształtują jakość życia osoby niepełnosprawnej, należy zaliczyć również coś, co nazwano wszechobecnością choroby. Według osób badanych, problem ten jest związany z ciągłym pamiętaniem o swoich ograniczeniach. Kalectwo można zaakceptować, ale nigdy nie można o nim zapomnieć.

Dla mnie najgorsze jest to, że zawierając nowe znajomości, wybierając szkołę, planując wakacje, nawet kupując ciuchy, muszę myśleć o chorobie. Dlaczego? Żeby nie wyglądać śmiesznie, żeby nie zawracać innym głowy, żeby nie wzbudzać litości, żeby nie cierpieć itd. To przygnębiające – kobieta, lat 37, stan po LCC.

Nawet nie mogę się zakochać, nie pamiętając o kalectwie. Jeżeli zapomnę, będę cierpiał. Zawsze staram się to minimalizować, ale muszę pamiętać o inwalidztwie, umiem z nim żyć, ale ciągle pamięć o nim jest obsesją – mężczyzna, lat 27, wrodzona łamliwość kości.

Podsumowując, można powiedzieć, że główne problemy wynikające z utraty sprawności, to:

- sam fakt doznania inwalidztwa bądź zauważenia, uświadomienia sobie swej odmienności,
- skutki kalectwa – ograniczenia, ból, zależność od innych,
- wszechobecność choroby.

Kontakty z otoczeniem społecznym jako źródło problemów

Żyjąc wśród ludzi, jesteśmy z nimi nierozzerwalnie związani. Dzięki tym więzom czujemy, że nasze życie ma sens. Inni dają nam poczucie akceptacji, szacunku, pozwalają spojrzeć na siebie z ich perspektywy. W tym świetle szczególnie ważne wydają się kontakty społeczne osób niepełnosprawnych. To, w jaki sposób odnosi się do nich otoczenie, w dużym stopniu warunkuje jej samoakceptację, ułatwia przystosowanie się do specyficznych warunków życia, pozwala zachować poczucie własnej wartości. Przedstawiając wyniki badań, wprowadzono podział na kontakty osób niepełnosprawnych z tzw. otoczeniem bliższym (rodzina, znajomi, przyjaciele) i otoczeniem dalszym. Należy bowiem pamiętać, że osoby niesprawne fizycznie powinny funkcjonować nie tylko w kręgu swoich najbliższych, ale także w świadomości ludzi z zewnątrz, czyli nas wszystkich.

Wpływ dalszego otoczenia na życie osób niepełnosprawnych

Wypowiedzi osób badanych potwierdzają, że mimo wielu zmian nasz stosunek do inwalidów nie jest zbyt pozytywny. Niepełnosprawni borykają się z licznymi utrudnieniami, a oczy ludzkie w brutalny sposób przypominają im o ich odmienności. Kuit młodego, zdrowego, silnego ciała sprawia, że nierzadko traktujemy osoby niepełnosprawne jak jednostki mniej wartościowe. Z wypowiedzi osób badanych wynika, że właśnie to pomniejszanie ich wartości jest szczególnie przykre. Taka postawa może mieć daleko idące konsekwencje, zwłaszcza wtedy, gdy osoba niepełnosprawna i tak ma poczucie niskiej wartości.

Złości mnie, że jesteśmy fałszywie oceniani. Spotkałem się z takim stwierdzeniem, że inwalidzi to darmozjady, że nic nie mogą dać społeczeństwu a jeszcze zabierają innym pracę, bo zakład musi wpłacać na PFRON i nie może zatrudnić większej ilości pracowników. Wynika to

z jednostronnego spojrzenia na inwalidów – przez pryzmat zdrowia fizycznego – mężczyzna, lat 26, zaniki mięśniowe kończyn dolnych.

To głupota, traktować innych jak błoto, tylko dlatego, że inaczej chodzą czy mówią. Najgorsze jest jednak to, że niektórzy mogą w to uwierzyć i już do końca życia będą uważali, że nie są nic warte – mężczyzna, lat 33, zwyrodnienie gruczołów stawów.

Osoby badane mówiły o pomniejszaniu ich wartości jak o czymś śmiesznym, denerwującym lub głupim, w okazywanej litości i nadmiernym współczuciu widziały jednak lekceważenie i upokorzenie: „to bardzo upokarzające, gdy ktoś się nad tobą lituje”, „dla mnie litość to uczucie niegodne człowieka”, „litość jest jednoznaczna z lekceważeniem i ucieczką od problemu kalectwa”. Nie tylko poniżanie i okazywanie litości denerwuje osoby niepełnosprawne. Kłopotliwe są także objawy nadmiernej ciekawości, które mogą nie tylko denerwować, ale i sprawiać ból.

Nienawidzę sytuacji, kiedy tysiące ludzi pyta o przyczynę choroby, czy ja zawsze tak wyglądałem, czy nic nie można zrobić żeby to zmienić – wiesz to tak jakby zapytać, dlaczego pan jest taki brzydki, rudy i w dodatku chodzi po ulicy – mężczyzna, lat 28, choroba Heinego-Medina.

To naprawdę boli, kiedy ogląda się nas jak małpki w cyrku. Idzie taki kaleka po nierównym chodniku, śliskiej posadzce a wszyscy patrzą wywróci się czy nie. Jak ma się nie wywrócić kiedy wszyscy się gapią? – kobieta, lat 58, stan po LCC.

W opinii osób badanych, taka ciekawość nie oznacza zainteresowania sprawami niepełnosprawnych, ale jest oznaką źle maskowanej obojętności. Właśnie obojętność to kolejny problem, z którym muszą radzić sobie niesprawni fizycznie. Bo to właśnie ona powoduje, że budowane są schody, gdzie tylko można, parkuje się samochody na miejscach przeznaczonych dla inwalidów, sprawia, że wyjście z domu jest drogą przez mękę. Z powodu źle pojętego współczucia, obojętności i nietolerancji osoby kalekie zostają w swoich domach: „jeżeli traktuje się mnie jak zjawisko, to wolę siedzieć w domu i nie dostarczać swoją osobą rozrywki”, „wielu z nas peszy litość, czujemy się odrzuceni i zamykamy w czterech ścianach, nie potrafiąc przebić się przez mur obojętności”.

Wiele, zwłaszcza ostatnio, mówi się o zmianie stosunku zdrowych do niesprawnych fizycznie. Badania pokazują jednak, że nadal nie jest on odpowiedni. Zapytano osoby badane co może być tego przyczyną. Oto niektóre wypowiedzi:

Nikt nie lubi patrzeć na ludzkie nieszczęście – nie dziwię się, że zdrowi nas unikają. To musi być dla nich przykre, obcowanie z takimi jak my – kobieta, lat 52, gruźlica stawów biodrowych

Przyczyna to brak wiedzy. W gruncie rzeczy mało spotyka się niepełnosprawnych na ulicy, a niewidomych szczególnie. Dlatego ludzie boją się nas, a my ich. To takie błędne koło – mężczyzna, lat 65, utrata wzroku.

Tak – społeczeństwo nie lubi inwalidów. Czasami mam wrażenie, że oni się nas boją, boją się żeby ich nie spotkał taki los – a każdy unika tego, czego się boi – mężczyzna, lat 19, nerkoza głowy stawu biodrowego.

Wpływ bliższego otoczenia na życie osób niepełnosprawnych

Większość badanych pozytywnie ocenia stosunek swoich bliskich do siebie jako osoby niepełnosprawnej (poprawny, nienaganny, życzliwy, normalny). Pozytywna ocena nie oznacza jednak, że wszystko jest jak należy. Z wypowiedzi uzyskanych w wywiadzie wynika, że niepełnosprawni musieli walczyć o ten stan, co nie jest bez znaczenia, jeżeli chodzi o osoby najbliższe, od których oczekuje się wsparcia i zrozumienia, niejako w sposób naturalny. Znotowano także wy-

powiedzi negatywnie oceniające najbliższe otoczenie. Nie jest ich dużo – bo zaledwie 7 na 50 badanych – ale rzuca to pewien cień na życie rodzinne osób niepełnosprawnych.

Problemy wynikające ze sposobu przeżywania swojej niepełnej sprawności fizycznej

Aby osoba niepełnosprawna mogła normalnie żyć ze swoim kalectwem, musi przede wszystkim pogodzić się ze zmienionym obrazem swojego ciała, z ograniczonymi możliwościami. Aby to osiągnąć, musi zaakceptować swój stan, swoją odmienność. Akceptacja następuje, gdy osoba niepełnosprawna traktuje inwalidztwo jako jedyną z wielu swoich cech. Człowiek, który akceptuje siebie, realnie ocenia swoje możliwości, wie, ile jest wart, ma siłę do walki z przeciwnościami losu. W obliczu samego kalectwa, nieprzychylnego otoczenia i piętrzących się przeszkód akceptacja siebie jest najlepszą bronią osoby niepełnosprawnej. Niepełnosprawny, który nie akceptuje siebie, przeżywa ciągle kryzysy, mające źródło wewnątrz jego osoby.

Nie potrafię normalnie funkcjonować, bo ciągle myślę jak wyglądałoby moje życie, gdyby nie to kalectwo, gdybym wtedy została w domu, gdybym nie miała tego wózka, gdybym [...] – kobieta, lat 40, złamanie kręgosłupa.

Żyję w miarę normalnie, ale mam częste chwile załamania. Myślę, że nigdy do końca nie zaakceptowałam tego, co mnie spotkało. Mam momenty, kiedy nie mam siły być silna, wesola, kiedy zadaję sobie pytanie – dlaczego ja, kiedy nienawidzę siebie i innych? – kobieta, lat 38, tetraplegia po złamaniu kręgosłupa

Jestem niczym pomimo tego, że skończyłem studia, znam cztery języki. Nie ma dla mnie miejsca na tym świecie. Lepiej żeby wcale się nie urodził. Niepełnosprawność zrobiła ze mnie potwora, pozbawionego ludzkich uczuć – a ja nienawidzę takich ludzi, nienawidzę siebie – mężczyzna, lat 48, choroba Hainego-Medina.

Zupełnie inne są wypowiedzi osób, które zaakceptowały swój stan i nauczyły się żyć z kalectwem. Biję z nich optymizm i radość życia. Pokazują, jak ważna jest tolerancja dla swoich słabości, fakt, że potrafili polubić siebie ze swoimi wadami i zaletami. Respondentów kosztowało to dużo samozaparcia i uporu, ale widać, że było warto.

Jestem człowiekiem szczęśliwym. Nie boję się tego powiedzieć. Tuwim napisał, „są dwa rodzaje szczęścia, jedno małe – być samemu szczęśliwym, drugie wielkie – dawać szczęście innym”. Kiedy utraciłem zdrowie, spokój odnalazłem w tworzeniu. Przez swoje rzeźby, muzykę daję radość i szczęście innym. Tym samym jestem szczęśliwy dużym szczęściem – mężczyzna, lat 76, niewidomy.

To może zabrzmieć śmiesznie, ale jestem bardzo szczęśliwy. Może nawet bardziej niż przed wypadkiem. To znaczy nie chciałbym na własne życzenie stracić nóg i przeżywać to wszystko jeszcze raz. Ale po tej stracie czuję, że uzyskałem wiele wartości, których nie miałbym jako człowiek zdrowy. Zaczęłam uprawiać sport, byłam na olimpiadzie, zwiedziłam wiele krajów, skończyłem studia, chociaż wcześniej nigdy o tym nie myślałem. Pozorna klęska dała mi bezcenne bogactwo ducha, którego nie zdobyłby w innych warunkach – mężczyzna, lat 31, amputacja kończyn dolnych.

Ogólnie rzecz biorąc, większość z badanych osób (31 respondentów) zaakceptowała swoje inwalidztwo i potrafiła znaleźć pozytywne aspekty własnej sytuacji. Wymagało to wiele samoza-

parcia, bo nie łatwo jest cenić siebie, kiedy otoczenie uważa cię za gorszego. A przecież niepełnosprawność nie odbiera człowiekowi jego człowieczeństwa. Nie wszyscy jednak tak myślą i nie wszystkim niepełnosprawnym udało się pokonać swoje demony i fałszywe opinie o inwalidach. Ci ludzie to zarówno te 19 osób spośród badanych, które czują się pokonane przez swoje kalectwo i nie potrafią znaleźć w sobie nic wartościowego, jak i te tysiące niesprawnych, którzy ukrywają się w swoich domach przed światem. To świadczy o dużej wadze problemu, jakim jest zaakceptowanie swojej niepełnosprawności.

Świat zewnętrzny jako źródło barier

Powiedzieliśmy, że ograniczenia wynikające z obiektywnych skutków kalectwa to jedne z najczęstszych problemów warunkujących sytuacje trudne dla osoby niepełnosprawnej. Należy pamiętać, że uciążliwość tych ograniczeń wzrasta w obliczu szeregu różnego rodzaju barier komunikacyjnych, architektonicznych lub urbanistycznych. Wąskie drzwi, strome schody, brak podjazdów – trudności te wyolbrzymiają ograniczenia wynikające z choroby i utrudniają przystosowanie do życia z kalectwem. Mimo że wiele się mówi o tych barierach, według osób badanych, one nadal istnieją i wcale ich nie ubywa. Potwierdzają to wyniki badań. Na 50 osób aż 43 mówiło o uciążliwości tych barier. To, że ograniczają one samodzielność osób niepełnosprawnych, jest oczywiste. Warto jednak mieć świadomość, że również w znacznym sposób uzależniają one osoby niepełnosprawne od pomocy innych, co jest dodatkowym źródłem stresu [Ż. Juchniewicz, 1992, 1996]. Spośród badanych 29 deklaroowało całkowitą zależność od ludzi zdrowych w obliczu barier architektonicznych i komunikacyjnych, 13 respondentów mówiło o pewnej samodzielności przy ograniczonej pomocy otoczenia, a jedynie osiem twierdziło, że są w stanie pokonać samodzielnie te przeszkody.

Wnioski

Przysłuchując się wypowiedziom osób badanych dotyczących sytuacji trudnych, zauważono, że istnieją różnice, które wskazują na rozbieżności w ocenie znaczenia tych sytuacji, sposobu ich przeżywania, a w konsekwencji stopnia zakłóceń, jakie wnoszą one ich życie. Wymieniając różne trudności, mówiąc o jednych badani określali je katastrofą, inne natomiast miały w ich ocenie mniejszy ciężar gatunkowy i nie wpływały na ich funkcjonowanie i przeżycia emocjonalne.

Z uzyskanych informacji wynika, że problemy, o których mowa, mogą mieć charakter utrudnienia – sprawiają, że życie staje się bardziej kłopotliwe i uciążliwe albo stają się przyczyną poważnych kryzysów życiowych. Kryzysy te często stawiają pod znakiem zapytania sens całej egzystencji osoby niepełnosprawnej, są przyczyną braku chęci do życia, a nawet myśli samobójczych. Niektórzy badani, mówiąc o trudnościach tego typu, charakteryzowali je jako takie, które wymagają wysiłku, sprawiają kłopot, inni natomiast mówili o nich jak o sytuacjach traumatycznych. Dla jednych niepełnosprawność jest więc pewnym utrudnieniem, a dla innych to sytuacja permanentnego stresu. W tabeli 1 dokonano zestawienia, które z sytuacji trudnych były przeżywane przez osoby badane jako sytuacje kryzysowe, a które jako sytuacje utrudnienia i jak często to występowało.

Tabela 1. Trudności powodujące utrudnienia i kryzysy

Problem		Sytuacje kryzysowe	Sytuacje utrudnienia
Doznanie kalectwa	kalectwo samo w sobie	29	21
	obiektywne ograniczenia choroby	10	40
	wszelobecność choroby	30	20
Bariera świata zewnętrznego		5	45
Otoczenie społeczne	bliższe	5	22
	dalsze	10	39
Ja jako INWALIDA – brak akceptacji siebie		9	41

Z zamieszczonych w tabeli danych wynika, że najważniejszy problem stanowi sam fakt bycia osobą niepełnosprawną. Również negatywny stosunek otoczenia dalszego i nieumiejętność zaakceptowania swego kalectwa mogą być źródłem sytuacji kryzysowych. Stanowi to wskazówkę, kiedy osoby niepełnosprawne potrzebują szczególnej pomocy i jak ta pomoc powinna wyglądać, żeby rzeczywiście poprawiła jakość życia osób kalekich.

Można zaryzykować stwierdzenie, że aby pomoc niepełnosprawnym była pomocą nienaruszającą godności zarówno pomagających, jak i wspomaganych, przede wszystkim powinna uwzględniać specyfikę problemów wynikających z utraty sprawności (kalectwo samo w sobie), z obrazu siebie jako osoby niepełnosprawnej oraz z barier świata fizycznego i społecznego. Badania wykazały, że osoby niepełnosprawne oczekują od pomagających przede wszystkim wsparcia i likwidacji wszelkiego rodzaju barier, nie ma też jednego, właściwego wzorca pomocy osobom niesprawnym. Należy natomiast koniecznie zrozumieć, że:

- przeżywane przez niepełnosprawnych trudności mają specyficzny, jednostkowy charakter,
- właściwa pomoc to nie ułatwienie pokonywania barier fizycznych i społecznych, ale ich likwidacja,
- celem pomocy jest nie likwidacja doraźnych trudności, ale przystosowanie do życia z kalectwem,
- uzależnienie od innych nie ogranicza możliwości jednostki do bycia tylko biorcą, jest ona także dawcą.

W ciągu ostatnich lat w sytuacji osób niepełnosprawnych wiele się zmieniło i wciąż zmienia. Niestety niepełnosprawność bywa prawie automatycznie kojarzona z barierami. Najczęściej wskazuje się przy tym na bariery architektoniczne i na tym kończy się zazwyczaj odczuwanie i postrzeganie problemu. Tymczasem te widoczne problemy są czymś zdecydowanie wtórnym i pochodnym wobec barier niewidocznych, ale głęboko zakorzenionych, często trudnych do uświadomienia i przezwyciężenia. Są to bariery psychologiczno-mentalne, zakorzenione w stereotypach, odruchowych i bezrefleksyjnych wyobrażeniach. Według nich, osoby niepełnosprawne to osoby z natury bierne (bo mało widoczne), zgorzkniałe i nieszczęśliwe, często ograniczone umysłowo (z powodu choroby lub zaniedbań edukacyjnych), o bardzo niskich umiejętnościach. Wobec takich opinii pojawia się kolejna bariera – bariera informacyjna. Istnienie tych barier w oczywisty sposób ogranicza czy wręcz uniemożliwia aktywność życiową osób niesprawnych. To z kolei powoduje, że sami zainteresowani ulegają myślowym schematom na swój temat i trudno im zaakceptować własne utrudnienia.

Co warunkuje taką wizję świata, w którym z łatwością dzielimy ludzi na niepełnosprawnych i zdrowych, niepełnosprawnych i normalnych czy wreszcie na niepełnosprawnych i szczęśliwych? Przecież niewidomy, niesłyszący czy niechodzący – pomimo uszkodzenia jednego z narządów – może być aktywnym, szczęśliwym, inteligentnym człowiekiem odnoszącym spektakularne sukcesy życiowe. Natomiast osoba po zawale, z niewydolnością nerek lub też bez jakiegokolwiek wady – może być ciężko chora, nieszczęśliwa, nieporadna życiowo, chociaż na zewnątrz zupełnie „normalna”.

Może należałoby odpowiedzieć na pytanie, kto tak naprawdę jest niepełnosprawny lub kto nie jest niepełnosprawny. Jeśli przyjrzymy się kolejom życia ludzkiego, dostrzeżemy, że tak naprawdę każdy jest niepełnosprawny, ale u różnych osób ta niepełnosprawność przejawia się w różny sposób i w różnym stopniu, na różnych etapach życia. Małe dziecko (w sensie medycznym zupełnie zdrowe), wymaga stałej i starannej opieki. Trzeba je myć, karmić, ubierać. Potem człowiek w różnych okresach życia też bywa bardziej lub mniej sprawny – społecznie, pogody czy wzrokowo lub intelektualnie, zależnie od wieku, predyspozycji, zwykłego zmęczenia, pogody czy zdarzeń losu. Wraz z wiekiem tej sprawności systematycznie ubywa i dochodzimy do punktu wyjścia. Znowu konieczna jest pomoc przy codziennych czynnościach – myciu, jedzeniu, ubieraniu czy załatwianiu potrzeb fizjologicznych. Ostatecznie wszyscy zmierzamy do kresu zwykłej sprawności. Niepełnosprawność nie jest więc doświadczeniem wąskiego kręgu życiowych pechowców, nieszczęśników, to zjawisko całkowicie naturalne i powszechne. Jeśli sobie uświadomimy, jak immanentnym składnikiem ludzkiej natury wpisanym w życie każdego człowieka jest niepełnosprawność, wówczas zarówno my, jak i osoby niepełnosprawne znajdziemy wspólny punkt odniesienia i będziemy mogli skutecznie walczyć z obiektywnymi skutkami utraty sprawności.

Bibliografia

- Asch S. E., *Social Psychology*, Prantis – Hall, Englewood – Cliffs 1952.
- BIELECKI J., *Osobowość młodzieży niepełnosprawnej z zaburzeniami wzroku, słuchu, ruchu i mowy*, Warszawa 1999.
- BRZEZIŃSKA A., *Spoleczna psychologia rozwoju*, Warszawa 2000.
- DEGA W., *Ortopedia i rehabilitacja*, Warszawa 1964.
- FESTINGER L., *Informal social communication*, „Psychological Review” 1950, nr 57, s. 271-282.
- GARRET J. L., *Psychological aspects of physical disability*, Fed. Security Agency 1952.
- GARRET J. L., LEVINE, E. S., *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów*, Warszawa 1972.
- HEBB D. O., *Podręcznik psychologii*, Warszawa 1973.
- HEIDER F., *The psychology of interpersona relation*, New York 1958.
- HULEK A., *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*, Warszawa 1969.
- HULEK A., *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa 1982.
- JABLONSKI K., *Inwalidztwo – problem psychologiczny*, „Przegląd Psychologiczny” 1988, t. 28, nr 4.
- JUCHNIEWICZ Z., *Przeżywanie sytuacji pomocy przez osoby niepełnosprawne*, Katowice 1992 [mps. pracy magisterskiej napisanej pod kierunkiem dr Katarzyny Popiołek, Uniwersytet Śląski].
- JUCHNIEWICZ Z., *Niepełnosprawni jako uczestnicy relacji pomocy*, [w:] *Psychologia pomocy – wybrane zagadnienia*, red. K. Popiołek, Katowice 1996.
- KOCOWSKI T., *Zaburzenia czynności i ich uwarunkowania*, [w:] *Człowiek wśród ludzi*, red. H. Milcerowa, Warszawa 1974.
- LARKOWA H., *Postawy otoczenia wobec inwalidów*, Warszawa 1970.
- LARKOWA H., *Wartościowanie i samoocena w rehabilitacji inwalidów*, [w:] *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów*, red. H. Larkowa, Warszawa 1974.
- LARKOWA H., *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*, Warszawa 1987.

- ŁUSZCZYŃSKI C., *O łagodzeniu skutków kalectwa*, Warszawa 1980.
- PACEK S., *O przewycięzaniu niepełnosprawności*, Warszawa 1989.
- PATERSON S., *Families experiencing stress*, „Family systems Medicine” 1988, nr 6, s. 202-237.
- PICHALSKI R., *Integracja w opiniach ludzi niepełnosprawnych*, „Studia Pedagogiczne” 1987, t. 51.
- SCHILDER P., *The image and appearance of the human body*, Kegan, Trench, Trubner, London 1935.
- SKIBNIEWSKA H., *Znoszenie barier architektonicznych i urbanistycznych w środowisku mieszkalnym*, [w:] *Materiały z seminarium na temat: „Człowiek niepełnosprawny w środowisku mieszkalnym”*, Warszawa 1980.
- TOMASZEWSKI T., *Człowiek i otoczenie*, [w:] *Psychologia*, red. T. Tomaszewski, Warszawa 1982.
- WEISS M., *Rola programu znoszenia barier architektonicznych w rehabilitacji osób z upośledzoną sprawnością*, [w:] *Materiały z seminarium na temat „Człowiek niepełnosprawny w środowisku mieszkalnym”*, Warszawa 1980.
- WRIGHT B. A., *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*, Warszawa 1965.
- ZACHARA B., *Osobowościowe i sytuacyjne uwarunkowania przebiegu interakcji między inwalidami a osobami zdrowymi*, [w:] *Optymalizacja interakcji w procesie usprawniania osób z dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi*, red. S. Kowalik, J. Kwiek, B. Szychowiak, Poznań 1988.