
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN – POLONIA

VOL. XXVII, 1

SECTIO J

2014

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie
Instytut Pedagogiki Specjalnej
Katedra Rehabilitacji Psychopedagogicznej i Społecznej

JOANNA KONARSKA

jokona@akon.pl

*Zdolność do autorehabilitacji jako konsekwencja
wcześniejszych zabiegów wychowawczo-rehabilitacyjnych*

Self-rehabilitation ability as a result of earlier educational-rehabilitational actions

STRESZCZENIE

Autorehabilitacja ujęta jest jako proces twórczy wobec samego siebie, którego sprawcą i odbiorcą jest ta sama osoba. Jest to działanie o charakterze kompensacyjnym, wymagające aktywnej postawy osoby z niepełnosprawnością wobec siebie samej. Zdolność do autorehabilitacji posiadają te osoby, których aktywność własna w dzieciństwie była podtrzymywana poprzez wychowanie rehabilitujące na poziomie stale motywującym do podejmowania nowych wyzwań. Autorehabilitacji towarzyszą procesy intelektualne i emocjonalne, pozwalające na ciągłą aktualizację i realną ocenę sytuacji emocjonalno-poznawczo-społecznej, w której znajduje się człowiek gotowy do działań autorehabilitacyjnych. Samorealizacja i autorehabilitacja mają ze sobą wiele wspólnego, ale autorehabilitacja nie dotyczy osób pełnosprawnych. Te elementy zachowania osoby z niepełnosprawnością, które nie są udziałem osób pełnosprawnych, mają charakter autorehabilitacyjny. Poprzez autorehabilitację dokonuje się zdolność do rezyliencji (*resilience*). Jest to zdolność organizmu do przystosowania się do warunków, w których – mimo utraconych wcześniej zdolności – może optymalnie funkcjonować dzięki reorganizacji pracy mózgu.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, autorehabilitacja, samorealizacja, rezyliencja

Użycie określenia „autorehabilitacja” sugeruje, że mamy do czynienia z procesem rehabilitacji, w którym zarówno sprawcą, jak i odbiorcą działań rehabilitacyjnych jest jedna i ta sama osoba.

Zazwyczaj rehabilitacja wiąże się z pracą co najmniej jednej osoby, skierowaną na kogoś, kto potrzebuje pomocy w usprawnieniu chorego, lub niefunkcyjnego.

nującego prawidłowo organizmu czy to w sferze fizycznej, czy psychicznej, lub zaburzeń w sferze relacji społecznych. Wówczas proces postępowania rehabilitacyjnego, po postawieniu odpowiedniej diagnozy, rozpoczyna się od koncentracji na zburzonej lub upośledzonej funkcji organizmu w celu znalezienia sposobów jej usprawnienia albo zastąpienia przez niezaburzone funkcje organizmu, tworząc mechanizmy kompensacyjne. Nie sposób przy tym nie brać pod uwagę, że celem działań usprawniających nie jest zaburzona funkcja sama w sobie, ale człowiek jako osoba, która oprócz dyskomfortu fizycznego doznaje całej gamy przeżyć psychicznych, związanych z faktem ciągłej deprivacji potrzeb, kiedy ich realizacja wymaga zaangażowania niesprawnej funkcji organizmu. Człowiek ten żyje w środowisku społecznym, z którym wchodzi w mniej lub bardziej zadowolające relacje, a układ stosunków między nimi zależy w równej mierze od samej osoby z niepełnosprawnością, jak i od pozostałych osób w jej otoczeniu. Stąd wynika konieczność objęcia działaniami rehabilitacyjnymi nie tylko sfery fizycznej osoby dotkniętej niepełnosprawnością, ale także jej psychiki i całego środowiska społecznego, z którym pozostaje w relacjach obecnych lub do którego potencjalnie dołączy w przyszłości. Jak widać, jest to zadanie na pewno nie dla jednego specjalisty – i tak też rozumiana jest współczesna rehabilitacja.

AUTOREHABILITACJA – REHABILITACJA: WZAJEMNE RELACJE

Wobec takiego ogromu zadań dla zespołu rehabilitantów, gdzie jest miejsce na samodzielne działania wobec siebie jednostki, na którą kierujemy uwagę wielu specjalistów równocześnie?

Z pewnością takiego miejsca nie możemy szukać na samym początku drogi rehabilitacyjnej, ale traktowanie jednostki ludzkiej jako pełnoprawnego partnera we wszystkich działaniach na nią skierowanych, zachowanie zasady współdziałania samej osoby zainteresowanej (nawet jeśli jest to małe dziecko) w żmudnym dochodzeniu do lepszej czy – jeśli to możliwe – nawet całkowitej sprawności czyni z pacjenta współtwórcę sukcesu, który zazwyczaj przypisuje się rehabilitantom. Aktywny udział każdego – bez względu na wiek – we własnej rehabilitacji wymaga wzbudzania motywacji do działania i utrzymywania świadomie ukierunkowanej aktywności własnej na odpowiednim poziomie.

Małe dziecko wymaga jeszcze stałej stymulacji i kontroli, jeśli oczekujemy od niego wysiłku skierowanego na usprawnianie własnego organizmu. Dokonuje się to zazwyczaj przy okazji albo w kontekście zaspokajania potrzeb, których źródła można doszukiwać się w inicjowanych przez samo dziecko zachowaniach, ale większość z nich powinna być stymulowana przez rehabilitantów (w tym także rodziców, którzy są najważniejszym ogniwem w całym procesie rehabilitacji). Wzbudzanie motywacji u dziecka z niepełnosprawnością do współdziałania z rehabilitantem jest zadaniem niezwykle trudnym, i tym trudniejszym, im dziecko

jest młodsze. W czasie realizacji zadań rehabilitacyjnych muszą być zaangażowane te funkcje organizmu, które są niesprawne lub niedostatecznie rozwinięte, a więc sam proces działania oraz jego efekty nie dają dziecku wystarczającej satysfakcji (nagrody), usprawiedliwiającej dalsze angażowanie się w nieatrakcyjny układ funkcjonalny. Cel, jakim ma być lepsze funkcjonowanie w przyszłości, jest zbyt odległy i niepojęty dla małego dziecka, a zabawa to żadna, jeśli dziecko nie ma radości z własnej aktywności, za to nierzadko czynnościom rehabilitacyjnym towarzyszy ból.

Inaczej jest u osób dorosłych z niepełnosprawnością i u młodzieży. Samodzielne wysiłki w celu osiągnięcia lepszej sprawności, a przez to większej niezależności, nie są podejmowane automatycznie ze względu na wiek, ale przy odpowiednim wsparciu osób bliskich i właściwym ukierunkowaniu przez specjalistów. Zazwyczaj wtedy dochodzi do samodzielnych prób doskonalenia pracy rehabilitantów, angażowania aktywności własnej przy współudziale dużej kreatywności. Proces ten jest jednak uzależniony nie tylko od przebiegu dotychczasowej rehabilitacji, ale wynika z dojrzewania osobowości i tendencji do samorealizacji.

Właściwie trudno określić, kiedy młody człowiek jest gotowy do podjęcia działań autorehabilitacyjnych, bo dojrzewanie jest długotrwałym procesem, który można rozpatrywać z różnych punktów widzenia – i dopiero wówczas, gdy wiemy, do jakiego aspektu rozwoju człowieka odnosi się pojęcie dojrzewania, możemy w sposób przybliżony określić, czy dana funkcja, narząd, czy też cały układ czynnościowy jest w stanie dojrzewania, czy już osiągnął pełnię dojrzałości. O wiele prościej wyznaczyć kryteria dojrzewania biologicznego niż psychicznego, a w autorehabilitacji ten właśnie aspekt dojrzewania jest najbardziej istotny.

Dokładnie nie wiadomo, kiedy okres dojrzewania ludzkiego ma swój początek i koniec, ale wyraźne sygnały ze strony organizmu, spowodowane dojrzewaniem hormonalnym, dają początek dojrzewania biologicznego. W ślad za zmianami fizjologicznymi dokonują się zmiany w wyglądzie młodego człowieka (zmiany proporcji ciała, wyrazu twarzy i ogólnego wyglądu, który daje początek innemu traktowaniu dojrzewającego człowieka), a to z kolei zmienia również jego stosunek do siebie samego. Wymagania społeczne są skierowane na podkreślanie samodzielności i odpowiedzialności – od osoby w okresie dojrzewania oczekuje się konsekwencji w dążeniu do celu, którego realizacja ma doprowadzić do zakończenia edukacji, uzyskania zawodu, a tym samym niezależności finansowej od rodziców i wreszcie dojrzałości do założenia własnej rodziny i wychowania potomstwa. To są oczekiwania wobec pełnosprawnych młodych ludzi, ale czy takie same są w stosunku do młodzieży z niepełnosprawnością?

Pozycja każdej osoby z niepełnosprawnością w społeczeństwie i jej spostrzeganie społeczne zależy w dużej mierze od poziomu komunikacji interpersonalnej, co jednocześnie przyczynia się do poczucia większej wartości i wiary we własną sprawczość u osoby z niepełnosprawnością. Otoczenie natomiast ma sposobność

lepszego poznania możliwości, ale także realnych ograniczeń osoby niepełnosprawnej, co pozwala na adekwatną jej ocenę, niezniekształconą przez obiegowe opinie i uprzedzenia. Możliwość pełnego współuczestnictwa w życiu społecznym poprzez wspólną z rówieśnikami zabawę, naukę, pracę daje równe szanse na wzajemne poznanie się zarówno pełnosprawnym, jak i niepełnosprawnym członkom społeczeństwa, a jeśli inkluzja stanie się faktem, a nie – jak obecnie – celem, do którego zmierzamy, również wobec dojrzewających osób z niepełnosprawnością społeczeństwo będzie formułowało oczekiwania związane z ich przyszłością, dorosłością, a oni będą mogli je spełniać, realizując także wymagania stawiane samym sobie. Takie wymagania są już przejawem zachowania autorehabilitacyjnego.

Nie można mówić o autorehabilitacji dzieci w wieku wczesnego i średniego dzieciństwa, ale już w okresie późnego dzieciństwa można zauważyć pewne przejawy zachowania o charakterze autorehabilitacyjnym, kiedy starsze dzieci samorzutnie tworzą różne sposoby przewycięzania własnej niepełnosprawności, doskonaląc i wzbogacając już istniejące mechanizmy kompensacyjne o nowe elementy pozyskiwania czy przetwarzania wiedzy o świecie, o nowe sposoby zaspokajania własnych potrzeb, czy umacniania zaufania do siebie samego. W działaniach tych ogromną rolę odgrywają procesy intelektualne i one właśnie stanowią niezbędny element przechodzenia od poddawania się rehabilitacji – nawet przy bardzo aktywnym w niej udziale własnym – do autorehabilitacji. Bardzo ważną rolę stymulującą i aktywującą do podejmowania działań autorehabilitacyjnych odgrywają emocje towarzyszące wszelkim ludzkim poczynaniom. Ponieważ jednak człowiek żyje w otoczeniu społecznym, emocje są wypadkową subiektywnej oceny sytuacji i oceny innych osób, które niekoniecznie w tym momencie są niezbędne do realizacji podejmowanego przez osobę niepełnosprawną zadania.

Jeśli procesy intelektualne odgrywają zasadniczą rolę w kreowaniu zachowań o charakterze autorehabilitacyjnym, to powstaje pytanie, czy do autorehabilitacji zdolne są również osoby z upośledzeniem umysłowym. Wydaje się, że na to pytanie należy odpowiedzieć przecząco, z wyjątkiem może osób z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, które są w stanie przewidywać przyszłość, planować i rozumieć związek między działaniem własnym a skutkiem tych działań. Działania autorehabilitacyjne to zachowania w pewnym sensie twórcze i o ile osoby z lekkim upośledzeniem umysłowym są zdolne do podejmowania takich działań, o tyle można się po nich spodziewać zdolności do autorehabilitacji. Jednak w całej pełni do zachowania autorehabilitacyjnego są zdolne jednostki z niesprawnością sensoryczną i ruchową, ale z normą intelektualną, bo to właśnie sprawność intelektualna gwarantuje podjęcie i powodzenie działań o charakterze autorehabilitacyjnym.

Pierwszym krokiem do późniejszej autorehabilitacji jest zdobywanie w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa świadomości budowy i funkcji własnego

ciała, co w końcu przekłada się na poczucie tożsamości, samodzielności, zaufania do własnych umiejętności, zdolności do przebywania w pewnym oddaleniu od rodziców i innych osób, gwarantujących dotychczas poczucie bezpieczeństwa. Nie oznacza to oczywiście całkowitego wyzwolenia się spod opieki rodziców, ale świadomość, że oni są gdzieś blisko i w razie potrzeby pomogą, jest wystarczającym impulsem do samodzielnej penetracji najbliższego otoczenia. W czasie tych prób dziecko doświadcza konieczności radzenia sobie w wielu nieprzewidywalnych sytuacjach i uczy się być zależnym od własnej inwencji. Wyzwała to w nim kreatywność, polegającą na wykorzystywaniu w nowych warunkach wiedzy i umiejętności już zdobytych, kiedy wypróbowane algorytmy postępowania nie mogą przynieść oczekiwanych rezultatów. Wówczas dziecko zmuszone jest próbować swoich sił, działając w inny sposób, a każda udana próba tego rodzaju wzmacnia jego poczucie własnej wartości, wiarę we własne siły i czyni go coraz bardziej ciekawym świata, zachęcając do samodzielnego eksperymentowania.

Samodzielność dziecka nie pojawia się nagle i bez przyczyny, ale jest efektem starań rodziców, a w sytuacji dziecka z niepełnosprawnością – efektem ich wychowania rehabilitującego. Osiągnięcie stopnia samodzielności relatywnego do poziomu wieku wiąże się nie tylko z doświadczeniem radzenia sobie w sytuacjach życiowych, ale przede wszystkim z umiejętnością wykorzystywania wszelkich informacji przydatnych w danym momencie przez uruchamianie całego zespołu mechanizmów kompensacyjnych (Sękowska 1974).

Okres późnego dzieciństwa nie daje jeszcze całkowitego poczucia bezpieczeństwa, a pozostawanie pod dyskretną kuratelą rodziców czy wychowawców szkolnych daje dziecku stabilizację emocjonalną. Chociaż w tym wieku jest ono już w sposób widoczny samodzielne, jest mu dobrze ze świadomością możliwości ucieczki w razie sytuacji przekraczającej jego umiejętności.

Dziecko w okresie późnego dzieciństwa nie potrafi jeszcze dokonywać wielostronnej analizy intelektualnej sytuacji, w jakiej się znajduje, ani brać pełnej odpowiedzialności za swoje zachowanie. Umiejętność ta przychodzi z wiekiem i jest uzależniona od tempa rozwoju funkcji intelektualnych, a zwłaszcza myślenia abstrakcyjnego oraz związanego z dojrzewaniem umysłowym przeorganizowania funkcji poznawczych. W tym samym czasie równocześnie z dojrzewaniem intelektualnym i społecznym dokonuje się dojrzewanie do analizowania własnego i cudzego postępowania według norm moralnych, co powoduje, że młodzież, podejmując niezależne decyzje, podporządkowuje je w zasadniczej części ukształtowanemu systemowi wartości, a to oznacza, że także jest świadoma konsekwencji własnych zachowań.

Nie można oczekiwać, że osiągnięcie porównywalnego do pełnosprawnych rówieśników stopnia niezależności będzie przebiegać tak samo sprawnie i w tym samym czasie u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością. W zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności należy się spodziewać dość dużych różnic

w tym zakresie, a niektórym osobom, np. stale uzależnionym w zaspokajaniu podstawowych potrzeb od osób trzecich, osiągnięcie samodzielności w ogóle nie jest dane lub trwa o wiele dłużej. Nie oznacza to jednak, że osoby te nie są zdolne do autorehabilitacji, jeśli przez autorehabilitację będziemy rozumieć działania o charakterze kompensacyjnym, których inicjatorem, pomysłodawcą i wykonawcą jest osoba z niepełnosprawnością. Oczywiście procesy intelektualne odgrywają tu zasadniczą rolę, ponieważ każdy rodzaj kompensacji niedoskonałości organizmu sprowadza się do intelektualnego przetworzenia informacji i podjęcia decyzji wykonawczych.

Jeśli mimo wystarczających informacji człowiek nie potrafi zrobić z nich użytku, wszelkie jego działania zmierzające do pokonania niesprawności organizmu będą nie w pełni wartościowe, a często wręcz nieskuteczne. Brak osobistej satysfakcji z samodzielnie podejmowanych prób pokonania niepełnosprawności przynosi rozczarowanie, zaburza poczucie własnej wartości i wiarę we własne siły oraz obniża motywację do ponawiania podobnych prób. Jest to mechanizm poznawczy, który tym razem nie sprzyja kreowaniu samodzielności i tłumi tendencję do zachowania o charakterze autorehabilitacyjnym.

Inaczej jest, gdy sprawnie przebiegające procesy umysłowe dają osobie niepełnosprawnej pełną swobodę w przetwarzaniu wszystkich posiadanych informacji o otaczającym świecie, o sobie samym, własnych możliwościach i ograniczeniach, a także pozwalają na kreowanie celów wykraczających poza dotychczasowe osiągnięcia i umiejętności. Realna konfrontacja tych osiągnięć choćby z nowymi potrzebami albo nowym sposobem realizacji dotychczasowych potrzeb, znajomość swojej odporności na stres, realna ocena sił fizycznych to niezbędne elementy analizy sytuacji zadaniowej, z której rodzi się zdolność do autorehabilitacji. Nie bez znaczenia są także dotychczasowe przeżycia emocjonalne wobec nowych wyzwań, które człowiek sam sobie stawiał, albo przed którymi został postawiony niezależnie od swojej woli. Podjęcie wyzwania, towarzyszące jego realizacji emocje, wysiłek fizyczny i psychiczny oraz – oczywiście – rezultat to są czynniki decydujące o tendencji do powtarzalności zachowania auterehabilitacyjnego.

SAMOREALIZACJA A AUTOREHABILITACJA

Termin „samorealizacja” oznacza dążenie jednostki do realizacji swojego potencjału w zakresie zdolności, umiejętności, dążenie do spełnienia bardzo indywidualnej wizji siebie w przyszłości, przy czym osiągnięcie jednego etapu samorealizacji wcale nie oznacza zakończenia tego procesu: pojawiają się nowe potrzeby, które stają się podłożem tworzenia następnych wersji doskonalenia siebie samego.

Samorealizacja, samoaktualizacja lub samourzeczywistnienie to pojęcia, występujące w kilku koncepcjach psychologicznych człowieka, w których człowiek traktowany jest jako aktywny podmiot odpowiedzialny za rozwój własnej osobowości, za swoje relacje społeczne, za decyzje podejmowane w stosunku do siebie i innych, a ta odpowiedzialność jest zarazem motorem i kierunkiem przemian rozwojowych.

Jeśli jest mowa o odpowiedzialności, to jednocześnie pojawia się kontekst wartości, które nadają kierunek działaniom jednostki, całej ludzkości i stają się punktem odniesienia oceny własnego i cudzego postępowania. Wartości odnoszą się do obiektywnej rzeczywistości, ale i do siebie samego, kiedy już około trzeciego roku życia stają się podstawą tworzenia mechanizmów emocjonalno-poznawczych, wyznaczających sposób zachowania dziecka wobec innych. Małe dziecko utrwała tego rodzaju zachowanie własne, za które czeka go nagroda/pochwała od osób dla niego ważnych. Jednocześnie samo odczuwa ważność tego, co robi, i swoją ważność dla tych, na których mu zależy. W ten sposób tworzy się poczucie własnej wartości, które odtąd będzie towarzyszyło człowiekowi przez całe życie i będzie drogowskazem, według którego jedne zachowania będą atrakcyjne, a inne nie, ponieważ te pierwsze podwyższają poczucie własnej wartości, a te drugie obniżają.

W miarę dojrzewania intelektualnego i zdobywania wiedzy oraz doświadczenia społecznego człowiek powoli uniezależnia się od bezpośrednich reakcji otoczenia (w tym osób znaczących) na własne postępowanie, a w zamian za to staje się wobec siebie coraz surowszym sędzią, uwzględniając zinternalizowany już i w miarę stabilny system wartości. W tym momencie zdolny już jest do przekraczania pewnych granic, również tych związanych z własnymi możliwościami w sensie psychologicznym, ale także w sensie fizycznym. Sportowiec podczas treningów osiąga coraz lepsze wyniki, niemal każdy przeciętny nastolatek próbuje swoich sił w dziedzinach dotąd mu obcych (pisze wiersze, komponuje, interesuje się polityką itp.), stara się sprawdzić siebie samego, wyznaczając sobie zadania dotąd mu obce. Nie jest to tylko właściwość osób pełnosprawnych, bo do tego, aby przekraczać granice dotychczasowych możliwości, nie trzeba być człowiekiem pełnosprawnym fizycznie czy nawet umysłowo (z wyjątkiem stanów upośledzenia umysłowego w stopniu głębszym), ale wystarczy chcieć czegoś więcej, niż osiągnęło się do tej pory, a do tego potrzebna jest aktywność własna.

Aktywność własna jako jeden z czterech czynników rozwojowych jest właściwością każdego człowieka, z nią przychodzimy na świat i początkowo jest ona ograniczona do filogenetycznie uwarunkowanej zdolności noworodka do adekwatnej reakcji na bodźce otaczającego świata. To od rodziców, a potem innych opiekunów i pedagogów zależy, w jakim stopniu aktywność własna niemowlęcia przerodzi się w twórczą zdolność do samorealizacji. Szczególne wyzwanie stoi

pod tym względem przed rodzicami i wychowawcami dzieci z niepełnosprawnością i temu tematowi autorka niniejszego artykułu poświęciła sporo miejsca w odpowiednich publikacjach (Konarska 2005, 2008, 2010, 2013).

Niemal wszystkie współczesne koncepcje psychologiczne człowieka, nawiązując do samorealizacji jako jednego z podstawowych mechanizmów kształtowania dojrzałej osobowości, wskazują jednocześnie na aktywny i świadomy udział jednostki w tym procesie.

W psychologii humanistycznej szczególnego znaczenia nabrało dążenie do samorealizacji za sprawą A. Masłowa (1986), który wyodrębnił cechy osobowości ludzi samorealizujących się, a do nich należy między innymi samoakceptacja i akceptacja otaczającego świata, autonomia osobowościowa, głębia relacji interpersonalnych, opartych na spontaniczności i życzliwości, poczucie humoru, a także twórczość, którą rozumiał jako ekspresję potencjału jednostki, przejawiającą się w codziennych czynnościach. Interesujące w tym miejscu może się okazać przytoczenie wyników badań prowadzonych pod kierunkiem autorki w jednej z prac magisterskich, traktujących o atrakcyjności partnera życiowego w wyborach młodzieży pełnosprawnej i z niepełnosprawnością (Kural 2008). Zarówno dla jednych, jak i dla drugich poczucie humoru okazało się tak ważne, że zajęło pierwsze miejsce na liście cech do wyboru. Potencjalny partner życiowy powinien mieć poczucie humoru dla 73,3% badanych osób z niepełnosprawnością i dla 94,3% osób pełnosprawnych. Czyżby samorealizacja osób mających poczucie humoru była łatwiejsza, czy też ewentualna porażka nie jest traktowana zbyt serio, a przez to mniej boleśnie?

Do samorealizacji nawiązuje także psychologia egzystencjalna, w której świadomość celów i wyboru wartości życiowych jest istotą dialogu człowieka z życiem, a życie nieustannie zadaje pytania i wymusza, by człowiek nie „był”, lecz ciągle „stawał się”. Jeśli człowiek, odpowiadając na pytania życia, może i chce stać się kimś więcej, niż jest obecnie, to znaczy, że osiągnął noetyczny (*nous* – duch, rozsądek, intelekt) poziom rozwoju osobowości, który dokonuje się przez swoisty rodzaj samorealizacji podczas nadawania sensu własnemu życiu. Poczucie sensu życia zawiera w swej strukturze element intelektualny, emocjonalno-uczuciowy, wolitywno-dążeniowy i egzystencjalno-działaniowy (Frankl 1984).

Komponent intelektualny polega na poznawaniu natury życia ludzkiego, środowiska i celów osobistych. Implikuje on zdolność jednostki do poznawania własnej natury, historii swojego życia, układów społeczno-kulturowych i otoczenia.

Komponent emocjonalno-uczuciowy to zdolność człowieka do doświadczania samego siebie, do reagowania na wartości i na własne niepowodzenia lub osiągnięcia.

Komponent wolitywno-dążeniowy oznacza zdolność człowieka do dokonywania wyborów i przyjmowania postawy oraz podporządkowania się hierarchii wartości.

Wreszcie komponent egzystencjalno-działaniowy jest identyfikowany w podwójnym aspekcie: jako przyczyna zaistnienia sensu życia i jako efekt jego istnienia (Frankl 1978).

W procesie samopoznania i samorealizacji zawierają się trzy pierwsze spośród wyszczególnionych komponentów poczucia sensu życia, ale w komponencie egzystencjalno-działaniowym odnajdujemy wyraźnie element świadomej postawy wobec własnego życia, a kreowanie przyszłości przez dokonywanie wyborów ze świadomością wewnętrzną presji, by „być kimś więcej, niż jestem obecnie”, by nie „być”, a ciągle „stawać się”, jest już wystarczającym impulsem do przekraczania granic dotychczasowych osiągnięć i możliwości. W odniesieniu do człowieka z niepełnosprawnością jest to równoznaczne z przyjęciem wobec siebie aktywnej postawy twórczej, polegającej na samodzielnym poszukiwaniu sposobów minimalizowania skutków własnej niesprawności, a to już jest autorehabilitacja.

Do samorealizacji odwołuje się także J. Koziński (1987), prezentując transgresyjny model rozwoju osobowości. W koncepcji tej samorealizacja stanowi kluczowy element dążenia do przekraczania granic, wychodzenia poza to, co dotychczas zostało osiągnięte, a czymże jest usiłowanie pokonywania ograniczeń, które niesie niepełnosprawny organizm przy podejmowaniu wszelkich życiowych działań, jeśli nie autorehabilitacją?

Do samorealizacji nawiązują także twórcy wszystkich teorii rozwoju człowieka, w których przejście od niższego stadium rozwojowego dokonuje się poprzez doznanie kryzysu (Dąbrowski 1984, Erikson 2000, Havighurst 1981). Kryzys jest szukaniem kompromisu między trzema siłami decydującymi o rozwoju organizmu ludzkiego: biologicznymi, psychicznymi i społecznymi. W naturalnych warunkach człowiek wyposażony we wszystkie niezbędne do aktualizacji rozwoju warunki doznaje rozterek psychicznych, kiedy musi przekroczyć próg dotychczasowych umiejętności i możliwości, bo takie są wymagania otoczenia albo sam dojrzał do tego, by dążyć do realizacji nowych celów i zaspokajać nowe potrzeby. Człowiek z niepełnosprawnością nie może w pełni korzystać z tego, co już potrafi, kiedy stoi przed nowymi zadaniami i wyzwaniem – niezależnie od ich źródła. Musi bowiem nie tylko zaktualizować swoje dotychczasowe umiejętności, ale za każdym razem na nowo pokonywać opór własnego organizmu, szukać i uczyć się nowych sposobów postępowania, ale także toczyć ze sobą walkę psychiczną, podobną do tej, która jest udziałem wszystkich pełnosprawnych rówieśników. Oprócz tego staje często wobec konieczności pokonania oporu społeczeństwa przed zaakceptowaniem nie zawsze typowego sposobu działania, które przy niepełnosprawności okazuje się jedynym skutecznym. Te elementy zachowania osoby z niepełnosprawnością, które nie są udziałem ludzi pełnosprawnych w dążeniu do samorealizacji, noszą znamiona działań autorehabilitacyjnych.

Badania nad samorealizacją korespondują z nurtem psychologii zwanym *life-span psychology*, analizującej między innymi w biegu życia kontrolę zachowań

skierowanych do środowiska zewnętrznego człowieka, obejmujące próby dokonywania takich zmian w otoczeniu, aby pasowały do potrzeb i pragnień jednostki, a z drugiej strony analizującej kontrolę procesów wewnętrznych w kierunku zminimalizowania strat i utrzymania oraz rozszerzenia istniejącego poziomu podstawowego sterowania zachowaniami (Heckhausen, Schulz 1995).

Ten drugi rodzaj kontroli pomaga w indywidualnym radzeniu sobie z porażką i sprzyja wyzwaniu środków motywacyjnych w kierunku wybranych celów życiowych w całym cyklu życia. W odpowiedzi na możliwości i ograniczenia organizmu dokonują się stałe kompromisy pomiędzy kontrolą pierwotnego i wtórnego sterowania zachowania, które przechodzą systematyczne zmiany w całym cyklu życia. *Life-span psychology* zakłada – podobnie zresztą jak wszystkie inne teorie psychologii rozwojowej – że każdy człowiek posiada ograniczenia możliwości rozwojowych w różnym czasie swego życia, ale zapewne ograniczenia możliwości osoby z niepełnosprawnością są większe i występują częściej. Analiza indywidualnego sposobu radzenia sobie z tymi ograniczeniami i z ewentualną porażką, którą zajmuje się *life-span psychology*, wyraźnie sugeruje bezpośrednie zaangażowanie osoby doznającej ograniczeń i trudności w indywidualnym rozwiązywaniu swoich problemów z uwzględnieniem historii życia i otaczających warunków. Jeżeli człowiek z niepełnosprawnością pokona napotkane na swej drodze rozwojowej trudności, to każdy konstruktywny sposób pokonania ograniczeń wynikających z niepełnosprawności jest w tym wypadku również zachowaniem autorehabilitacyjnym.

NEURODYNAMICZNE UKŁADY FUNKCJONALNE W MÓZGU A ZDOLNOŚĆ DO AUTOREHABILITACJI

Nie sposób nie nawiązać w tym miejscu do zjawiska, które ostatnio zdobywa coraz większe zainteresowanie i uznanie wśród psychologów rehabilitacyjnych. Tym fascynującym i nie do końca zrozumianym zjawiskiem jest rezyliencja.

O znaczeniu wcześniej podjętej rehabilitacji z dziećmi niepełnosprawnymi nikt dzisiaj już przekonywać nie trzeba, bo z jednej strony ogromna plastyczność centralnego układu nerwowego małego dziecka, a z drugiej strony wczesnodziecięce doświadczenia emocjonalne są tymi czynnikami, które decydują o skuteczności procesu rehabilitacyjnego.

Plastyczność układu nerwowego umożliwia dokonywanie się takich zmian w mózgu człowieka, które pod wpływem odpowiednich zabiegów rehabilitacyjnych pozwalają na regenerację utraconych lub osłabionych funkcji organizmu przez reorganizację pracy mózgu, tworzenie nowych synaps, a nawet poprzez anatomiczne zmiany polegające na rozwijaniu nowych aksonów i glejów w miejsce uszkodzonych (Gałkowski 2006, s. 20–22). W ten sposób organizm odzyskuje wcześniejsze zdolności do przystosowania się do warunków, w których – mimo

utraconych wcześniej zdolności – może optymalnie funkcjonować. To zjawisko jest określane mianem rezyliencji.

Próby znalezienia biochemicznych komponentów rezyliencji obejmują analizę czynników genetycznych, analizę organizacji zespołów neuronalnych zaangażowanych w określone czynności, ale także wpływ wczesnodziecięcych doświadczeń. Okazało się, że istnieje zależność między uwarunkowaniami genetycznymi i anatomiczno-fizjologicznymi centralnego układu nerwowego a doświadczeniami dzieci objętych programem wczesnego wspomaganie rozwoju i ich zdolnością do rezyliencji. Badania wykazały, że genetycznie uwarunkowana zdolność do rezyliencji może mieć związek ze strukturalnymi zmianami substratu neuronalnego i ekspresją genów, które mogą wywierać wpływ na procesy uczenia i reakcje behawioralne (Gałkowski 2006, s. 22). Zdolność do rezyliencji jest wobec tego w pewnym stopniu uwarunkowana jak najwcześniejszym i systematycznym wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością, a indywidualne predyspozycje genetyczne ujawnią się dopiero wówczas, gdy pojawią się pierwsze oznaki rezyliencji. Teoretycznie jednak to plastyczność centralnego układu nerwowego w połączeniu z bardzo wczesnymi odpowiednimi zabiegami rehabilitacyjnymi jest gwarantem pojawienia się oznak rezyliencji, a indywidualne tempo odnawiania się zdolności do reorganizacji mózgowych układów czynnościowych jest jedynie czynnikiem wspomagającym działania zewnątrzpochodne.

W kontekście rezyliencji szczególnego znaczenia nabiera świadomość rodziców co do roli, jaką odgrywają wobec dziecka z niepełnosprawnością. To oni, a nie rehabilitanci, są osobami pozostającymi w najbardziej intensywnej interakcji z dzieckiem i od rodzaju tej interakcji zależą czynione przez dziecko postępy w rehabilitacji, ale także niewidoczne zmiany w jego centralnym układzie nerwowym, o których możemy wnioskować na podstawie indywidualnej podatności na profesjonalne działania terapeutyczne, a w przyszłości – na podstawie obserwacji jego zdolności adaptacyjnych w nowych sytuacjach.

W tym miejscu zbliżamy się do ukazania istotnej roli rodziców jako najważniejszych i niezastąpionych rehabilitantów swoich dzieci. Świadomość odpowiedzialności, jaka na nich ciąży, powinna doprowadzić do bardzo konsekwentnie stawianych sobie i dziecku zadań i do ich równie konsekwentnej realizacji. Ponieważ rodzice kierują się w swoich relacjach z dzieckiem przede wszystkim emocjami (i bardzo dobrze!), dlatego objęcie ich opieką psychologiczną równocześnie ze wspomaganie rozwoju dziecka jest rzeczą nieodzowną. Z czasem odpowiedzialnymi za tempo i jakość rozwoju dziecka z niepełnosprawnością staną się także inne osoby, a wśród nich szczególnie wyróżnioną grupę stanowią nauczyciele. Wspólnym celem rehabilitantów, rodziców i pedagogów powinno być doprowadzenie dziecka do jak najpełniejszego i wszechstronnego rozwoju. Założenie to obejmuje doprowadzenie wychowanka do maksymalnej samodziel-

ności, a wobec tego do wytworzenia w nim i aktywacji zdolności do rezyliencji, co w rezultacie sprowadza się do autorehabilitacji.

AUTOREHABILITACJA WOBEC REALIZACJI ZADAŃ ROZWOJOWYCH

Zadania rozwojowe należy rozumieć dwojako: jako zadania, które wobec dziecka mają spełniać jego rodzice, opiekunowie, terapeuci i wszyscy wychowawcy, oraz jako zadania, które od pewnego momentu życia człowiek realizuje sam wobec siebie.

Dla autorehabilitacji znaczenie mają szczególnie zadania realizowane wobec siebie samego, ale człowiek nie będzie do nich przygotowany, jeśli wcześniej nie zostaną w nim wytworzone mechanizmy kompensacyjne, jeśli nie nauczy się cierpliwości i wytrwałości w dążeniu do celu, jeśli nie będzie umiał skutecznie radzić sobie ze stresem i jeśli nie potrafi nawiązywać satysfakcjonujących obie strony interakcji społecznych. Tych umiejętności żadne dziecko nie uczy się samo, ale dziecko z niepełnosprawnością stoi wobec wyzwań nieznanymi pełnosprawnym rówieśnikom i dlatego jest mu potrzebne szczególne wsparcie dorosłych. Zaniechanie pedagogiczne w zakresie któregośkolwiek z elementów kreujących dążenie do samostanowienia i niezależności spowoduje niedojrzałość osobowości do podjęcia pierwszych prób samorealizacji.

Samorealizacja przejawia się nie tyle w dążeniu do samodzielności, ile w zdolności do stawiania sobie celów, które można nazwać zadaniami życiowymi, i dążeniu do ich realizacji.

Niepełnosprawność dziecka sprawia, że początkowo główny ciężar zadań rozwojowych spada na rodziców i ewentualnie innych członków najbliższej rodziny, a w dalszej perspektywie na pedagogów, jeśli dziecko musi być objęte specjalistycznym kształceniem. To rodzice dbają o dynamizowanie zasobów dziecka, rozumianych jako jego potencjalne możliwości rozwojowe. Pełnosprawne dziecko w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa samo podejmuje działania w odpowiedzi na otaczające je bodźce, a sposób odpowiadania jest wyrazem dojrzewania organizmu. Takiego dynamizowania zasobów rozwojowych nie można oczekiwać od dziecka z niepełnosprawnością, bo wyposażenie jego organizmu jest niewystarczające dla wyuczonego filogenetycznie sposobu reagowania na bodźce z racji deficytu zmysłów, umysłu czy sprawności czuciowo-ruchowej. To rodzice muszą nauczyć się nietypowej dla siebie roli bycia rodzicem dziecka z niepełnosprawnością w ogóle i dodatkowo z właściwą dziecku niepełnosprawnością w szczególności. Nauczenie rodziców odpowiedniego zachowania w interakcjach z niemowlęciem jest zadaniem specjalistów od wczesnej rehabilitacji, ale wielu z nich intuicja także podpowiada właściwy sposób zachowania.

Wśród zadań rozwojowych, wymagających od rodziców stworzenia warunków do ich realizacji, będą oczywiście takie, które są zadaniami typowymi dla wszyst-

kich rodziców i wszystkich dzieci w danym wieku, ale zapewnienie warunków do prawidłowego rozwoju dziecka z niepełnosprawnością to coś więcej niż stworzenie atmosfery potrzebnej do zaspokajania właściwych wiekowi potrzeb. Rodzice muszą mieć świadomość, że niektóre potrzeby nie pojawią się w tym samym wieku jak u dzieci pełnosprawnych, jeśli nie sprowokują wystąpienia potrzeb specyficznych dla danego rodzaju niepełnosprawności, które stają się pomostem dla rozwoju potrzeb właściwych. Takie prowokowanie nietypowych potrzeb i nietypowych sytuacji jest uczeniem dziecka poszukiwania nowych sposobów realizacji potrzeb i celów, gdy naśladownictwo otoczenia nie może wchodzić w grę ze względu na niepełnosprawność. Jest to jednocześnie początek wzbudzania w dziecku tego rodzaju aktywności własnej, która stanie się podstawą zachowania autorehabilitacyjnego.

Zadania rozwojowe rodziców wobec dziecka nie kończą się z chwilą, gdy zaczyna ono przejmować inicjatywę w tworzeniu nowych potrzeb. Trwają nadal, kiedy zazwyczaj pełnosprawne dzieci w okresie młodzieńczym już powoli wyzwalają się spod kurateli rodziców, a realizacja wizji przyszłości jest w zasięgu ich możliwości. Inaczej jest, gdy o swojej przyszłości myśli niepełnosprawny dorastający młody człowiek, bo bariery, które napotyka w drodze do realizacji swoich celów, wymagają od niego bardzo wiele samozaparcia, inwencji twórczej i wsparcia otoczenia społecznego. Na tych najbliższych zazwyczaj może liczyć i ich wsparcie powinno przerodzić się teraz w akcentowanie kreatywności coraz bardziej samodzielnego dziecka oraz stawianie przed nim zadań wykraczających poza dotychczasowe umiejętności.

Jeśli okres dzieciństwa dzięki wysiłkom rodziców przyniósł rezultat w postaci akceptacji swojego stanu przez dziecko i umiejętności przewyższania ograniczeń organizmu, możemy spodziewać się ze strony młodego człowieka wysiłków w kierunku samodzielnego kreowania własnej tożsamości.

Od tego momentu zadania życiowe osoby z niepełnosprawnością mają charakter autorehabilitacyjny, bowiem najczęściej wyznacza ona sobie cele zgodne z własną koncepcją siebie samej. Jeśli podczas realizacji tych zadań człowiek jest zdolny do uruchamiania zachowań transgresyjnych, dzięki którym minimalizuje ograniczenia wynikające z niepełnosprawności, a maksymalizuje swoje wewnętrzne zasoby rozwojowe, to zachowuje się zgodnie z zasadami autorehabilitacji.

DOŚWIADCZENIA DZIECIŃSTWA DROGĄ DO AUTOREHABILITACJI

Zdolność do autorehabilitacji nie jest tego rodzaju właściwością człowieka z niepełnosprawnością, pojawiającą się w określonym czasie jako jeden z etapów dojrzewania. Wiele osób nie posiada tej umiejętności, mimo że pod względem intelektualnym mogliby osiągnąć ten poziom regulacji swojego zachowania,

a anatomicznie i funkcjonalnie każdy człowiek nosi w sobie potencjalne zdolności do autorehabilitacji. Wystarczy powołać się na prawa kompensacji Anochina (za: Ananiew 1969), aby uświadomić sobie, że organizm każdego człowieka jest gotowy do wytwarzania mechanizmów kompensacyjnych, gdy jakaś funkcja nie- domaga lub ustaje, a w mózgu nie są wytwarzane ku temu żadne nowe struktury anatomiczne. Jedynym warunkiem jest, aby bodziec powiadamiający centralny układ nerwowy o ustaniu bądź ograniczeniu funkcji był dostatecznie silny. Oznacza to, że mechanizmy kompensacyjne wytworzą się jedynie w sytuacji niepełnosprawności, a nie chwilowej niedyspozycji.

Również doniesienia ostatnich lat dotyczące rezyliencji (Gałkowski 2006), świadczą o tym, że w zasadzie do wszystkiego, co człowiek może zdziałać w celu polepszenia własnej sprawności, jego mózg jest przygotowany pod warunkiem, że otrzyma odpowiedni impuls z wewnątrz organizmu, ale intensyfikowany i wspierany celowymi działaniami z zewnątrz. Właśnie te zewnętrzne działania nabierają szczególnego znaczenia dla kształtowania późniejszych nawyków samodzielnego uruchamiania całego neurologicznego wyposażenia organizmu i wszystkich psychologicznych mechanizmów adaptacyjnych, aby sprostać codziennym wyzwaniom, jakie życie stawia ludziom aktywnym. Właśnie aktywność wydaje się w tym momencie kluczowym zagadnieniem związanym z tworzeniem gotowości do autorehabilitacji.

Aktywność rozwija się przez rozbudzenie i urozmaicenie pierwotnej aktywności własnej małego dziecka, którego reakcje są skierowane początkowo na zaspokajanie podstawowych potrzeb biologicznych, a z czasem – psychicznych. Jest w tym ogromna rola rodziców, aby u dziecka z niepełnosprawnością, które ma konkretne ograniczenia w realizacji podstawowych potrzeb i w tworzeniu nowych, pobudzać aktywność własną, wytwarzając pierwsze mechanizmy kompensacyjne, nakierowane na zaspokajanie potrzeb rozwojowych (Konarska 2005, 2006).

Satysfakcja z możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb budzi nowe potrzeby, w tym – potrzeby poznawcze. Ponieważ realizacja tych potrzeb nie jest warunkiem biologicznego przetrwania organizmu, dlatego potrzeby te są sterowane przez mechanizmy emocjonalno-motywacyjne, w których tworzeniu i podtrzymaniu ma udział społeczeństwo (Reykowski 1970, 1982, 1988).

Trudno mówić o społeczeństwie i jego bezpośrednim wpływie na kształtowanie motywacji u niemowlęcia – bo już w tym okresie dokonują się pierwsze doświadczenia o charakterze poznawczo-emocjonalno-motywacyjnym, ale z pewnością osobą bezpośrednio kreującą doznania określonych stanów emocjonalnych w kontekście własnej aktywności jest matka, a z czasem inne osoby z najbliższego otoczenia. Tak się dzieje zarówno w odniesieniu do dziecka pełnosprawnego, jak i niepełnosprawnego. Z tą tylko różnicą, że dziecko pełnosprawne, mając pełno-

sprawnym organizmem, aktualizuje jedynie filogenetycznie uwarunkowaną zdolność do reagowania w odpowiedni sposób na określone bodźce, a reszty dokonuje dojrzewający stopniowo organizm (Konarska 2012).

Dziecko z niepełnosprawnością jest już od momentu przyjścia na świat w sytuacji deprivacji albo bodźców (przy niesprawności sensorycznej), albo możliwości reagowania na bodźce (w niesprawności ruchowej), albo umiejętności przetwarzania docierających do niego bodźców i rozumienia ich znaczenia (w niesprawności intelektualnej). Jeśli dziecko takie pozostawione będzie samemu sobie, jego aktywność własna ograniczy się do najprostszych reakcji związanych z utrzymaniem się przy życiu, a pozostałe reakcje na bodźce będą występowały w zależności od tego, czy zagrażają poczuciu bezpieczeństwa, czy nie. Jednak niemożność ich pełnego poznania i różnicowania (niesprawność sensoryczna i intelektualna) lub niemożność reagowania na nie (niesprawność ruchowa) powoduje brak zaciekawienia otaczającym światem, co jest prawdopodobnie jednym z nieświadomie uruchamianych mechanizmów obronnych w celu zachowania poczucia bezpieczeństwa. Dziecko staje się apatyczne, ponieważ nie było w stanie wytworzyć samodzielnie typowych dla jego wieku łańcuchowych połączeń między napływającymi bodźcami a stosownymi reakcjami. Dziecku takiemu, jeśli nadal jest pozostawione samo sobie, grozi unicestwienie, czyli śmierć, ponieważ z czasem traci także łaknienie i skłonność do wchodzenia w jakiegokolwiek interakcje z otaczającym go światem. Zjawisko to znane było i opisywane w psychologii w latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia jako „choroba sieroca” (Bielicka, Olechnowicz 1966), ale nie trzeba być biologicznie sierotą, aby doznawać odrzucenia przez matkę lub osobę, która powinna pełnić rolę matki. Dlaczego akurat matka jest tu najważniejsza? Bo ona zaspokaja wszystkie podstawowe potrzeby dziecka i jej rola jest nie do zastąpienia, chociaż rolę tę pełnić może z powodzeniem każda inna osoba niebędąca biologiczną matką, a także mężczyzna. Najważniejsza jest przy tym więc emocjonalna między dzieckiem a tą osobą, dającą poczucie bezpieczeństwa.

Narodziny dziecka z niepełnosprawnością wprowadzają w życie rodzinne o wiele większy chaos niż narodziny dziecka pełnosprawnego, w którego rodzinie po krótkim czasie sytuacja stabilizuje się i wszyscy członkowie rodziny, z matką na czele, przejmują właściwe sobie role wobec dziecka i wobec siebie nawzajem (Twardowski 1991, Konarska 2003).

W rodzinie dziecka z niepełnosprawnością na przemian z radością panują emocje paralizujące obiektywną ocenę sytuacji, dominuje lęk o rozwój i przyszłość dziecka, obawa przed bezpośrednim kontaktem z nim w trosce, aby nie zrobić mu krzywdy, aby właściwie zrozumieć sygnały, które wysyła, a które są odmienne od tych wysyłanych przez niemowlęta pełnosprawne. Ponadto rodzicom towarzyszy poczucie krzywdy wyrządzonej im i ich dziecku przez los, co najczęściej jest przeżywane jako tragedia osobista i głęboki kryzys psychiczny.

To wszystko sprawia, że rodzice, a szczególnie matka, nie potrafią zachowywać się wobec dziecka tak, aby od początku pogodzić się z jego niepełnosprawnością i przyjąć postawę ukierunkowaną na maksymalne usprawnianie go od pierwszych chwil życia (tamże). Wiąże się to z ryzykiem przyjęcia jednej z niekorzystnych dla rozwoju dziecka postaw rodzicielskich, o których pisała V. Sommers (1944).

Jedną z najbardziej niebezpiecznych dla rozwoju dziecka postaw jest odrzucenie jawne, czyli porzucenie dziecka zaraz po urodzeniu bądź w niedługim czasie. Jeśli rodzice zrzekną się praw do dziecka i uczynią to wcześniej, dziecko takie ma szansę znaleźć rodzinę, która w pełni go zaakceptuje i będzie dbała o jego rozwój. Jeśli nie – czeka go los dziecka osieroconego, które nigdy nie otrzyma wystarczająco dużo miłości i troski, aby stać się osobą wykorzystującą wszystkie tkwiące w niej potencjalne możliwości rozwojowe. O emocjonalnym odrzuceniu dziecka pełnosprawnego i jego skutkach pisał Bowlby (2007). Według niego dziecko z niepełnosprawnością jest w takiej sytuacji pozbawione jakiegokolwiek szansy na ukształtowanie umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb samodzielnie w tym zakresie, jaki obejmuje jego dotknięte niepełnosprawnością funkcje.

Również niebezpieczna jest postawa ukrytego odrzucenia, chyba że dziecko szczęśliwie trafi do opiekunów zastępczych (np. kochających dziadków), którzy potrafią pełnić rolę rodziców, jednakże nie rozpieszczając dziecka nadmiernie, co skutkowałoby następną niekorzystną postawą, jaką jest nadmierna opiekuńczość. Ta postawa nie jest tak niebezpieczna jak odrzucenie dziecka, ale z kolei nie sprzyja kreowaniu samodzielności poprzez kształtowanie mechanizmów kompensacyjnych i nawyków samodzielnego radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

T. Gałkowski (2006), pisząc o zdolności osób niepełnosprawnych do rezyliencji, odwołuje się do badań nad niewidzącymi i niesłyszącymi dziećmi objętymi w Polsce programami wczesnej interwencji, opracowanymi w USA. Okazuje się, że korelatami rezyliencji są zmiany strukturalne neuronów w połączeniu z ekspresją genów, które mogą wywierać wpływ na procesy uczenia się i reakcje behawioralne oraz połączenie tych wrodzonych predyspozycji z doświadczeniami środowiskowymi. Jeśli rodzice odpowiednio wcześniej zadbają o dostarczenie dziecku odpowiednich bodźców, sprzyjających rozwojowi aktywności własnej i tworzeniu mechanizmów kompensacyjnych, z czasem dokonają się takie funkcjonalno-anatomiczne zmiany w centralnym układzie nerwowym, które będą warunkowały jego zdolność do rezyliencji, a więc do samorzutnego poszukiwania i konstruowania mechanizmów przystosowawczych. Zdolność do kreowania takiego zachowania jest już autorehabilitacją.

Zanim jednak to nastąpi, przed dzieckiem i jego rodzicami jest jeszcze bardzo długa droga, ale u samego jej początku niezbędne jest spełnienie kilku warunków.

Przede wszystkim rodzice muszą zaakceptować dziecko razem z jego niepełnosprawnością i zaakceptować siebie w roli rodziców dziecka z niepełnosprawnością. Jest to jednoznaczne z przyjęciem na siebie podwójnej roli: rodzica i re-

habilitanta, a to drugie oznacza, że trzeba jak najszybciej zwrócić się o pomoc do specjalistów, żeby wiedzieć, jak właściwie wypełniać swoje zadania wobec dziecka. Od tej pory to już nie jest osobno wychowanie i osobno rehabilitacja, ale nawzajem przeplatające się działania o charakterze wychowawczo-rehabilitacyjnym, czyli wychowanie rehabilitujące. Następny krok trwa już nieustannie aż do osiągnięcia przez dziecko tendencji do samorealizacji w warunkach utrudnionej realizacji wielu charakterystycznych dla człowieka potrzeb, wyznaczanych biegiem jego życia.

Początkowo rodzice muszą dynamizować, ukierunkowywać i inicjować aktywność własną niemowlęcia, aby powoli wytwarzać w nim poczucie własnej wartości poprzez doznawanie radości z samodzielnie wykonywanych czynności, w których wykorzystywane są mechanizmy kompensacyjne w miejsce uszkodzonych funkcji. Z czasem pozostawianie dzieciom prawa wyboru co do sposobu zaspokajania aktualnych potrzeb uczy je poszukiwania skutecznych sposobów realizowania coraz bardziej dalekosiężnych celów, a dyskretna obecność rodziców i innych członków rodziny, pedagogów i rehabilitantów daje początek tworzeniu kreatywnego podejścia do własnych problemów łącznie ze stałą tendencją do samodoskonalenia – w tym także doskonalenia sposobów skutecznego funkcjonowania w otaczającym świecie. Pozytywne efekty takiej postawy wobec siebie samego są źródłem osobistej satysfakcji, podnoszą poczucie własnej wartości, zaufanie do siebie samego, wpływają pozytywnie na kontakty interpersonalne i stają się impulsem do powtarzalności zachowań, które przynoszą pozytywne odczucia emocjonalne. Tak postępujący człowiek wykazuje zdolność do rezyliencji i zachowania autorehabilitacyjnego.

Poważną przeszkodę w podjęciu i kontynuowaniu autorehabilitacji mogą zupełnie nieświadomie kreować sami rodzice, a zwłaszcza matki, które w początkowym okresie rozwojowym dziecka wykonały gigantyczną pracę w kierunku jego zdolności do autorehabilitacji. Jak to się dzieje, że ta sama osoba, która jest współautorem sukcesu młodego, prawie już niezależnego, samorealizującego się człowieka, w momencie dla niego najbardziej decydującym staje na drodze do osiągnięcia jeszcze większych sukcesów?

Jest to problem bardzo rzadko podejmowany przez badaczy, ale już sygnalizowany przez autorkę (Konarska 2010a, 2013, 2014), bo właściwie młody człowiek, który powszechnie uznawany jest za niezależnego, nie potrzebuje już dalszej rehabilitacji i wobec tego nie jest obiektem zainteresowania tych, którzy śledzą proces rehabilitacji, ale może stać się obiektem zainteresowania tych, którzy analizują dalsze losy osób z niepełnosprawnością.

Wielu z tych, którzy w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości byli poddawani wpływowi wychowania rehabilitującego, znajduje się w grupie osób, którym można przypisać sukces życiowy bez względu na to, jak ten sukces będziemy definiować. W tym wypadku za sukces można uważać wszystko to, co dla samej

osoby z niepełnosprawnością będzie godne uznania, co zostało zdobyte dzięki uporowi, wysiłkowi i nawykowi stawiania sobie celów wykraczających poza aktualne możliwości. Sukcesem będzie więc każdy akt autorehabilitacji zakończony zwycięstwem nad samym sobą.

Jednak nawet wśród tych osób można spotkać takie, którym te osiągnięcia w początkowym okresie uniezależniania się przychodziły z ogromnym trudem ze względu na pewien rodzaj poczucia winy wobec rodziców zaczynających nagle przejawiać niepokój podobny do nadopiekuńczości, chociaż dotychczas nigdy tego nie robili (Konarska 2014).

W psychologii znane jest pojęcie syndromu pustego gniazda stosowane wobec matek dorosłych dzieci, opuszczających dom rodzinny. Jeśli między matką a dzieckiem występowała bardzo silna więź emocjonalna, która ze strony matki w sposób patologiczny zastępowała jej wszelkie inne formy aktywności, to decyzja dorosłego syna czy córki o definitywnym wyprowadzeniu się z domu albo założeniu własnej rodziny jest dla rodzica nie do zaakceptowania i robi wszystko, aby zatrzymać dziecko przy sobie. Kiedy mówimy o pełnosprawnych osobach, to w końcu nacisk rodziny i zwyczaje społeczne pozwalają młodej osobie usamodzielnić się, ich decyzja jest uznawana za całkiem naturalną, a zachowanie matek za patologiczne i dlatego – nawet jeśli przeżywają duże rozterki – nie afiszują się za bardzo ze swoimi przeżyciami.

Zupełnie inaczej jest, kiedy dorosły człowiek z niepełnosprawnością podejmuje decyzję wyprowadzenia się z domu i życia zupełnie samodzielnie. Po pierwsze jest to zachowanie na tyle nietypowe i nieoczekiwane społecznie, że budzi powszechne zdziwienie otoczenia, w którym raczej nie ma aplauzu, ale powątpiewanie, czy na pewno sobie poradzi. Takie też powątpiewanie – już bez aplauzu – wyrażają rodzice lub co najmniej jedno z nich, ale w tym powątpiewaniu jest położony akcent na troskę i niepokój.

Doprowadzenie młodego człowieka do etapu tak wielkiej niezależności wymagało niewątpliwie bardzo dużego wysiłku, czasem wyrzeczeń ze strony rodziców, a najczęściej matki, która rezygnuje z własnych planów, ambicji, z pracy i poświęca się wychowaniu, a raczej rehabilitacji niepełnosprawnego dziecka. W momencie gdy dziecko jest gotowe do tego, o co tak wytrwale zabiegała, zaczyna się o nie po prostu bać, bo we wszystkich trudnych poczynaniach była blisko, a ta bliskość – chociaż usprawiedliwiona – przerodziła się niezauważalnie w bardzo silną więź emocjonalną, której jednak nie można nazwać patologiczną. Sytuacja wymagała takiej bliskości fizycznej i psychicznej, podczas gdy pełnosprawni rówieśnicy doświadczali już od kilku lat smaku dystansu fizycznego i uniezależnienia psychicznego, ze świadomością jednak powrotu pod opiekę rodziców, gdy tego zapragną. Takich doświadczeń nie mają ani rodzice, ani dorastająca młodzież z niepełnosprawnością, a więc decyzja o rzeczywistej niezależności jest dużym wyzwaniem i dla dziecka, i dla rodziców.

Tym razem to rodzice okazują się niedojrzali i niegotowi do bycia rodzicami dorosłej osoby. Kiedy w okresie wczesnego dzieciństwa dziecka musieli się uczyć bycia rodzicami osoby z niepełnosprawnością, musieli także stawiać sobie nietypowe zadania do wykonania, aby sprostać obowiązkom, przed jakimi stanęli. W okresie dorosłości natomiast, gdy osiągnęli tak wiele, muszą postawić sobie zadanie odwrotne do tego, które przyświecało im przez całe dotychczasowe rodzicielstwo i muszą umieć usunąć się z życia dziecka, aby dać mu pełną swobodę decydowania o sobie. To jednak często przekracza możliwości samych rodziców i wobec tego, to oni powinni teraz uruchomić mechanizmy autorehabilitacyjne wobec siebie, by w dalszym ciągu być tak odpowiedzialnymi i mądrymi rodzicami, jakimi byli dotychczas (Konarska 2014). Dorosłemu dziecku potrzebna jest tylko pełna aprobatą rodziców dla własnych poczynań i świadomość, że nadal w razie potrzeby może na nich liczyć. W przeciwnym wypadku pojawić się może poczucie winy wobec tak bardzo oddanych rodziców, które jest w stanie sparaliżować dalszą zdolność do autorehabilitacji.

KILKA REFLEKSJI

Autorehabilitacja jako zjawisko obserwowane w praktyce nie jest czymś nowym ani zaskakującym, ale dotychczas nie budziła większego zainteresowania badaczy zajmujących się osobami niepełnosprawnymi. Prawdopodobnie zdolność jednostki do przekraczania granic dotychczasowych możliwości przypisywano pracy rehabilitantów, a osoby z niepełnosprawnością określane były jedynie jako łatwiej, lub trudniej poddające się woli rehabilitantów i jako bardziej lub mniej wytrwałe w ćwiczeniach.

Dziś wiemy już, że ta podatność psychiczna i fizyczna jest uwarunkowana wielorako i z jednej strony jest to wielka zasługa wszystkich osób związanych z wczesnym oddziaływaniem rehabilitującym na dziecko, a z drugiej strony nie możemy ignorować pewnych predyspozycji neurologicznych do regenerowania sił witalnych organizmu w sytuacji deprywacji potrzeb i utrudnienia warunków działania.

Dbłość nie tylko o sprawność fizyczną, ale przede wszystkim o stworzenie warunków do takiego rozwoju osobowości człowieka z niepełnosprawnością, aby potrafił stawiać sobie wyzwania zgodne z osobistą koncepcją własnego życia, jest dzisiaj nieodzownym elementem kompleksowej rehabilitacji. Stąd również wzięło się pojęcie autorehabilitacji używane do określenia stanu gotowości do permanentnego przekraczania wypracowanych w czasie rehabilitacji sposobów przezwycięzania niedogodności bycia osobą z niepełnosprawnością. Jednak zdolność do autorehabilitacji, aczkolwiek jako umiejętność jest ogromnym osiągnięciem jednostki, nie jest stałą właściwością psychofizyczną, która – gdy raz zaistnieje – trwa przez całe życie. Jest ona tak bardzo wpleciona w dynamiczny i ciągły

zmieniający się układ stosunków zewnętrznych oraz wewnętrznych biopsychicznych warunków organizacji czynności, że wymaga stałej aktywizacji zarówno ze strony samej osoby dotkniętej niepełnosprawnością, jak i ze strony otaczającego ją środowiska społecznego.

BIBLIOGRAFIA

- Ananiew B. G. (1969), *Czelowiek kak predmiot poznaniya*, Leningrad.
- Bielicka I., Olechnowicz H. (1966), *O chorobie sieroczej małego dziecka*. [w:] L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii*, t. 2, Warszawa: PWN.
- Bowlby J. (2007), *Przywiązanie*, Warszawa: PWN.
- Dąbrowski K. (1984), *Osobowość i jej kształtowanie poprzez dezintegrację pozytywną*, Lublin: Ośrodek Higieny Psychiczej dla Ludzi Zdrowych.
- Erikson E. H. (2000), *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis[®].
- Frankl V. E. (1978), *Psychoterapia dla każdego*, Warszawa: PAX.
- Frankl V. E. (1984), *Homo patiens. Próba wyjaśnienia sensu cierpienia*, Warszawa: PAX.
- Gałkowski T. (2006), *Niepełnosprawność w perspektywie psychopatologii rozwojowej i rezyliencji*, [w:] T. Gałkowski, E. Pisula (red.), *Psychologia rehabilitacyjna. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: Wyd. Instytutu Psychologii PAN.
- Havighurst R. J. (1981), *Developmental tasks and education*, New York: Longmans & Green.
- Heckhausen J., Schulz R. (1995), *A life-span theory of control*, „Psychological Review”, 102 (2), 284–304.
- Konarska J. (2005), *Sources of social activity of people with visual and motor impairments*, „Social Behavior and Personality – an International Journal”, 33 (8), 751–766.
- Konarska J. (2008), *Wyzwalanie aktywności własnej dziecka jako jedna z form skutecznej adaptacji*, [w:] W. Pilecka, K. Bidziński, M. Pietrzekiewicz (red.), *O poznawaniu siebie i świata przez dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Kielce: Wyd. Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego.
- Konarska J. (2010), *Rozwój i wychowanie rehabilitujące dziecka niewidzącego w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa*, Kraków: Wyd. Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Konarska J. (2010a), *Zadania rozwojowe i życiowe dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w kontekście dynamizowania osobistych oraz środowiskowych zasobów*, [w:] B. Witkowska, K. Bidziński, P. Kurtek (red.), *Dzieci i młodzież ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w realizacji zadań rozwojowych*, Kielce: Wyd. Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego.
- Konarska J. (2012), *Aktywność komunikacyjna dzieci niewidomych jako warunek ich prawidłowego rozwoju i zapobieganie dystansowi społecznemu*, [w:] M. Parchomiuk, B. Szabała (red.), *Dystans społeczny wobec osób z niepełnosprawnością jako problem pedagogiki specjalnej*, t. I, Lublin: UMCS, s. 177–192.
- Konarska J. (2013), *Rozwój i wychowanie rehabilitujące dziecka niewidzącego w okresie późnego dzieciństwa i adolescencji*, Kraków: Wyd. Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Konarska J. (2014), *Kryzysy młodzieży z niepełnosprawnością versus kryzysy rodziców*, [w:] D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzysy i ich przezwyciężanie. Problemy interwencji i pomocy psychologicznej*, Toruń: Wyd. A. Marszałek.
- Kozielecki J. (1987), *Koncepcja transgresyjna człowieka*, Warszawa: PWN.
- Kural M. (2008), *Atrybuty atrakcyjności interpersonalnej osób niepełnosprawnych w percepcji ich pełnosprawnych rówieśników. Niepublikowana praca magisterska*, Kraków: AP.
- Maslow A. H. (1986), *W stronę psychologii istnienia*, Warszawa: PAX.
- Reykowski J. (1970), *Natura ludzka a potrzeby*, „Etyka”, nr 6 s. 31–49.

- Reykowski J. (1982), *Z zagadnień psychologii motywacji*, Warszawa: WSiP.
- Reykowski J. (1988), *Eksperymentalna psychologia emocji*, Warszawa: PWN.
- Sękowska Z. (1974), *Kształcenie dzieci niewidomych*, Warszawa: PWN.
- Sommers V. (1944), *The Influence of Parental Attitudes and Social Environment on the Personality Development of the Adolescent Blind*. New York: American Foundation for the Blind.
- Twardowski A. (1991), *Rodzina a dziecko niepełnosprawne*, [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa: WSiP.

SUMMARY

Self-rehabilitation is understood as a creative process oriented on oneself, whose actor and target is the same person. Self-rehabilitation is an activity of compensative nature, which requires the persons with disability to adopt an active approach towards themselves. Self-rehabilitation ability characterizes those people whose own activity was sustained throughout their childhood at such a level that constantly motivated them to meet new challenges. Self-rehabilitation is accompanied by intellectual and emotional processes which enable continuous updating and realistic estimation of the current emotional-cognitive situation of the person prepared to undertake self-rehabilitational actions. Self-realization and self-rehabilitation have much in common, although self-rehabilitation does not refer to fully abled persons. The self-rehabilitational behaviours are those elements of behaviour that are observable in a person with disability but not in a fully abled person. Self-rehabilitation is the realization of the resilience potential, i.e. the organism's ability to adapt to conditions in which – despite previously lost capabilities – it can achieve optimum performance, owing to the reorganization of brain functioning.

Key words: disability, self-rehabilitation, self-realization, resilience