

Kształtowanie autonomii – osiągnięcie niezależności

Różne wymiary autonomii osób niepełnosprawnych

„Autonomia” – słowo pochodzenia greckiego (*autos* znaczy sam, *nomos* zaś to, co prawe, obowiązujące wszystkich) – jest definiowana jako „samodzielność, niezależność, możliwość samostanowienia [...], w psychologii – utrzymywanie integracji osobowości [...]” (Kupisiewicz, Kupisiewicz, 2009, s. 15).

[...] jest rodzajem niezależności osoby od zdarzeń, w których ona biernie lub czynnie uczestniczy. Rodzajem niezależności, gdyż fizyczny i psychiczny sposób bycia człowieka zakłada zarówno zależność od środowiska, jak i możliwość zmieniania go (Obuchowski, 1977, s. 77).

Stanowi zdolność do odpowiedzialnego kierowania swoim zachowaniem, dokonywania wyborów uwzględniających własne i cudze potrzeby oraz kształtowania relacji społecznych opartych na zasadzie wzajemności (Pilecka, Pilecki, 1996).

Oznacza przede wszystkim niezależność jednostki od kogoś lub czegoś, a więc zakłada, że ludzkie „ja” osiąga się w procesie indywiduacji oraz z udziałem innych osób (Dykcik, 2006, s. 361).

Autonomia jednostki może się przejawiać w formie (Kiciński 1992):

- respektowania indywidualnych wyobrażeń na temat tego, co jest dla niej dobre (AUTONOMIA PSYCHICZNA);
- respektowania praw innych do własnych poglądów i przekonań (AUTONOMIA PRAWNA);
- samostanowienia o sobie z uwzględnieniem zachowań i życia w różnych (wszystkich lub wybranych) zakresach posiadanych kompetencji (AUTONOMIA SPOŁECZNA).

Łapiński (1988) spostrzega autonomię psychiczną i społeczną wielowymiarowo, wyróżniając kilka jej rodzajów (zob. tabela 1). Ich osiągnięcie jest procesem długotrwałym, dotyczącym całego biegu życia jednostki, i uwarunkowanym potrzebami oraz występującymi między nimi zależnościami.

Tabela 1. Rodzaje autonomii

Rodzaje autonomii	Charakterystyka
Behawioralna	<ul style="list-style-type: none"> – dotyczy osobistych wyborów oraz sposobów postępowania jednostki, niezależnych od oczekiwań, wymagań i ocen najbliższego otoczenia – może się wyrażać w tym, że jednostka ma zainteresowania, własny styl bycia, planuje swój czas
Emocjonalna	<ul style="list-style-type: none"> – niezależność emocjonalna bez względu na czyjąś akceptację, bliskość emocjonalną i fizyczną
Poznawczo-ewaluatywna	<ul style="list-style-type: none"> – oznacza posiadanie własnego spojrzenia na otaczającą rzeczywistość, z uwzględnieniem własnych ocen, wartości i odpowiedzialności za swoje zachowania i podejmowane działania
Tożsamościowa	<ul style="list-style-type: none"> – poczucie własnej odrębności i niepowtarzalności – wyraża się w zdolności spostrzegania siebie nie tylko w odniesieniu do najbliższych
Instrumentalna	<ul style="list-style-type: none"> – umiejętność samodzielnego wykonywania różnych czynności oraz sprawnego funkcjonowaniu w różnych obszarach życia społecznego, w tym także pełnienie określonych ról społecznych
Ekonomiczna	<ul style="list-style-type: none"> – przejawia się zdolnością samodzielnego zapewnienia sobie bytu materialnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie Łapiński, 1988, s. 500.

Traktowanie człowieka niepełnosprawnego w sposób podmiotowy oznacza zgodę na rozwój jego autonomii. W związku z tym należy osobie niepełnosprawnej stwarzać takie warunki, które umożliwią jej decydowanie o sobie i swoim życiu, co w znacznym stopniu wpłynie na kształtowanie osobowości, a tym samym autonomii, która w przypadku jednostki niepełnosprawnej jest rozpatrywana wieloaspektowo (tabela 2).

Tabela 2. Aspekty autonomii osób niepełnosprawnych

Aspekty autonomii osób niepełnosprawnych		Charakterystyka
1		2
Podmiotowość społeczna w przestrzeni życiowej		Podmiotowość społeczna to proces, warunkowany inicjowaniem go przez jednostkę, oraz podejmowanie działalności zgodnie z własnymi wartościami i standardami. Bycie podmiotem oznacza sprawowanie kontroli w granicach i o takiej wartości, jaką wyznaczyła sobie jednostka. „[...] poczucie podmiotowości jest połączeniem dwóch subiektywnie odbieranych przez jednostkę własności: stopnia zintegrowania z otaczającym światem oraz zdolności do sprawowania kontroli nad rzeczywistością (Błęzyńska, 1993, s. 153)
Normalność i samodzielność życiowa w najbliższym środowisku	samodzielność	AUTONOMIA PSYCHICZNA kształtuje się w rodzinie. Umożliwia ona osiągnięcie pełnej samodzielności działaniowo-zadaniowej w codziennym życiu, pod warunkiem że osoba niepełnosprawna (w tym także dziecko) zostanie objęta mądrą kontrolą i opieką umożliwiającą oraz pozwalającą na rozwój psychospołeczny. Miernikiem samorealizacji osób niepełnosprawnych jest nabywanie przez nie AUTONOMII SPOŁECZNEJ
	adaptacja	Przystosowanie osoby niepełnosprawnej do środowiska wymaga wysiłku oraz czasu, ponieważ poznanie i przyswojenie norm, wzorów zachowań oraz systemów wartości jest utrudnione lub ograniczone. Podejmowane przez jednostkę próby pełnienia ról społecznych muszą być wzmacniane pozytywnie w celu „[...] ujawnienia się potrzeby autonomii jako wartości sprzyjającej rozwojowi poczucia sensu życia, samostanowienia, jako możliwości opanowania umiejętności podejmowania prostych decyzji dotyczących samego siebie oraz uzyskiwania choćby minimalnego zadowolenia z dokonywanych wyborów, mimo posiadanych niepełnosprawności” (Dykcik, 2006, s. 364)
	aktywność własna	Aktywność autonomiczna jednostki wpływa z cech osobowościowych oraz potrzeb sytuacyjno-decyzyjnych. Polega na stawianiu sobie wysokich wymagań mających na celu samodoskonalenie oraz rozwój kompetencji umożliwiających aktywne uczestnictwo w życiu społecznym jako jednostki społecznie użytecznej i wartościowej
	przygotowanie do życia	Czynnikiem regulującym aktywne funkcjonowanie społeczne osób niepełnosprawnych jest opinia lokalnego środowiska. O rozwoju własnej osobowości powinna decydować jednostka niepełnosprawna, z uwzględnieniem umiejętności samoregulacyjnych oraz przystosowawczych, warunkowanych doświadczeniem, kontrolą i samooceną podejmowanych działań

Tabela 2. Aspekty autonomii... cd.

1	2
Centralna wartość życiowa	Autonomia jako akceptacja siebie powinna być wartością, prawem, potrzebą oraz przywilejem osoby niepełnosprawnej do budowania swojej osoby oraz kształtowania własnego życia

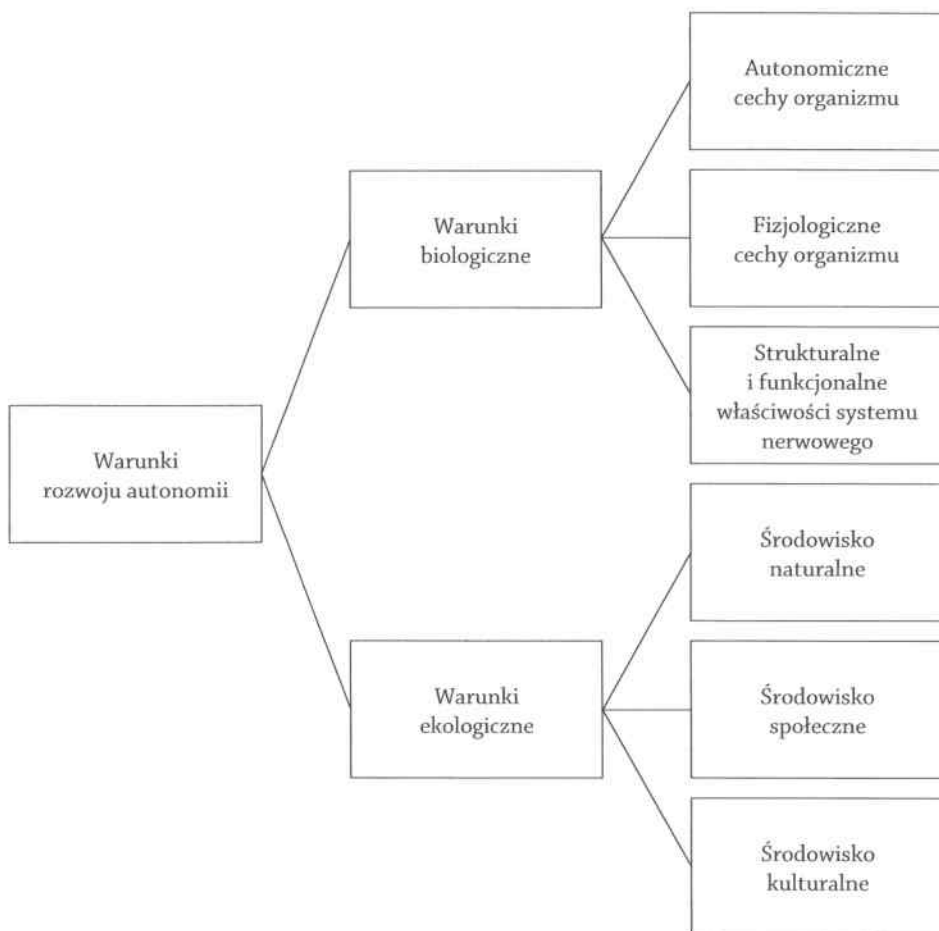
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Dykik, 2006, s. 361–369; Błęszyńska, 1993, s. 152–153; Korzeniowski, 1992, s. 82.

Kształtowanie autonomii przebiega w dwóch fazach: dojrzewania psychicznego oraz rozwoju osobowości dorosłej jednostki. Dojrzewanie psychiczne jest przechodzeniem od pełnej zależności do całkowitej autonomii psychicznej. W miarę zachodzących w dziecku zmian i nabierania przez nie doświadczenia coraz częściej przeciwstawia się ono otoczeniu, starając się być niezależne. Takie zachowania jednak nie są jeszcze przejawem autonomii tylko dziecięcego negatywizmu. Po fazie identyfikacji następuje odrzucenie wzorców identyfikacyjnych. Powinno ono być skutkiem coraz większej niezgodności między poszerzającą się wiedzą o świecie oraz ukształtowanymi ogólnie koncepcjami rzeczywistości a odrębnością własnego Ja. Na tym etapie model świata jest jeszcze niedostatecznie zintegrowany, a autonomia jest niestabilna. Dopiero po tej fazie, kiedy człowiek pełni role społeczne, jest odpowiedzialny za siebie i innych, dochodzi do integracji świata i jednostki (w tym świecie) w jedną całość. W wyniku tego powstaje sens życia dający na pewnym etapie możliwość autonomii psychicznej, tzn. człowiek staje się zdolny do realizacji własnych zadań, jest twórczy, kształtuje świat oraz własne życie (Obuchowski, 1977).

Czynnikami determinującymi rozwój autonomii oraz pełne funkcjonowanie człowieka są warunki i wyznaczniki jej rozwoju (Pilecka, Pilecki, 1996). Wśród warunków rozwoju autonomii jednostki niepełnosprawnej intelektualnie należy wymienić warunki biologiczne oraz ekologiczne, przedstawione na schemacie 1.

Do warunków biologicznych zalicza się anatomiczne i fizjologiczne cechy organizmu oraz strukturalne i funkcjonalne właściwości systemu nerwowego jednostki. Natomiast warunki ekologiczne to środowisko, na które składają się m.in. środowisko naturalne oraz środowisko społeczno-kulturalne.

Schemat 1. Warunki rozwoju autonomii osób niepełnosprawnych intelektualnie



Źródło: opracowanie własne na podstawie Pilecka, Pilecki, 1996, s. 32.

O charakterze ekosystemu decydują stosunki bliższego oraz dalszego otoczenia do niepełnosprawności, a także sposób radzenia sobie z ograniczeniami i wymaganiami, których przyczyną jest niepełnosprawność.

Jeśli oczekiwania są zgodne z możliwościami dziecka, to jego niepełnosprawność wyraźnie ulega minimalizacji. Wielu badaczy [...] podkreśla rolę pozytywnych atrybucji w promowaniu przystosowania dziecka i rodziny do niepełnosprawności. Te pozytywne atrybucje powstają wówczas, gdy dziecko jest spostrzegane jako źródło dumy i możliwości współpracy, zbliżania i mocy rodziny, szczęścia i spełnienia, osobowego rozwoju i dojrzałości członków rodziny, rozszerzenia grona przyjaciół i znajomych, rozumienia sensu życia (Pilecka, Pilecki, 1996, s. 35).

Czynnikami bezpośrednio (schemat 2) wpływającymi na rozwój jednostki niepełnosprawnej intelektualnie, czyli wyznacznikami rozwoju jej autonomii, są (Pilecka, Pilecki, 1996, s. 36–42):

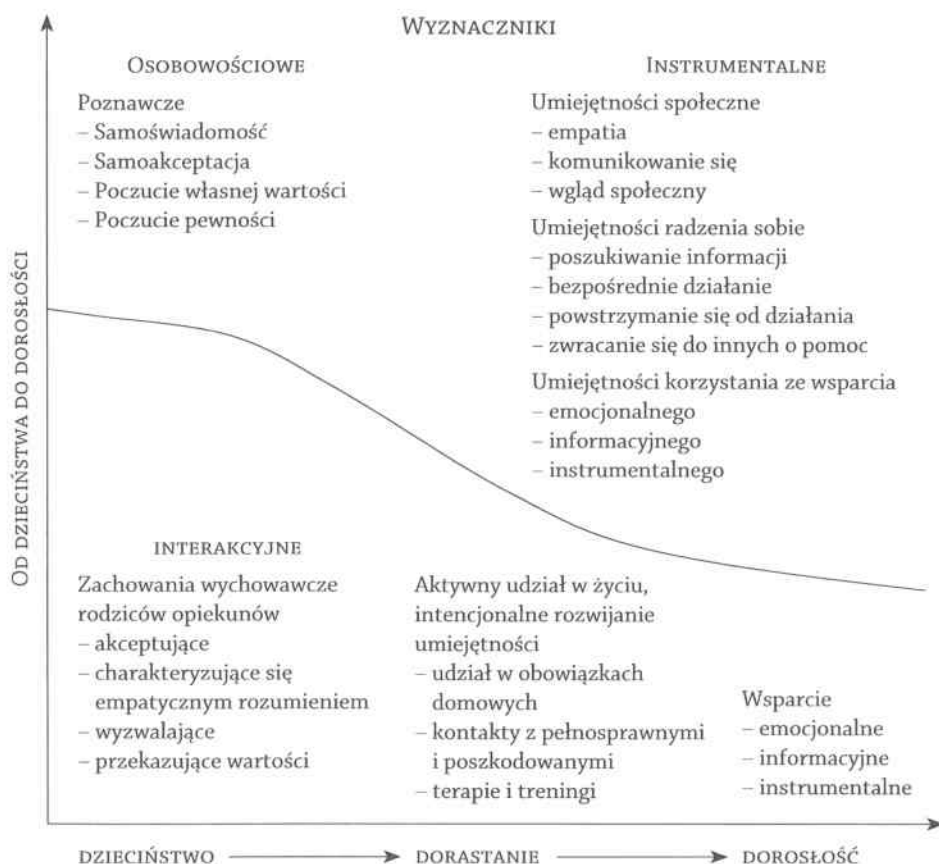
- CZYNNIKI OSOBOWOŚCIOWE związane z rozwojem osobowości, uwzględniające wyznaczniki poznawcze – samoświadomość, samoakceptację, poczucie własnej wartości i pewności siebie;
- CZYNNIKI INTERAKCYJNE łączące się z:
 - a) wpływami otoczenia, ze szczególnym uwzględnieniem zachowań wychowawczych, reprezentowanych przez rodziców i opiekunów, sprzyjających rozwojowi autonomii przez nastawienie na akceptację, zachęcających do podejmowania działań oraz przekazujących wartości i uwzględniających empatyczne rozumienie;
 - b) internalizacją norm, do której dochodzi u osób z niepełnosprawnością intelektualną pod wpływem treningu lub modelowania;
 - c) aktywnym udziałem w codziennych czynnościach oraz rozwijaniem umiejętności;
 - d) kontaktami osoby niepełnosprawnej intelektualnie z pełno- i niepełnosprawnymi;
 - e) wsparciem rodziny i rówieśników o charakterze: emocjonalnym (dawanie wiary w to, że jednostka niepełnosprawna zawsze może liczyć na pomoc najbliższych), informacyjnym (uzyskiwanie porad dotyczących rozwiązywania codziennych, życiowych problemów), instrumentalnym (aktywne i bezpośrednie zaangażowanie w pomoc);
- CZYNNIKI INSTRUMENTALNE, czyli umiejętności społeczne, takie jak umiejętność radzenia sobie w życiu oraz korzystania ze wsparcia.

W rozwoju autonomii osób niepełnosprawnych szczególne znaczenie ma ich stopniowe włączanie w życie społeczne w celu umożliwienia integralnego funkcjonowania w społeczeństwie, ponieważ dążenie do

[...] autonomii osobowej oraz integracji społecznej osób z różnymi odchyleniami rozwojowymi to dwa wzajemnie sprzężone mechanizmy [...] osiągania ich życiowej samorealizacji w zgodnym współżyciu wszystkich ludzi (Dykcik, 2006, s. 357).

Dlatego wspieranie jednostki niepełnosprawnej w podejmowanych przez nią działaniach powinno być nastawione na pełne i prawdziwe uczestnictwo w życiu społeczności jako osoby autonomicznej i samostanowiącej o sobie oraz o swoich losach życiowych.

Schemat 2. Wyznaczniki rozwoju autonomii



Źródło: Pilecka, Pilecki, 1996, s. 37.

Jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie

Jakość życia jest definiowana jako

[...] stopień zaspokojenia potrzeb materialnych i niematerialnych [...]. Poziom jakości życia określają ilościowe i jakościowe wskaźniki obiektywne i subiektywne przejawiane w postaci zadowolenia lub niezadowolenia z warunków życiowych (Okoń, 2001, s. 150).

Wskaźniki obiektywne istnieją niezależnie od jednostki i jej woli, natomiast wskaźniki subiektywne (schemat 3) to rodzaj zadowolenia oraz niepowtarzalne przeżycia wynikające z osobistych osiągnięć lub porażek (Minczakiewicz, 2007, s. 16).

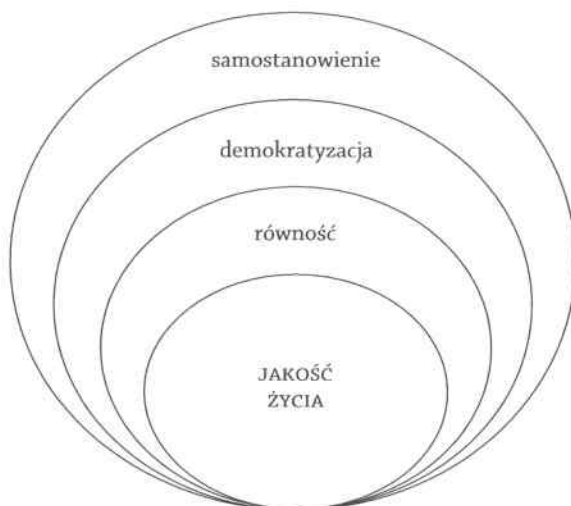
Schemat 3. Determinanty jakości życia



Źródło: Minczakiewicz, 2007, s. 16.

Koncepcją odnoszącą jakość życia do kontekstu społecznego jest koncepcja M. Bacha i M.H. Rioux (1996). Standardami określającymi społeczną jakość życia są (Kowalik, 2000, s. 18): możliwości samostanowienia, stopień demokratyzacji życia społecznego, poziom równości społecznej. Poszczególne elementy omawianej teorii przedstawia schemat 4.

Schemat 4. Model społecznej jakości życia



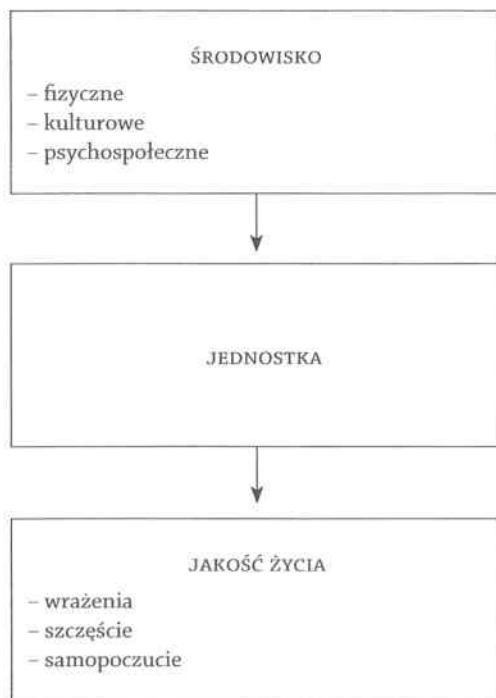
Źródło: Kowalik, 2000, s. 18.

Przedstawiony schemat nie uwzględnia sprzężenia zwrotnego między społeczną a jednostkową jakością życia –

[...] wysoki poziom społecznej jakości życia determinuje indywidualne poziomy zadowolenia z życia. [...] im więcej pojedynczych osób poprawia własną satysfakcję życiową, tym większa jest szansa na upowszechnienie się przekonań dotyczących ładu społecznego opartego na samostanowieniu, demokracji i równości (Kowalik, 2000, s. 19).

Inną koncepcję jakości życia przedstawił L. Nordenfelt (1994). Zilustrowano ją na schemacie 5. Opiera się ona na stanie przeżyciowym człowieka.

Schemat 5. Koncepcja jakości życia według Nordenfelt



Źródło: Kowalik, 2000, s. 22.

Jakość życia jest tu rozumiana jako dobrostan, wynikający z doświadczeń psychicznych: wrażeń odbieranych z otoczenia, przeżywanych emocji oraz odczuwanych nastrojów. Zależą one od trzech czynników: środowiska, konstytucji człowieka i jego działalności. Środowisko ma postać trójwymiarową. Składają się na nie: środowisko fizyczne (klimat, naturalne zasoby); środowisko kulturowe (obyczaje, polityka, prawo, gospodarka); środowisko psychospołeczne (wsparcie, przyjaźń, prestiż społeczny). Środowisko stanowi płaszczyznę podejmowanych działań, a jednocześnie ogranicza aspiracje człowieka oraz jego cele życiowe.

Zawsze więc jakość jest wynikiem zderzenia ze sobą zewnętrznego otoczenia człowieka z jego możliwościami poznawania tego otoczenia (Sadowska, 2006, s. 49).

Z oddziaływaniem różnorodnych bodźców pochodzących ze środowiska fizycznego wiąże się wrażenia. Z kolei odczuwanie przyjemności lub przykrości łączy się z samopoczuciem, nie odnosi się bezpośrednio do rzeczywistości, ponieważ jednostka nie jest w stanie uzasadnić, co wprawia ją w dobry lub zły nastrój. Następnym doświadczeniem psychicznym jest szczęście – wynikające ze świadomej oceny własnego życia lub przekonania, że w życiu udało się zrealizować własne dążenia dzięki znalezieniu się w odpowiednim środowisku. Innym stanem psychicznym jest samopoczucie, odczuwane jako coś przyjemnego lub przykrego, jednocześnie niemające konkretnego odniesienia w rzeczywistości. Dobre samopoczucie może istnieć samoistnie – jednostka nie jest w stanie podać przyczyn dobrego lub złego nastroju.

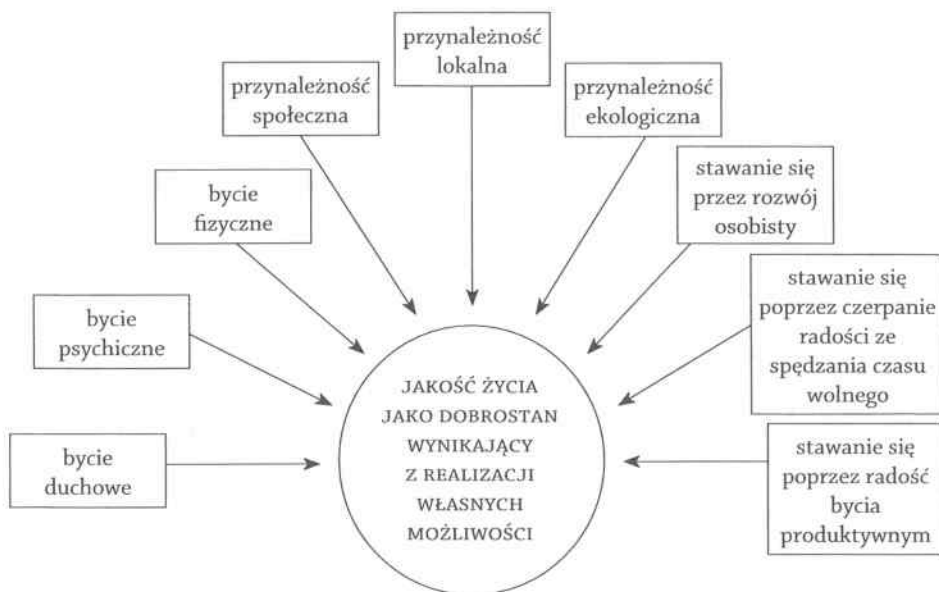
Ocena terażniejszości ściśle wiąże się z oceną przeszłości i przyszłości. Na zadowolenie z całego życia składa się suma zadowolenia z tego, co jest, co było, oraz z tego, co dopiero będzie.

W omawianej koncepcji dokonano próby zintegrowania możliwie wielu elementów jakości życia [...]: zadowolenie z życia, dobrostan (samopoczucie) i sprawność funkcjonalna (tutaj nazywana działaniem). W przypadku koncepcji Nordenfelta zasadniczym elementem jakości życia uczyniono jednak stan przeżyciowy człowieka: pozytywny lub negatywny (Kowalik, 2000, s. 22–23).

Inną koncepcję jakości życia zaproponowali J.M. Raeburn i I. Rootman (1996), ujmując ją jako wyraziste i sugestywne wyrażanie tego, jak dobre jest życie. Owo wyrażanie (ekspresja) dotyczy radości związanej z istnieniem, czyli byciem jednostki w wymiarach fizycznym, psychicznym i duchowym, doświadczaniem radości w związku z przynależnością społeczną, lokalną i ekologiczną oraz stawianiem się w wyniku osobistego rozwoju, spędzania wolnego czasu i produktywności (zob. schemat 6).

Wymienione [...] rodzaje doświadczenia radości wynikające z posiadanych możliwości życiowych są [...] zdeterminowane przez warunki środowiskowe [...] oraz właściwości fizyczne i psychiczne ludzi (Kowalik, 2000, s. 19).

Schemat 6. Struktura jakości życia według Raeburna i Rootmana



Źródło: Kowalik, 2000, s. 19.

A. Firkowska-Mankiewicz (1999), podsumowując różnorodne definicje jakości życia, wymienia jej elementy składowe:

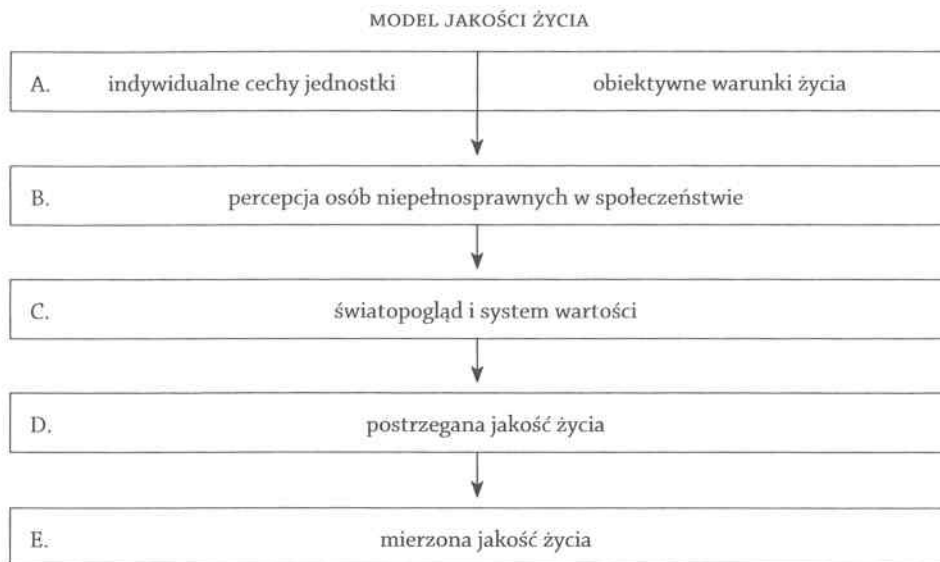
- CZYNNIKI OBIEKTYWNE, do których należą: warunki życia i bytowania zależne m.in. od stanu zdrowia, miejsca zamieszkania, warunków mieszkaniowych, wykształcenia oraz sytuacji zawodowej i materialnej;

[...] ten mikrospołeczny wymiar jakości życia, dotyczy warunków bytu i życia jednostek oraz rodziny, uzależniony jest w wielkiej mierze od czynników zewnętrznych w stosunku do jednostki i rodziny. Mamy tu na myśli uwarunkowania mezostrukturalne – czyli funkcjonowanie instytucji społecznych [...] oraz uwarunkowania makrostrukturalne – a więc system polityczny, prawny i ekonomiczny państwa i realizowana przez nie polityka społeczna względem obywateli (Firkowska-Mankiewicz, 1999, s. 16);

- CZYNNIKI SUBIEKTYWNE, PSYCHOSPOŁECZNE, wśród których należy wymienić: ocenę i dobrostan – samopoczucie jednostki dotyczące własnego stanu fizycznego, psychicznego i materialnego, więzi i stosunki z innymi ludźmi oraz system wyznawanych wartości i światopogląd mogące ulegać ciągłym modyfikacjom i przemianom w związku z wydarzeniami i doświadczeniami, w których uczestniczy jednostka.

Jeśli chodzi o osoby niepełnosprawne intelektualnie, analizę jakości ich życia należy uzupełnić o jeszcze jeden istotny wymiar, jakim jest PERCEPCJA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH przez innych – przez najbliższe osoby znaczące oraz służby powołane do wspierania niepełnosprawnych i ogół społeczeństwa. Firkowska-Mankiewicz (1999) omawia szczegółowo model jakości życia, którego autorami są Schalock, Keith i Hoffman. Model ten przedstawia schemat 7.

Schemat 7. Model jakości życia Schalocka, Keitha i Hoffmana



Źródło: Firkowska-Mankiewicz, 1999, s. 17.

Poszczególne składowe tego modelu to:

1. OGÓLNE POCZUCIE DOBROSTANU (*WELL-BEING*) będące wypadkową CECH INDYWIDUALNYCH CZŁOWIEKA, OBIEKTYWNYCH WARUNKÓW ŻYCIOWYCH oraz ZADOWOLENIA Z OBU TYCH WYMIARÓW.
2. Stosunek osób znaczących, personelu, różnorodnych służb i placówek środowiskowych dla nich przeznaczonych oraz postawy społeczeństwa jako całości. PERCEPCJA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I POSTAWY WOBEC NICH wpływa na ukształtowanie wewnętrznych standardów stosowanych do oceny doświadczeń życiowych i jakości życia, osobistych poglądów na temat tego, co jest w życiu ważne.
3. ŚWIATOPOGLĄD I SYSTEM WARTOŚCI, a więc system przekonań dotyczących zasad rządzących światem oraz tego, co jest w nim ważne – kształtuje się w konfrontacji z indywidualnymi doświadczeniami jednostki.

4. **POSTRZEGANA JAKOŚĆ ŻYCIA** jest pojęciem subiektywnym. Z badań wynika, że subiektywne i obiektywne wskaźniki jakości życia nie korelują ze sobą szczególnie wysoko, czego należy upatrywać w interweniującej roli własnego systemu wartości i światopoglądu.
5. **EMPIRYCZNY POMIAR JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE** stanowi wypadkową doświadczeń życiowych wynikających z indywidualnych cech osobowych, obiektywnych warunków życiowych oraz postrzegania tych osób i prezentowanych wobec nich postaw społecznych.

Autonomia osobowości a społeczne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych intelektualnie

Człowiek i jego natura od dawna budzą szczególne zainteresowanie filozofów, myślicieli i badaczy. Zainteresowanie to wiąże się z odkryciem specyficznej właściwości ludzkiego działania, która odznacza się cechami tylko dla niej charakterystycznymi. Codzienne obserwacje zwróciły uwagę badaczy na fakt, że te same sytuacje wywołują u różnych osób odmienne zachowania oraz że ta sama osoba, mimo działania na nią odmiennych bodźców, reaguje na nie czasami podobnie.

W psychologii przyjęto model zachowania, według którego reakcja organizmu zależy nie tylko od działania bodźców (S), lecz także od czynników tkwiących w organizmie (O). Właśnie te czynniki stały się przedmiotem badań psychologów.

Podwaliny jednego z głównych nurtów psychologii osobowości stworzył G. Allport. Traktował on

[...] osobowość jednostki, jako niepowtarzalną strukturę cech, którym przypisywał właściwości motywacyjne (ukierunkowujące zachowanie) [...] osobowość to dynamiczna organizacja wewnątrz jednostki, obejmująca te układy psychofizyczne, które decydują o specyficznych dla niej sposobach przystosowania do środowiska (Strelau, 2000, t. 2, s. 526).

Osobowość niepełnosprawnych intelektualnie próbowano wyjaśnić w ramach znanych teorii psychologicznych. Z PSYCHOLOGII POSTACI wywodzi się teoria K. Lewina określana jako psychologia topologiczna. Wyjaśnia ona zachowanie jednostki w świetle wszelkich oddziaływań wewnętrznych i interakcji jednostki z otoczeniem – rozumianym jako przestrzeń fizyczna i przestrzeń osoby. Zachowanie jednostki zależy od bodźców działających w różnych sytuacjach otoczenia psychologicznego. Osoba i jej psychologiczne otoczenie tworzą przestrzeń życiową rozumianą jako ogół dynamicznych stosunków między siłami działającymi

w jednostce i poza nią – w otoczeniu. Istnieją różnice między rozwojem osobowości jednostek sprawnych i niepełnosprawnych umysłowo. Wynikają one ze zróżnicowania przestrzennego osobowości, granic między strukturami oraz sztywności i przepuszczalności tych granic – im wyższy wiek umysłowy, tym większe zróżnicowanie osobowości. Koncepcja ta była kontynuowana przez J. Kounina, który zajął się SZTYWNOŚCIĄ GRANIC. Obliczył on współczynnik nasycenia daną czynnością i stwierdził, że sztywność granic jest większa u osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie niż u dzieci zdrowych. Według TEORII NASYCENIA KOROWEGO W. Kohlera i H. Wallacha upośledzenie umysłowe charakteryzuje się powolniejszym przebiegiem zmian biofizycznych w korze mózgowej, co utrudnia zmianę utrwalonych nawyków oraz przyswajanie nowych. C.L. Hull i K.W. Spencer reprezentują UJĘCIE BEHAVIORYSTYCZNE osobowości niepełnosprawnych intelektualnie. Zgodnie z tą teorią upośledzeni umysłowo generalizują bodźce prawie tak samo, jak osoby rozwijające się prawidłowo, gorzej jednak wykonują zadania umysłowe wymagające różnicowania. Poziom lęku u osób niepełnosprawnych intelektualnie jest wyższy i utrudnia ich przystosowanie społeczne. R.L. Cromwell do stworzenia koncepcji osobowości niepełnosprawnych umysłowo wykorzystał TEORIĘ SPOŁECZNEGO UCZENIA J.B. Rottera. Podstawowymi terminami tej koncepcji stały się: OCZEKIWANIE i WARTOŚĆ WZMOCNIONA. Dzięki tym konstruktom możliwe jest przewidywanie zachowań w danych sytuacjach. OCZEKIWANIE jest to subiektywne prawdopodobieństwo wystąpienia wzmocnień, natomiast WARTOŚĆ WZMOCNIEŃ to indywidualny stopień preferencji dla danego wzmocnienia. Przewaga sukcesów nad wcześniej doświadczanymi niepowodzeniami jest przyczyną wysokiego poziomu uogólnionego oczekiwania sukcesu, z kolei przewaga niepowodzeń prowadzi do niskiego poziomu uogólnionego oczekiwania sukcesu. Dlatego też niepełnosprawni intelektualnie, ze względu na swoje ograniczenia, częściej doświadczają niepowodzeń niż sukcesów – niski poziom uogólnionego oczekiwania sukcesu jest również przyczyną zaniżania aspiracji w nowych sytuacjach. Z innym spojrzeniem na osobowość niepełnosprawnych umysłowo mamy do czynienia w TEORII PSYCHOANALIZY reprezentowanej przez M.M. Hutta i R.G. Gibby'ego, którzy uważali, że funkcjonujemy na trzech poziomach: ŚWIADOMOŚCI, PODŚWIADOMOŚCI, NIEŚWIADOMOŚCI. Możliwości korzystania z tych poziomów są jednak inne u osób sprawnych i niepełnosprawnych intelektualnie. Dzieci niepełnosprawne umysłowo po urodzeniu nie różnią się od prawidłowo rozwijających się – potrzebami *id* i *ego*. *Ego* dzieci upośledzonych umysłowo charakteryzuje się jednak mniejszą dojrzałością ze względu na zaburzenia procesów poznawczych. Powstaje BŁĘDNE KOŁO REAKCJI FRUSTRACYJNYCH – reakcji osobowości i społecznych. TEORIE POZNAWCZE podkreślają znaczenie mechanizmów wewnętrznych (myślenie, wiedza, doświadczenie, procesy orientacji w otoczeniu) sterujących zachowaniem. Znaną powszechnie

i aktualną do dziś koncepcję poznawczą rozwoju umysłowego stworzył przedstawiciel psychologii genetycznej J. Piaget. Wyodrębnione i scharakteryzowane przez niego stadia rozwoju umysłowego odgrywają istotną rolę w wyjaśnieniu funkcjonowania intelektualnego oraz mechanizmów osobowościowych jednostek niepełnosprawnych umysłowo.

M. Kościelska (1995) podkreśla natomiast znaczenie TEORII STADIÓW ROZWOJOWYCH, w świetle których upośledzenie odpowiada wczesnym stadiom rozwoju. To na tej teorii opierają się podstawowe testy stosowane w diagnostyce niepełnosprawności intelektualnej, wymuszające ujęcie tego zaburzenia jako wczesnego stadium rozwojowego. Uważa ona, że współcześnie istnieją dwie najpoważniejsze sugestie teoretyczne, które mogą służyć jako inspiracja poszukiwań i wyjaśnień zjawiska. Na pierwszą składają się TEORIE POZNAWCZE, sugerujące inny niż stadialny – Piagetowski – model myślenia o rozwoju, w którym centralną rolę odgrywa pojęcie doświadczenia. Inność spojrzenia może się stać kluczem do zrozumienia różnorodności poziomów funkcjonowania i wielości postaci upośledzenia. Drugą grupę teorii osobowości stanowią TEORIE NEOPSYCHOANALITYCZNE, które podkreślają znacznie struktury Ja dla funkcjonowania intelektualnego. Połączenie tych dwóch koncepcji daje szansę na powstanie wizji rozwoju, w której jakość doświadczeń miałaby znaczenie dla kształtowania się sprawności umysłowej, a ich patologia prowadziłyby do patologii umysłu.

Wiele cennych informacji może wnieść analiza osobowości osób z niepełnosprawnością intelektualną w kategoriach REGULACYJNEJ TEORII OSOBOWOŚCI Reykowskiego (Reykowski, Owczynnikowa, Obuchowski, 1977) traktującej osobowość jako centralny system regulujący i integrujący czynności.

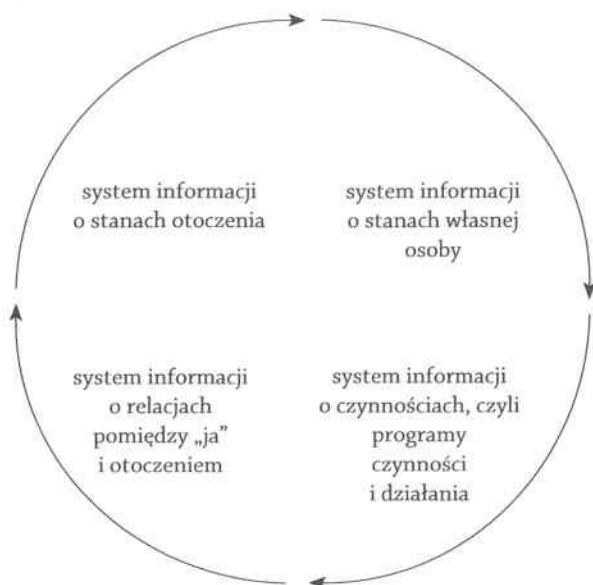
Osobowość pełniąca funkcje regulatora zachowania jest uzależniona od zakresu i poprawności reprezentacji stanów otoczenia, co sprzyja wyłonieniu podsystemów osobowości (Łukaszewski, 1977, s. 106), takich jak:

- system informacji o stanach otoczenia;
- system informacji o stanach własnej osoby;
- system informacji o relacjach między „ja” i otoczeniem;
- system informacji o czynnościach – programach czynności i działania.

W skład podsystemów wchodzi informacje tworzące osobowość i można je scharakteryzować wielowymiarowo (Łukaszewski, 1977, s. 106–108):

- jako informacje znaczące lub nadwyżkę informacji niemających rzeczywistego wpływu na zachowanie podmiotu, ale mogących wpływać na bieg zachowania, np. informacji o stanach rzeczy będących poza otoczeniem jednostki; o istocie i trwałości stanu rzeczy decyduje kontakt i silne emocje z nim związane oraz zadanie jako wyznacznik doraźnej istotności danego stanu rzeczy;
- jako informacje odnoszące się do różnych obszarów czasowych: przeszłych, teraźniejszych i przyszłych;

Schemat 8. Podsystemy osobowości



Źródło: opracowanie własne na podstawie Łukaszewski, 1977.

- jako informacje opisujące stany typowe (normalne), będące czynnikami warunkującymi tendencję do zachowań o charakterze obronnym, oraz stany idealne, stanowiące czynnik determinujący zachowania o charakterze innowacyjnym, wzrostowym;
- jako opisy stanów rzeczy tworzące oceny w wymiarze „normalny – idealny” oraz „pozytywny – negatywny”;
- jako informacje krytyczne lub peryferyczne; rolę pierwszoplanową odgrywają informacje krytyczne, istotne dla identyfikacji i wartościowania stanu rzeczy, informacje peryferyczne pełnią zaś rolę posiłkową.

W rozwoju człowieka największe znaczenie ma wewnętrzny potencjał, tzw. zasoby osobiste (schemat 9), które można podzielić na metazasoby i zasoby szczegółowe. METAZASOBY to psychologiczne właściwości, dzięki którym jednostka radzi sobie ze stresem. Konstruktem takim jest POCZUCIE KOHERENCJI, na które składają się: poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności. ZROZUMIAŁOŚĆ polega na tym, że bodźce – nośniki informacji, pochodzące ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego, tworzą strukturę umożliwiającą ich wyjaśnianie i przewidywanie. ZARADNOŚĆ jest to aktywność człowieka mająca na celu radzenie sobie z daną sytuacją przez wykorzystanie środków własnych lub będących w dyspozycji innych ludzi. SENSOWNOŚĆ oznacza ważność danego zdarzenia motywującą do podejmowania działań przez jednostkę. Natomiast ZASOBY SZCZEGÓŁOWE OSOBOWOŚCI są to ZASOBY POZNAWCZE, rozumiane

jako wymiary obrazu samego siebie, ZASOBY INSTRUMENTALNE, czyli określone umiejętności, oraz ZASOBY NOETYCZNE, nadające sens życiu oraz wyznaczające kierunek ich poszukiwań (Majewicz, 2009, s. 173–176).

Schemat 9. Zasoby osobiste osób niepełnosprawnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie Majewicz, 2009, s. 173–176.

Wśród wymienionych zasobów szczególne znaczenie w sytuacji osób niepełnosprawnych ma SAMOAKCEPTACJA, czyli akceptacja siebie oraz własnej niepełnosprawności. Pozostałe zasoby poznawcze

[...] umożliwiają orientację we własnej osobowości, wiarę i zaufanie do siebie oraz przekonanie o własnych możliwościach, motywują również do wytrwałego działania (Majewicz, 2009, s. 175).

Do najważniejszych UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH należą: EMPATIA – zdolność odczuwania stanów psychicznych drugiego człowieka oraz uwzględnianie we własnych reakcjach i zachowaniach motywów, potrzeb i życzeń drugiego; UMIEJĘTNOŚĆ KOMUNIKACJI werbalnej i niewerbalnej; UMIEJĘTNOŚĆ WGLĄDU SPOŁECZNEGO, czyli zdolność różnicowania procesów wyznaczających społeczne wydarzenia oraz ich wartościowanie. Natomiast wśród zasobów noetycznych szczególne miejsce zajmuje AUTONOMIA –

[...] zdolność do odpowiedzialnego kierowania swoim zachowaniem, dokonywania wyborów z uwzględnieniem własnych i cudzych potrzeb, do kształtowania relacji społecznych opartych na zasadzie wzajemności (Majewicz, 2009, s. 176).

Do najważniejszych KOMPETENCJI INDYWIDUALNYCH I SPOŁECZNYCH dotyczących kształtowania AUTONOMICZNEJ OSOBOWOŚCI ludzi niepełnosprawnych należą właściwości związane z kształtowaniem stosunku do samego siebie (zaradność, samodzielność, odporność emocjonalna, optymizm, samoakceptacja) oraz cechy dotyczące uspołeczniania (komunikatywność, prospołeczność i umiejętność współdziałania, wgląd społeczny) (Dykcik, 2006, s. 362). W związku z tym zawsze powinniśmy pamiętać o tym, że

[...] psychika człowieka z upośledzeniem rozwija się według tych samych praw, które kształtują wszystkich ludzi [...], poprzez branie i dawanie, poprzez asymilację i akomodację. Z tej stałej wymiany rodzi się nowa jakość [...] (Kościelska, 1993, s. 343–344).

Dlatego też, gdy niepełnosprawność stanie się tylko jedną z wielu cech, przestanie wywoływać negatywne emocje. Istotnym przekształceniom ulegnie również obraz własnej osoby. Wtedy ważniejsze staną się cechy i umiejętności, dzięki którym jednostka zacznie odnosić sukcesy i zostanie zaakceptowana przez społeczeństwo. Ważne jest też to, by miała ona szansę modyfikacji wartości, tak by były one dostosowane do ograniczeń i predyspozycji, umożliwiały realizowanie się, opanowywanie zastępczych i nowych schematów funkcjonowania oraz rozwijanie umiejętności na miarę swoich możliwości. Każdy jest na swój sposób utalentowany i cenny. Udziałem wszystkich jest to samo człowieczeństwo.

Bibliografia

- Bach, M., Rioux, M.H. (1996). Social well-being: A frame work for quality of life research. W: R. Renwick, I. Brown, M. Nagler (red.). *Quality of life in health promotion and rehabilitation*. London: Sage Publications.
- Błeszyńska, K. (1993). Podmiotowość ludzi niepełnosprawnych. W: A. Hulek (red.). *Edukacja osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Upowszechnienie Nauki – Oświata.
- Borkowska, A., Domańska, Ł. (2006). *Neuropsychologia kliniczna dziecka*. Warszawa: WN PWN.
- Bulera, M. (2006). Jak postrzegamy niepełnosprawnych. *Życie Szkoły*, 9.
- Chłopkiewicz, M. (1987). *Osobowość dzieci i młodzieży – rozwój i patologia*. Warszawa: WSiP.
- Czapiński, J. (red.) (2005). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: WN PWN.
- Dykcik, W. (2006). *Pedagogika specjalna*. Poznań: WN UAM.
- Dykcik, W. (1996). *Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych*. Poznań: Eruditus.
- Firkowska-Mankiewicz, A. (1999). Jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie. *Sztuka Leczenia*, 3.
- Gałkowski, T. (red.) (1981). *Zaburzenia osobowości dzieci i młodzieży*. Warszawa: PTWzK.

- Górnicka, B. (1996). Wyobrażenia młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim na temat własnej przyszłości. *Szkoła Specjalna*, 5.
- Hulek, A. (red.) (1993). *Edukacja osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Upowszechnienie Nauki – Oświata.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (1998). *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice: Śląsk.
- Kiciński, K. (1992). Godność, punitivność, autonomia jednostki. W: A. Pawełczyńska (red.). *Wartości i ich przemiany*. Warszawa: Wyd. Archidiecezji Warszawskiej.
- Korzeniowski, K. (1992). *Poczucie podmiotowości – alienacja*. Poznań: Nakom.
- Kościelak, R. (1989). *Psychologiczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo*. Warszawa: PWN.
- Kościelak, R. (1987). *Poczucie umiejscowienia kontroli, samooceny młodzieży upośledzonej w stopniu lekkim*. Gdańsk: Wyd. UG.
- Kościelska, M. (1995). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: WN PWN.
- Kościelska, M. (1993). Koncepcja osoby z upośledzeniem umysłowym jako uczestnika życia społecznego. *Przegląd Psychologiczny*, 3, t. XXXVI.
- Kowalik, S. (1999). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Katowice: Śląsk.
- Kowalik, S. (2000). Jakość życia psychicznego. W: R. Derbis (red.). *Jakość rozwoju – jakość życia*. Częstochowa: Wyd. WSP.
- Kupisiewicz, C., Kupisiewicz, M. (2009). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: PWN.
- Łapiński, B. (1988). Rola rodziny w osiąganiu autonomii przez dziecko w okresie dorastania. *Psychologia Wychowawcza*, 5.
- Łukaszewski, W. (1977). Osobowość a spostrzeganie siebie i innych. W: J. Reykowski, W. Owczynnikowa, K. Obuchowski (red.). *Studia z psychologii emocji, motywacji i osobowości*. Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Maciarz, A. (1992). *Uczniowie niepełnosprawni w szkole powszechnej*. Warszawa: WSiP.
- Majewicz, P. (2009). Proces rehabilitacji zorientowanej na zasobach osobowości. W: J. Rottermund (red.). *Zmaganie się z niepełnosprawnością – kolejne wyznaczniki*. Kraków: Impuls.
- Minczakiewicz, E.M. (2007). Poczucie jakości życia niepełnosprawnych jako czynnik determinujący rozwój jednostki i jej postępy w zakresie rehabilitacji społeczno-zawodowej. W: J. Rottermund (red.). *Wielowymiarowość procesu rehabilitacji*. Kraków: Impuls.
- Nordenfelt, L. (1994). Towards a theory of happiness: A subjectivist notion of quality of life. W: L. Nordenfelt (red.). *Concepts and measurement of quality of life in health care*. London: Springer.
- Obuchowska I. (red.) (1991). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- Obuchowski, K. (1977). Autonomia jednostki a osobowość. W: J. Reykowski, W. Owczynnikowa, K. Obuchowski (red.). *Studia z psychologii emocji, motywacji i osobowości*. Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Okoń, W. (2001). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa: Żak.

- Pilecka, W., Pilecki, J. (1996). Warunki i wyznaczniki rozwoju autonomii dziecka upośledzonego umysłowo. W: W. Dykcik (red.). *Spółeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych*. Poznań: Eruditus.
- Porębska, M. (1991). *Osobowość i jej kształtowanie się w dzieciństwie i młodości*. Warszawa: WSiP.
- Raeburn, J. M., Rootman, I. (1996). Quality of life and health promotion. W: R. Renwick, I. Brown, M. Nagler (red.). *Quality of life and health promotion and rehabilitation*. London: Sage Publications.
- Reykowski J., Owczynn timerowa O., Obuchowski K. (red) (1977). *Studia z psychologii emocji, motywacji i osobowości*. Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Sadowska, S. (2006). *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*. Kraków: Impuls.
- Sękowska, Z. (1998). *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa: Wyd. WSPS.
- Sowa, J. (1999). *Pedagogika specjalna w zarysie*. Rzeszów: Fosze.
- Strelau, J. (2000), *Psychologia*. Gdańsk: GWP.
- Wald, I. (red.) (1972). *Jak przygotować do życia dziecko umysłowo upośledzone*. Warszawa: PZWL.
- Wojciechowski, F. (1990). *Dziecko umysłowo upośledzone w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- Wyczesany, J. (2006). *Pedagogika upośledzonych umysłowo*. Kraków: Impuls.
- Zabłocki, K.J. (1995). *Psychologiczne i społeczne wyznaczniki rehabilitacji zawodowej inwalidów*. Warszawa: Żak.