



# Niepełnosprawność Edukacja Dorosłość

**Studium przypadku  
osoby ociemniałej**

**Joanna  
Belzyt**

J. Belzyt, *Niepełnosprawność – Edukacja – Dorosłość*, Kraków 2012

ISBN: 978-83-7587-984-1, © by Joanna Belzyt, 2012; © by Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2012

© Copyright by Joanna Belzyt, 2012

© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012

Recenzent:

*prof. zw. dr hab. Amadeusz Krause*

Redakcja wydawnicza:

*Zuzanna Bochenek*

Opracowanie typograficzne:

*Katarzyna Kerschner*

Projekt okładki:

*Ewa Beniak-Haremska*

Publikacja dofinansowana przez Uniwersytet Gdański

ISBN 978-83-7587-984-1

Oficyna Wydawnicza „Impuls”

30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5

tel. (12) 422-41-80, fax (12) 422-59-47

[www.impulsoficyna.com.pl](http://www.impulsoficyna.com.pl), e-mail: [impuls@impulsoficyna.com.pl](mailto:impuls@impulsoficyna.com.pl)

Wydanie I, Kraków 2012

## Spis treści

Wstęp .....	7
-------------	---

### Część I

#### Niepełnosprawność jako kryzys życiowy i wyzwanie edukacyjne

1. Niepełnosprawność jako kryzys życiowy .....	11
1.1. Wpływ niepełnosprawności na osobowość .....	11
1.2. Psychospołeczne uwarunkowania sytuacji osób niepełnosprawnych .....	16
1.3. Koncepcje kryzysów życiowych .....	19
1.4. Wsparcie społeczne jako podstawa przezwycięzania kryzysu życiowego .....	24
2. Rodzina osoby niepełnosprawnej .....	31
2.1. Problemy emocjonalno-społeczne rodzin dzieci niepełnosprawnych .....	31
2.2. Sposoby adaptacji rodziców do nowej sytuacji .....	32
2.3. Dynamika kryzysów w rodzinie .....	35
3. Osoba niepełnosprawna w obliczu zdrowego społeczeństwa .....	37
3.1. Mechanizmy psychologiczne przeżywania i reagowania na uraz ciała ....	37
3.2. Tożsamość negatywna pacjenta .....	40
3.3. Biografie osób niepełnosprawnych .....	41
3.4. Koncepcja trajektorii losu ludzkiego .....	43
3.5. Postrzeganie osób niepełnosprawnych w przeobrażającym się społeczeństwie .....	49
4. Edukacja osób niepełnosprawnych w dorosłości .....	55
4.1. Edukacja dorosłych i koncepcje jej rozwoju .....	55
4.2. Determinanty uczenia się osób dorosłych .....	63
4.3. Specyfika motywowania i motywacji edukacyjnej w sytuacji niepełnosprawności .....	66
4.4. Edukacja dorosłych osób z niepełnosprawnością wzroku .....	82

## Część II

### Studium przypadku osoby ociemniałej – perspektywa badawcza

1. Metodologia podjętych badań .....	91
1.1. Przyjęcie strategii jakościowej i jej konsekwencje .....	91
1.2. Ustalenia co do przedmiotu, celu i metody badań .....	92
1.3. Dobór próby badawczej, organizacja i przebieg badań .....	99
1.4. Strategie analityczne i interpretatywne .....	101
2. Przewycięzanie kryzysu życiowego w sytuacji ociemnienia .....	105
2.1. Etapy przewycięzania bezładu trajektorii przez badaną osobę .....	106
2.2. Źródła wsparcia społecznego .....	110
2.3. Rodzina wobec niepełnosprawności badanego .....	114
2.4. Podsumowanie .....	119
3. Edukacyjne drogi rehabilitacji wzroku .....	121
3.1. Etapy drogi edukacyjnej osoby badanej .....	121
3.2. Sukcesy i porażki. Podgrzewanie i ochładzanie aspiracji edukacyjnych .....	127
3.3. Edukacja z perspektywy niepełnosprawnej jednostki .....	131
3.4. Podsumowanie .....	134
4. Środowiskowe uwarunkowania radzenia sobie z niepełnosprawnością wzroku .....	135
4.1. Postrzeganie rodziny badanego .....	135
4.2. Postrzeganie aktywności sportowej i edukacyjnej badanego .....	137
4.3. Postrzeganie kontaktów interpersonalnych badanego .....	141
4.4. Podsumowanie .....	143
Wnioski .....	145
Zakończenie .....	149
Bibliografia .....	151
Spis tabel .....	181
Spis wykresów .....	181



## Wstęp

Nabycie niepełnosprawności, którą jest utrata wzroku w wieku kilkunastu lat, jest dla człowieka kryzysem, który przerywa przebieg jego historii życiowej. Życie wydaje się nie mieć sensu i jednostka musi uruchomić siły, które pomogą jej przezwyciężyć kryzys życiowy. Siły, które mogą pomóc osobie niepełnosprawnej, to zarówno jej cechy osobowościowe, jak i wsparcie najbliższego otoczenia. Nie do przecenienia w sytuacji przeżywania kryzysu jest znaczenie rodziny, która spełnia wiele funkcji, m.in. opieki i zapewnienia poczucia bezpieczeństwa wtedy, gdy członek rodziny nie radzi sobie z przeciwnościami losu, oraz wsparcia emocjonalnego. Zdarza się, że rodzina nie jest w stanie poradzić sobie z kryzysem wywołanym nabyciem niepełnosprawności przez jej członka. Jednostka, nie znajdując pomocy w rodzinie, zmuszona jest szukać wsparcia poza nią, co może dodatkowo pogłębiać stan kryzysu.

Otoczenie społeczne, w którym osoba niewidoma może szukać wsparcia, postrzega często osoby z dysfunkcją wzroku jako jednolitą grupę, co wynika ze skłonności do myślenia schematami. Znając niewidomego, który jest np. masażystą lub muzykiem, osoby widzące przyjmują, że wszystkie osoby z dysfunkcją wzroku są doskonałymi masażystami czy muzykami, i potrafią to niezwykle łatwo uzasadnić. Osoby z niepełnosprawnością wzroku nie tworzą grupy jednolitej, są wśród nich ludzie w różnym wieku, z różnym wykształceniem, poziomem inteligencji, stanem zdrowia, sprawnością fizyczną. Różnią się także od siebie charakterem, wartościami. Jedni są spokojni, zrównoważeni, pracowici, zaradni, a innych charakteryzują przeciwne cechy. Niektóre osoby niewidome potrafią być samodzielne i przy niewielkiej pomocy z powodzeniem pełnić różne role społeczne i bez problemów radzić sobie w życiu codziennym.

Po utracie wzroku często ulegają zerwaniu więzi społeczne, a pełnione role społeczne zmieniają się zasadniczo. Zdarza się, że osoba niewidoma sama wycofuje się ze wszystkich grup, w których wcześniej uczestniczyła. Wobec tego jej rehabilitacja społeczna, przywrócenie społeczeństwu jest najtrudniejszym zadaniem. Osoby, które utraciły wzrok, nie chcą być wykluczone ze społeczeństwa, chcą podejmować naukę i pracę, pełnić role społeczne, żyć jak inni członkowie społeczeństwa, ale często nie wiedzą, jak to osiągnąć. Utrudnieniem może być właśnie postrzeganie ich jako grupy jednorodnej, ale też postrzeganie ich w dwóch wymiarach – bohaterów lub pacjentów.

W przewycięzaniu kryzysu życiowego, który zmusza do dokonania zmian w życiu, w pokonywaniu własnych ograniczeń i ograniczeń narzucanych osobom niepełnosprawnym przez społeczeństwo pomocna może być edukacja, która dzięki postępowi technologicznemu możliwa jest na wszystkich poziomach.

Niniejsza praca ma na celu ukazanie roli edukacji (także edukacji dorosłych) w pokonywaniu kryzysu życiowego, jakim jest utrata wzroku, na przykładzie życia osoby ociemniałej. Dla mnie jako pedagoga, absolwentki Podyplomowego Studium Edukacji Dorosłych oraz Studiów Podyplomowych z Tyflopedagogiki, jest to szansa poznania czynników, które mogą mieć wpływ na podjęcie nauki przez osoby dorosłe, zwłaszcza osoby niepełnosprawne, wśród których tylko kilkanaście procent ma średnie lub wyższe wykształcenie, a wskaźnik bezrobocia jest bardzo wysoki. Coraz większa liczba niepełnosprawnych podejmuje naukę na poziomie postmaturalnym i wyższym, a każda z tych osób ma specyficzne i bardzo indywidualne potrzeby, uświadomienie i zrozumienie których pomoże w lepszej współpracy kadry uczącej i dorosłych uczniów niepełnosprawnych. Do niedawna większość osób niepełnosprawnych kończyła swoją edukację na poziomie szkoły zawodowej, nie mając możliwości dalszego kształcenia. Tym bardziej kategoria „dorosłych uczniów niepełnosprawnych” jest nowym zjawiskiem dla specjalistów edukacji dorosłych.

Badania biografii edukacyjnych dorosłych osób niepełnosprawnych pozwalają na poznanie biegu ludzkiej edukacji: etapów, genezy, motywacji, roli rodziny, szkoły i kształcenia poza instytucjami, skutków i wpływu na całość osobowości uczącego się oraz jego życiowy sukces. Biografia ukazuje jednostkę jako istotę edukującą się, dla której edukacja i uczenie się są pomocne w przewycięzaniu kryzysu życiowego i stawianiu się „bardziej człowiekiem”, z uwagi na to, że procesy edukacyjne związane z rozwojem wpisane są w istotę człowieczeństwa.

Niniejsza praca jest również próbą przybliżenia sylwetki osoby, dla której edukacja jest celem życia. Pisząc biografię edukacyjną, chciałam pokazać Człowieka, pokazać więcej niż dwa wymiary, które dostrzega większość osób pełnosprawnych, myśląc o osobach niepełnosprawnych – wymiar bohatera albo pacjenta. Chciałam pokazać osobę zaradną, ambitną, inteligentną, ciekawą świata i zarażoną bakcyłem edukacji, który – mam nadzieję – jest nieuleczalny (por. Belzyt, 2002). Praca ta jest także w pewnej mierze próbą zmierzenia się z własnym doświadczeniem życiowym – badaczki i wolontariuszki osoby niewidomej.

J. Belzyt, *Niepelnosprawność – Edukacja – Dorosłość*, Kraków 2012

ISBN: 978-83-7587-984-1, © by Joanna Belzyt, 2012; © by Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2012

## Część I

# NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ JAKO KRYZYS ŻYCIOWY I WYZWANIE EDUKACYJNE

## 1. Niepełnosprawność jako kryzys życiowy

### 1.1. Wpływ niepełnosprawności na osobowość

To, w jaki sposób człowiek odczuwa swoją niepełnosprawność, zależy w dużym stopniu od osobistego, indywidualnego stosunku do niepełnosprawności. U osób doświadczających własnej ograniczoności intelektualnej, ruchowej czy sensorycznej brak akceptacji niepełnosprawności może się ujawniać w wieloraki sposób oraz przyjmować różne formy, np. zaprzeczanie, odrzucenie, całkowite ignorowanie, ucieczka, marzenia na jawie, fantazjowanie, a w konsekwencji doprowadzić do izolowania się od otoczenia, regresji i cofania się do wcześniejszych faz rozwojowych. Może się też wyrażać w infantylnym zachowaniu, litowaniu się nad sobą i szukaniu współczucia, projekcji – rozumianej jako rzutowanie defektu jednego narządu na inne dziedziny życia, w pogłębiającym się poczuciu własnej nieporadności, w fobiach i lękach przed nowymi sytuacjami, zwłaszcza frustrującymi, w zahamowaniu aktywności, czyli w apatii. Ponadto może powodować stałe napięcie wynikające z obawy przed konfrontacją z wymaganiami rzeczywistości oraz ujawnianie się hipochondrii i zbytnie koncentrowanie się na stanie własnego zdrowia (Witkowski, 1993, s. 53).

Z. Sękowska pisze, że niepełnosprawność wzroku powoduje dwa rodzaje oddziaływania na osobowość. Z jednej strony wywiera ona presję na niewidomego, co uwidaczniać się może w zmianach jego zachowania, czasem w zachowaniach odbiegających od ogólnie obowiązujących standardów, z drugiej zaś strony osobowość może oznaczać typ reakcji na sam fakt braku lub utraty wzroku. W związku z tym badacze dwójako ujmują te zagadnienia. Jedni stwierdzają, że inwalidztwo wzrokowe jest przyczyną kształtowania się zaburzonej osobowości, a drudzy – że taki stan rzeczy nie ma miejsca, i są zdania, że nie ma jakiegś specjalnej osobowości niewidomych (Sękowska, 1991, s. 51). Cechy osobowości i wzorzec życiowego przystosowania są tak samo różne u osób niewidomych jak u widzących.

Trudno opisać osobowość niewidomych i słabo widzących w sposób wyczerpujący, ale na pewno można analizować specyfikę ich funkcjonowania w aspekcie psychologicznym. Inwalidów wzroku od społeczności widzących odróżnia to, że wymagają oni większej uwagi, wysiłku i pracy w celu ich jak najlepszej rehabilitacji i integracji ze społecznością widzących. Większość autorów publikacji z zakresu

tyflogologii zwraca uwagę na następstwa psychologiczne wynikające z niepełnosprawności wzroku. Jednym z nich jest zaburzone poczucie własnej wartości, które powoduje postrzeganie zdarzeń przez jednostkę ze względu na to, czy podnoszą czy zaniżają jej poczucie własnej wartości.

Psychologowie poświęcają wiele miejsca tzw. kruchej koncepcji siebie. W społeczeństwach panuje powszechnie przekonanie, że obraz siebie osób niepełnosprawnych wzrokowo jest gorszy niż u osób widzących w następstwie braku społecznej akceptacji (za: Sękowska, 1991). Koncepcja siebie (*self-concept*) jest pojmowana jako poziom troski o siebie i stosunek do siebie prezentowane w postawach lub przekonaniach. Nie wgłębiając się w szczegółowe definicje, najkrócej można wyrazić poczucie własnej wartości i akceptacji siebie w stwierdzeniach: „lubię siebie takim, jakim jestem” oraz „jestem kimś wartościowym”. Trudność polega jedynie na tym, że akceptacja siebie, a także własnej niepełnosprawności „zderza się” w sytuacjach życia codziennego z akceptacją ze strony innych ludzi lub – co gorsza – z jej brakiem. Akceptacja jest bowiem wynikiem interakcji między postrzeganiem siebie a postrzeganiem jednostki przez otoczenie. Dobra „koncepcja siebie” ujawnia się już od najmłodszych lat życia dziecka, kiedy wyraża ono więcej nadziei niż lęków, ma więcej oczekiwań, ujawnia więcej zaufania niż nieufności, kiedy jest ono bardziej zintegrowane i szczere. Od postawy rodziców, odpowiedniej opieki i troski zależy, czy dziecko niepełnosprawne wzrokowo, a w przyszłości dorosły, będzie samodzielne, czy będzie miało właściwą, tj. realną, samoocenę i czy będzie w wystarczającym stopniu uspołecznione, a nie tylko skoncentrowane na sobie. Właściwa postawa rodziców w stosunku do dziecka przejawia się w pełnej akceptacji dziecka i jego niepełnosprawności, w stawianiu mu właściwych wymagań (nie za wysokich ani zbyt niskich) oraz w pozostawieniu mu odpowiedniego marginesu wolności (z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z niepełnosprawności). Potrzeby psychologiczne dzieci z niepełnosprawnością wzroku są takie same jak u dzieci widzących. Należą do nich następujące potrzeby: bezpieczeństwa i miłości, rozwoju, uczenia się, radości, zabawy, uspołecznienia, ale ze względu na ich silne natężenie trudniej je zaspokoić (Sękowska, 1998).

Pierwszoplanową rolę w ukształtowaniu wysokiego poczucia własnej wartości (*self-esteem*) pełni akceptacja swojej niepełnosprawności. Uświadomienie sobie ograniczeń wynikających z tego faktu – bez nadmiernego smutku czy rozpacz – jest tak samo ważne jak skoncentrowanie się na mocnych stronach własnej osobowości, na możliwościach osiągnięcia sukcesów (choć oczywiście w ograniczonym zakresie i nie we wszystkich dziedzinach), bez iluzorycznych złudzeń co do zdecydowanej czy „cudownej” poprawy stanu swojego wzroku. Akceptacja straty i uznanie braku wzroku jako czegoś nieodwracalnego jest poważnym problemem dla wielu osób tracących wzrok (Ossowski, 1998; Witkowski, 1989). Właściwy stosunek do siebie i do własnej niepełnosprawności umożliwia realną ocenę swoich możliwości, a także pozwala odzyskać niezbędny szacunek do samego siebie, jeśli został on utracony (Witkowski, 1994; Palak, 1988).



Proces rehabilitacji, choć złożony i długotrwały, musi uwzględniać stopień niepełnosprawności i okres, w którym ona wystąpiła. Niezależnie jednak od tych okoliczności (przyczyny i czasu) punktem wyjścia tego procesu jest akceptacja przez inwalidę wzroku siebie jako podmiotu działającego, akceptacja własnej sytuacji, w jakiej przyszło mu się zmagać z bolesnymi ograniczeniami, a także dokonanie realnej oceny możliwości psychofizycznych oraz stopnia prawdopodobieństwa realizacji planów i zamierzeń (Sękowska, 1998).

Opisując „koncepcję siebie” osób niepełnosprawnych wzrokowo, należy zwrócić uwagę na mechanizmy obronne, które ujawniają się w sytuacji wewnętrznego konfliktu lub w wyniku niezaspokojonych potrzeb i przeżywanych frustracji. Są to reakcje zarówno świadome, jak i nieświadome, które w normalnej sytuacji i u ludzi zdrowych ujawniają się okazjonalnie. Częste ich występowanie świadczy o złym przystosowaniu i niskim poczuciu własnej wartości. Osoba z pozytywną oceną siebie (*self-appraisal*), zdrową koncepcją siebie (*self-concept*) i wysokim poczuciem własnej wartości (*self-esteem*) oraz dobrym zdrowiem psychicznym jest w stanie bardziej skutecznie reagować i zmagać się z nieuchronnymi sprzecznościami w sobie samej niż osoba z niskim poczuciem własnej wartości.

Badania (za: Sękowska, 1998) pokazują, że wysokie poczucie własnej wartości i silne zaufanie do siebie charakteryzowały te dzieci niepełnosprawne wzrokowo, których rodzice ujawniali takie cechy osobiste, jak: ambitne oczekiwania, akceptacja, opiekuńczość, szacunek do sprzecznych z ich przekonaniami opinii swoich dzieci, a ponadto poczucie własnej wartości. Mechanizm obronny, który najczęściej występuje u dzieci niewidomych, to rezygnacja, a w konsekwencji apatia i bierność. Źródeł rezygnacji należy szukać w niezaspokojeniu potrzeb uczuciowych dziecka: miłości, uznania i akceptacji, nadopiekuńczości rodziców lub braku kontaktu psychicznego, niezaspokojeniu potrzeby przynależności do społeczeństwa.

Nie bez znaczenia dla funkcjonowania osobowościowego każdego człowieka jest tzw. poczucie kontroli (*locus of control*), którym można określać stopień, w jakim człowiek w codziennym życiu jest zależny od wydarzeń. Podobne znaczenie dla funkcjonowania osobowościowego ma tzw. przekonanie o własnej skuteczności (*self-efficacy*) (por. Bandura, 1977).

Problemy osób niewidomych dotyczą głównie ich trudniejszej sytuacji życiowej, która zmusza je do pokonywania dodatkowych przeszkód zewnętrznych i wykazywania się odpowiednimi cechami osobowości. Osoby te ujawniają potrzebę rozwoju i dlatego konieczność pokonywania wielu trudności traktowana jest przez nie jako życiowe wyzwanie. Nie obawiają się zajęć trudnych, ale też są świadome, że wymagają one od nich wytrwałości i odwagi. Ponadto odczuwają swoją inność (niejednokrotnie boleśnie) i dlatego pragną, by jak najmniej była ona dostrzegana w społeczeństwie. Pocieszają się równocześnie opinią, że innego typu niepełnosprawność jest trudniejsza do zniesienia, ale i tak doświadczają swojej ograniczoności w działaniu. Może się pojawić zarzut wobec siebie o brak silnej woli, nerwowość, szukanie nieodpowiednich radości i przyjemności, złe wykorzystywanie

czasu. Mimo doświadczania tak wielu ograniczeń i poczucia rozgoryczenia oraz frustracji badania wskazują, że trudności nie są przez te osoby traktowane jako klęska, ale jako wyzwanie (Witkowski, 1993, s. 61–62)<sup>1</sup>.

W odniesieniu do osób słabo widzących wyniki uzyskane w badaniu testem HPI wskazują ich silną potrzebę bycia „jednym z wielu”, a więc potrzebę akceptacji i autonomii oraz pragnienie ukrywania własnych braków i ograniczeń percepcji wzrokowej. Młodzież niedowidząca – bardziej niż niewidoma – ma zachwiane poczucie bezpieczeństwa, poczucie krzywdy i niezrozumienia, czasem poczucie odrzucenia przez rodzinę i rówieśników, wykazuje większą skłonność do depresji, większe poczucie rozczarowania i beznadziejności oraz silniejszą chęć ucieczki przed „wrogim i obcym” światem. Ponadto osoby słabo widzące starają się ukryć swoją wadę wzroku i często podejmują zadania zbyt trudne w stosunku do własnych możliwości, a tym samym narażają się na niepowodzenia. Przeciążając wzrok, powodują jego silne przemęczenie, a czasem i pogorszenie jego stanu. Może to być wyraz braku akceptacji własnej niepełnosprawności, która u słabo widzących jest silniejsza niż u niewidomych. Dlatego w procesie rehabilitacji i edukacji należy pamiętać, że to

[...] właściwy stosunek do siebie i własnej niepełnosprawności jest podstawą do realnej oceny własnych możliwości, koniecznej do niezbędnego szacunku dla siebie (Witkowski, 1993a, s. 67–68).

Wraz z wolą walki i potrzebą rozwoju są to niezbędne czynniki budowania prawidłowej, silnej osobowości i osiągnięcia sukcesów osobistych i zawodowych.

Rozwój dziecka niewidomego przebiega w sytuacjach stresowych, zwanych czynnikami traumatyzującymi. Wiek, w którym utraciło ono wzrok, również nie jest obojętny dla jego rozwoju. Im dłużej dziecko widziało, tym pomyślniejsza jest jego sytuacja rozwojowa i przystosowawcza, ponieważ operuje ono doświadczeniem, które gromadziło przed utratą wzroku. Bardzo istotnymi czynnikami rozwoju dziecka niewidomego są: prawidłowe funkcjonowanie pozostałych analizatorów oraz pełna sprawność intelektualna, umożliwiająca tworzenie kompensacyjnych układów strukturalnych, a także logiczne myślenie i rozwój mowy. Ważne są też warunki panujące w środowisku rodzinnym i społecznym dziecka. Badacze twierdzą, że postawa rodziców wobec dziecka niewidomego decyduje o jego postawie wobec siebie samego, swego ograniczenia i innych ludzi. Dziecko akceptowane w rodzinie akceptuje siebie, afirmuje swoje życie i świat, w którym żyje, oraz potrafi się integrować ze społeczeństwem.

Ważne jest wytwarzanie wokół dzieci atmosfery sprzyjającej rozwojowi oraz prawidłowemu przystosowaniu emocjonalnemu i społecznemu, osłabienie negatywnych, deprecjonujących postaw wobec niewidomych, a także wczesne stwo-

---

1 Badania przeprowadzone na podstawie Inwentarza problemów osób niepełnosprawnych (HPI, Handicap Problems Inventory) opracowanego przez T. Witkowskiego (1991).

rzenie specjalnego programu wychowawczego z użyciem wszystkich środków tyfłodydaktyki i tyfłotechniki. Wytwarzanie pozytywnych postaw u niewidomych, postaw warunkujących ich przystosowanie emocjonalne i społeczne, nie jest łatwe ze względu na tradycyjne uprzedzenia i obawy oraz brak u widzących wiedzy o niewidomych i ich problemach.

Nie sposób rozważać problemów przystosowania społecznego, zagadnień uczenia się i nauczania bez zrozumienia motywacji osób niewidomych, dzięki której przekraczają one barierę psychofizyczną utrudnień w życiu. Wrażliwość i potrzeba oparcia wyrażają się u nich w dążeniu do zindywidualizowanego i serdecznego kontaktu społecznego. Brak możliwości nawiązania kontaktu wzrokowego uzupełniającego wymowę słów i dającego poczucie bliskości sprawia, że osoba niewidoma doznaje uczucia osamotnienia, pewnej izolacji i wyobcowania. Osamotnienie ma charakter traumatyzujący i szczególnie dotkliwie wpływa na dzieci, utrudniając im kontakt psychospołeczny, będący podstawowym elementem wychowania.

Badania Z. Sękowskiej wskazują, że dziecko niewidome żywo odczuwa potrzeby społeczne uznania i afiliacji, niezależności i samodzielności. Zwłaszcza niezależność i samodzielność są ważnymi czynnikami, które są zablokowane przez niepełnosprawność wzroku. W konsekwencji trudniej znaleźć niewidomemu uznanie i pożądaną przynależność do grupy, polegającą na odgrywaniu w niej określonej roli społecznej. Nie otrzymuje jej samorzutnie i spontanicznie, po prostu dlatego że jest dzieckiem, jak to bywa z dziećmi widzącymi. Dziecko niewidome musi zdobywać swoje miejsce wśród ludzi całym nakładem energii i ambicji. Starsze dziecko niewidome już wie, że jest przyczyną bólu i troski rodziców, że sprawiło im zawód lub ból tym, że uległo wypadkowi czy chorobie. Ma ono świadomość ograniczenia swoich perspektyw życiowych, społecznych i zawodowych (Sękowska, 1998).

Trzeba więc stwierdzić, że brak wzroku niesie ze sobą sytuacje frustracyjne, które rozumiemy jako sytuacje pozbawienia nas czegoś, na czym nam zależy. Ograniczenia poznawcze są przyczyną wielu dalszych ograniczeń, przede wszystkim w zakresie poruszania się, a zatem kontaktu z ludźmi oraz możliwości samodzielnego załatwiania swoich spraw i zaspokajania potrzeb życiowych. Niewidomy jest stale narażony na uderzenie się, na wpadnięcie pod pojazd, na nieumyślne stłuczenie szyby czy wazonu lub potrącenie innego człowieka. Ta świadomość hamuje swobodę jego ruchów i zachowań. Ograniczenie potrzeb osobistych (np. swobody ruchów, poczucia własnej wartości, siły, zdrowia na rzecz stałej świadomości upośledzenia aktywizacji swoich pragnień i predyspozycji) w dużej mierze pozbawia człowieka niezależności. Jeżeli nie odznacza się on wybitną sprawnością i orientacją przestrzenną, musi stale korzystać z przewodnika. Osoba niewidząca nie ma możliwości swobodnego wyboru choćby ulicy wiodącej do szukanego domu, miejsca przy stole czy osób, z którymi w liczniejszym towarzystwie chciałaby rozmawiać. Zawsze musi się liczyć z wolą innego człowieka, który w bardziej lub mniej właściwy sposób próbuje się z nim porozumieć. Taki stan ciągłej zależności fizycznej pozostawia ujemne ślady w postaci przeciążenia systemu nerwowego. Jest ono pogłębione

przez stałe napięcie, w jakim utrzymuje się niewidomy, aby spostrzec, zapamiętać, działać, opanować się, słowem: aby sprostać warunkom życia.

## 1.2. Psychospołeczne uwarunkowania sytuacji osób niepełnosprawnych

Psychologowie dopiero w XIX wieku zainteresowali się psychiką człowieka niewidomego. Pierwszym tyflopsychologiem był T. Heller, pionier badań nad rolą dotyku w poznawaniu przez niewidomych. W latach 1924–1930 wydano cztery podstawowe dzieła dotyczące psychologii niewidomych. Były to prace K. Burklena i W. Steinberga w Niemczech, P. Villeya we Francji i M. Grzegorzewskiej w Polsce. Aby ustrzec się przed schematyzmem w ocenie osób niepełnosprawnych i ich osobowości, należy pamiętać zdanie K. Burklena (1924, s. 35): „Będziemy się wystrzegać ciasnoty utartych poglądów i mniemań o ślepotę”.

Brak wzroku, zwłaszcza od urodzenia, powoduje szereg utrudnień w procesie adaptacyjnym i poznawczym. Sytuacja ta pociąga za sobą zahamowanie szeregu pobudzeń decydujących dla rozwoju psychicznego. Zmysł wzroku jest najważniejszym ze zmysłów człowieka, a z jego brakiem związane są następujące konsekwencje:

- 1) niemożność odbierania wrażeń wizualnych, będących podstawą spostrzeżeń i przebiegu myśli;
- 2) ograniczenie możliwości uczestnictwa w powszednich przyjemnościach i możliwościach życiowych;
- 3) ograniczenie samodzielności w różnych okolicznościach oraz w osiągnięciu celu własnych upodobań i zamiłowań;
- 4) zawężenie możliwości rozwinięcia własnej osobowości w życiu zawodowym i społecznym (Schoeffler, 1975, za: Sękowska, 1998, s. 110).

Już w dwudziestoleciu międzywojennym badacze zajmujący się tematyką osób niepełnosprawnych (M. Grzegorzewska, W. Steinberg) byli zgodni co do tego, że w chwili urodzenia dziecko niewidome przychodzi z tymi samymi dyspozycjami, z jakimi rodzą się dzieci widzące, oraz że osoby niewidome są fizycznie i duchowo predysponowane do tych samych rzeczy co osoby widzące (Sękowska, 1998, s. 110).

Przyczyny utraty wzroku nie są obojętne dla psychofizycznego rozwoju dziecka. Przede wszystkim ważne jest ustalenie, czy czynnik, który uszkodził analizator wzrokowy w okresie prenatalnym bądź przy urodzeniu dziecka, nie uszkodził również kory mózgowej. W przypadkach, kiedy takie uszkodzenie miało miejsce, możemy mieć do czynienia z upośledzeniem sprzężonym, tj. ze ślepotą połączoną z oligofrenią bądź encefalopatią, co może być przyczyną zaburzeń w zachowaniu i utrudniać przystosowanie społeczne. Postępowanie rehabilitacyjne jest więc uzależnione od przyczyn braku wzroku, a przede wszystkim od rozległości jego skutków.

### 1.2.1. Rodzaje dyskryminacji osób niepełnosprawnych

Pojęcie dyskryminacji – z języka łacińskiego: *discriminatio* – oznacza „rozróżnienie”, „rozdzielenie” pewnej grupy ludzi ze względu na cechy różniące ją od reszty społeczeństwa. S. Kowalik wyróżnia pięć rodzajów praktyk dyskryminacyjnych, od praktyki najbardziej subtelnej do najbardziej drastycznej: dystansowanie, dewaluowanie, delegitymizacja, segregacja, eksterminacja.

Pierwszą praktyką jest DYSTANSOWANIE SIĘ, polegające na unikaniu bliskich i nieformalnych kontaktów z osobami niepełnosprawnymi. Niechęć wobec nich osób pełnosprawnych wyrażana jest poprzez emocjonalne nieangażowanie się w ich problemy.

DEWALUOWANIE polega na upowszechnianiu własnych przekonań o negatywnych cechach ludzi niepełnosprawnych. Uwypuklanie negatywnych cech (zwykle nieistniejących), charakterystycznych dla danej osoby, będzie utrudniało jej życie, ograniczało szanse na zapewnienie sobie powodzenia, wywoływało niechęć społeczną, sprzyjało ograniczeniu kręgu znajomych, tworzyło bariery przy zatrudnianiu, rozwijało poczucie mniejszej wartości itd.

DELEGITYMIZACJA jest kolejną formą praktyk dyskryminacyjnych. Negatywny psychologiczny stosunek wobec ludzi zostaje utrwalony społecznie w postaci przepisów prawnych. Dotyczą one tego, co wcześniej istniało w wymiarze psychologicznym (zaliczenie danej jednostki do negatywnej kategorii społecznej, pozbawionej pewnych praw).

SEGREGACJA polega na fizycznym izolowaniu jednostki lub grupy osób od całego środowiska społecznego. Izolacji towarzyszą gorsze warunki życia. Utrudnienia w dostępie do całego środowiska mogą przybierać różne nasilenie – mogą dotyczyć tylko określonego odcinka czasu (np. ośmiogodzinna segregacja w szkole specjalnej) lub mogą przyjmować bardziej totalny charakter (np. pobyt w domu pomocy społecznej dla dzieci głębiej upośledzonych umysłowo).

EKSTERMINACJA jest najbardziej drastycznym przejawem dyskryminacji. Polega ona na biologicznym wyniszczaniu ludzi przynależących do określonej kategorii społecznej (za: Kowalik, 1996).

Dyskryminacja osób niepełnosprawnych jest ciągle istotnym problemem w polskiej kulturze.

Osoba upośledzona jest jednym z nas i w pełni uczestniczy w naszym człowieczeństwie. Byłoby rzeczą w najwyższym stopniu niegodną człowieka i zaprzeczeniem wspólnego człowieczeństwa, gdyby dopuszczało się do życia społecznego [...] tylko osoby pełnosprawne, gdyż w ten sposób popadałoby się w niebezpieczną formę dyskryminacji słabych i chorych ze strony silnych i zdrowych (*Encyklika Ojca Świętego Jana Pawła II „Laborem exercens”, 1981*).

Dyskryminacja osób niepełnosprawnych przez resztę społeczeństwa przejawia się w naruszaniu podstawowych praw obywatelskich gwarantowanych każdemu



człowiekowi przez ustawę zasadniczą. W środowisku niepełnosprawnych skutki tego występują w kilku sferach: prawa do nauki, prawa do pracy, dostępności do obiektów użyteczności publicznej, środków komunikacji publicznej, ochrony zdrowia (za: Piechota, 1993).

Według S. Kowalika, w ostatnich latach zauważa się ograniczanie praktyk dyskryminacyjnych. Dotyczy to przede wszystkim zmniejszania się delegitymizacji, segregacji i eksterminacji przejawiających się w wymiarze instytucjonalnym. Jednakże społeczeństwo nadal nie uwolniło się od niechęci do zawierania związków małżeńskich z niektórymi kategoriami osób niepełnosprawnych, stawianiu przed nimi utrudnień przy poszukiwaniu pracy czy rekrutacji na niektóre kierunki studiów.

W odpowiedzi na problem dyskryminacji Unia Europejska w latach 2001–2006 prowadziła Wspólnotowy program zwalczania dyskryminacji. Odnosił się on do trzech rodzajów dyskryminacji:

- bezpośredniej – gdy człowiek jest traktowany w sposób niekorzystny tylko ze względu na swoją niepełnosprawność;
- pośredniej – gdy przepisy, postanowienia i praktyka powodują znalezienie się osoby niepełnosprawnej w sytuacji niekorzystnej w porównaniu z innymi osobami;
- molestowania – sytuacje, które naruszają godność osoby niepełnosprawnej lub stwarzają wrogie, zastraszające, poniżające okoliczności (*Osoby niepełnosprawne w Unii Europejskiej*, 2003, s. 7).

### 1.2.2. Upředzenia społeczne

Postępowanie części ludzi wobec osób niepełnosprawnych przejawia się w niechęci do nawiązywania kontaktów, a nawet wrogości. Taki rodzaj postawy to upředzenie społeczne cechujące się negatywnym stosunkiem emocjonalnym, stereotypową wiedzą, unikaniem kontaktów oraz trwałością upředzeń, czyli niepodatnością na zmiany.

Upředzenia społeczne wobec osób niepełnosprawnych występują z różnym natężeniem w zależności od płci, wieku, wykształcenia, zajmowanej pozycji społecznej itd. Zastanawiając się nad tym, na jakiej podstawie powstają, S. Kowalik wyróżnił:

1. GRUPOCENTRYZM – sprzeczność interesów między grupami, która doprowadza do wzrostu solidarności wewnątrzgrupowej, poczucia tożsamości grupowej, izolowania się od innych grup. Swojej grupie przypisuje się dużą wartość, dewalując grupy, które uznaje się za zagrażające dla własnych interesów.
2. KONCEPCJA SOCJALIZACYJNA – członkowie grupy obserwują zachowania innych członków wobec przedstawicieli innych grup społecznych. Człowiek już w dzieciństwie zostaje zaprogramowany do bycia upředzonym wobec konkretnych grup społecznych.

3. KONCEPCJA TOŻSAMOŚCI – podstawową potrzebą każdego człowieka jest tworzenie pozytywnego wizerunku „ja”. Prestiż społeczny jest ważnym elementem w określaniu samooceny człowieka, zatem dąży on wszelkimi sposobami do podwyższenia wartości i znaczenia swojej grupy.
4. KONCEPCJA STEREOTYZACJI, która zakłada, iż człowiek jest skazany na posługiwanie się stereotypami. Jest to konieczne z uwagi na bardzo dużą ilość informacji napływających z otoczenia oraz ograniczone możliwości wykorzystania ich przez procesy poznawcze. Człowiek stara się uprościć własną orientację w otoczeniu, która polega na organizowaniu wiedzy społecznej w kategorie pojęciowe zawierające ograniczoną liczbę właściwości przypisywanych określonym obiektom, ściśle ze sobą skorelowanych. To jest właśnie stereotyp.
5. KONCEPCJA KOZŁA OFIARNEGO, która upatruje źródło uprzedzeń we frustracjach. Sfrustrowani przenoszą agresję na obiekty zastępcze, wobec których (ludzi słabych, grup mniejszościowych) formowane są uprzedzenia. Ludzie przejawiają skłonność do obciążania winą za wszelkie przeciwności losu i nieszczęścia wszystkich dookoła, tylko nie samych siebie (Kowalik, 1996).

Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych odbiegają od stanu pożądanego. Znacząca część społeczeństwa dysponuje ograniczoną i zafałszowaną wiedzą o niepełnosprawnościach popartą wiarą w prawdziwość własnych przekonań.

Bariery wobec osób niepełnosprawnych istnieją, dlatego że nawzajem siebie nie znamy. Wielu ludzi nie zna bliżej żadnej osoby niewidomej, niesłyszącej czy poruszającej się na wózku inwalidzkim. Z powodu uprzedzeń osoby te mogą być dyskryminowane bardziej niż mniejszości etniczne; często społeczeństwo chce utrzymać niepełnosprawnych w ukryciu, bo nie zdrowieją i przypominają o nieuchronności losu (Stewart, 2000). Izolowanie sprawia, że „my” nie musimy o „nich” myśleć, przez co nie dostrzegamy problemu w myśl zasady „co z oczu, to i z serca”. Przy wnikliwszym spojrzeniu okazuje się, że to pełnosprawni sprawiają, że osoby niepełnosprawne są postrzegane jako „inne”, bo to my tworzymy świat, w którym trudno jest się poruszać i żyć osobom niepełnosprawnym. Nasz świat wąsko definiujący „normy”, gloryfikujący zdrowie, bojący się chorób jest dla nich zagrażający, niepokojący i dziwny.

### 1.3. Koncepcje kryzysów życiowych

Świadomość zagrożenia życia i zdrowia wywołuje kryzys i to często bardzo poważny. Zostaje przecież zagrożona jedna z podstawowych ludzkich wartości. Stąd rodzi się pytanie: na ile tego rodzaju doświadczenie może mieć pozytywny wpływ na zdrowie i rozwój człowieka, a właściwie na ile aktywność człowieka może się przyczynić do pozytywnego wykorzystania tego kryzysu?

Wystąpienie traumy czy zdarzenia kryzysowego w życiu jednostki jest porównywane przez psychologów do trzęsienia ziemi, które dotyka miasto: daje szansę na odbudowę lub stworzenie nowych struktur, być może lepszych niż poprzednie (Jaśkiewicz, 2005). Kryzys stwarza potencjalne możliwości rozwoju w kierunku poprawy zdrowia psychicznego i większej dojrzałości. Oczywiście nie należy zapominać, że jako poważne zaburzenie w funkcjonowaniu organizmu, spowodowane niezdolnością do ponownego osiągnięcia równowagi, może również prowadzić do choroby (Błaszczak, 2001).

Sytuacje kryzysowe związane są często z nasileniem się poczucia bezradności, a bezradność kojarzona jest z wystąpieniem jednej z dwóch kategorii niekontrolowanych zdarzeń. Pierwszą kategorię tworzą sytuacje o charakterze długotrwałym, które wywołują stan bezradności. Są to więc takie sytuacje, w których pomimo podejmowania różnego rodzaju działań jednostka nie tylko nie osiąga pożądaných wyników, ale także nie przybliża się nawet w małym stopniu do ich uzyskania (nieodwzajemniona miłość, nierozwiązane konflikty z rodzicami, trudności finansowe). Do drugiej kategorii należą nagle traumatyczne zdarzenia losowe: śmierć bliskiej osoby, nieuleczalna choroba lub trwałe kalectwo w wyniku wypadku. Brak kontroli nad zdarzeniami tego typu i niemożność wpływania na nie wiąże się z ich nieprzewidywalnością i przypadkowością. Wydaje się, iż stan bezradności przypisywany jest temu, że jednostka, będąca ofiarą takiego zdarzenia, zupełnie nie wie, co ma robić w tak zmienionej sytuacji życiowej. Tę dwojaką genezę niekontrolowanych zdarzeń celnie uwypuklił O. Wilde, pisząc:

W tym świecie spotykają nas tylko dwie tragedie. Jedną jest nieotrzymanie tego, czego się chce, a drugą otrzymanie tego, czego się nie chce (za: Sędek, 2001, s. 226).

### 1.3.1. Pojęcie kryzysu

Słowo „kryzys” jest jednym z najczęściej używanych współcześnie pojęć. Wystarczy przejrzeć gazetę, posłuchać radia czy pooglądać telewizję, aby przeczytać i usłyszeć o kryzysie wartości, kryzysie rodziny, kryzysie finansów publicznych, kryzysie tożsamości.

Termin „kryzys” pochodzi od greckiego słowa *krisis* oznaczającego moment rozstrzygający, punkt zwrotny, okres przełomu, a także doświadczenie lub próbę, możliwości doprowadzenia do rozstrzygnięcia. W języku potocznym termin ten jest najczęściej używany do oznaczenia załamania się ustalonego porządku rzeczy i nieskuteczności dotychczasowych reguł działania, czyli pojawienia się sytuacji trudnych, wywołujących u ludzi napięcie, poczucie dyskomfortu i dezorientację. W odniesieniu do kondycji człowieka oznacza naruszenie stanu jego równowagi emocjonalnej oraz zakłócenie jego relacji z otoczeniem. Nierozwiązanie kryzysu powoduje zastój i regres w cyklu rozwojowym człowieka. Kryzys jest takim stanem

psychiki i sytuacji, który ma charakter przełomu, rozstrzygnięcia, rozstrzyga się stan zdrowia człowieka, jakość jego relacji z otoczeniem, kierunek dalszego rozwoju (John-Borys, 1995, s. 13). Każde poważne zagrożenie wymaga celowego działania, poprzedzonego rozstrzygnięciem, wyborem i decyzją. Brak takiego działania powoduje, że sprawy idą gorzej, a czas nie leczy ran. Potrzebna jest interwencja. Istotną cechą kryzysu jest to, że jego sedno nie leży w urazowym wydarzeniu lub trudnej sytuacji, ale w subiektywnej reakcji osoby na tego rodzaju zdarzenia. Mówiąc ogólnie: reakcja ta polega na głębokim przeświadczeniu o niemożności poradzenia sobie ze zbyt trudnymi wymogami bolesnej sytuacji, o nieadekwatności używanych dotychczas narzędzi radzenia sobie z życiem wobec porażającego „tu i teraz” – a więc na poczuciu utraty kontroli nad własnym życiem. Trzeba dodać, że to subiektywne poczucie nie znajduje zazwyczaj potwierdzenia w rzeczywistości. Według W. Szlagury (2005), kryzys charakteryzuje się następującymi cechami:

1. Obecność zarówno zagrożenia, jak i szansy.
2. Wywołuje zagrożenia, które są wynikiem zawładnięcia osoby przez sytuację kryzysu.
3. Wywołuje agresję skierowaną na siebie lub na innych ludzi, może doprowadzić do samobójstwa lub zabójstwa.
4. Może w nim dojść do symbolicznego, wewnętrznego wycofania się z niemożliwej do wytrzymania sytuacji i przejścia do nierealnego, wymyślonego świata.

Kryzysy pojawiają się na różnych płaszczyznach życia. L.H. Brammer wyróżnia kryzysy rozwojowe, sytuacyjne, egzystencjalne i środowiskowe. Kryzysy rozwojowe są to wydarzenia naturalnie wpisane w życie. Mogą je wywołać różne wydarzenia, np. narodziny dziecka, ukończenie studiów czy przejście na emeryturę. Kryzysy sytuacyjne pojawiają się w wyniku wydarzeń niecodziennych i niespodziewanych, takich jak: wypadek samochodowy, nagła choroba lub śmierć kogoś bliskiego. Kryzysy egzystencjalne są związane z przeżywaniem wewnętrznych konfliktów i lęków dotyczących celu i sensu życia, a także z zadawaniem sobie pytań o ludzką wolność, niezależność, odpowiedzialność. Kryzysy środowiskowe wiążą się z katastrofami naturalnymi (np. powódź) lub wywołanymi (np. wojna) (za: James, Gilliland, 2004).

Stan psychiczny, w którym znajdują się osoby w stanie kryzysu i pod wpływem stresu, to tzw. immobilność psychologiczna, obejmująca sferę poznawczą, afektywną i behawioralną. Jej istotą jest niemożność wykonania prawie żadnego sensownego działania. Dzieje się tak, ponieważ u osoby w kryzysie zostaje „upośledzony” proces pozyskiwania informacji. Oznacza to, że odbiera ona znacznie mniej informacji z otoczenia niż w normalnych warunkach, a ich przydatność zazwyczaj jest mocno ograniczona. Ponadto pojawiają się zaburzenia procesów myślenia. Skutek jest taki, że wnioski dotyczące sytuacji i podejmowane decyzje są nieadekwatne, destruktcyjne albo nie ma ich wcale. Stan immobilności to głębokie poczucie owładnięcia przez którąś z takich emocji, jak: lęk (ze wszystkimi jego „odmianami”), uczucie winy, tzw. 3B (bezsilność, bezradność, beznadzieja), wściekłość, wstyd, poczucie osamotnienia. Aby pomóc komuś znajdującemu się w takim stanie, nie wolno mi-

nimalizować sytuacji, pocieszać ani porównywać. Trzeba uznać jego prawo do tego, aby czuć się właśnie tak, stworzyć warunki do bezpiecznej ekspresji emocji, być blisko i słuchać, słuchać, słuchać. W sferze zachowań są dwa wzorce immobility: jeden to „katatoniczne” wycofanie się, bezruch, drugi – intensywna, nieskładna, często destrukcyjna lub autodestrukcyjna aktywność, nierzadko pogłębiająca kryzys, a nawet stwarzająca zagrożenie dla tego, kto go przeżywa, albo dla jego otoczenia (Szlagura, 2005).

Napięcie towarzyszące kryzysowi pobudza kształtowanie nowych sprawności i umiejętności. Opanowywanie nowych kompetencji daje możliwość lepszego radzenia sobie z wyzwaniami, jakie będzie stawiać życie w następnych fazach. Przyswojenie umiejętności umożliwia pokonywanie stresu i podejmowanie nowych sposobów rozwiązań wobec zadań z różnych sfer życia. Jednakże istotne jest nabywanie takich kompetencji, które nie tylko pomogą rozwiązać bezpośrednio trudności, pojawiające się w czasie teraźniejszym, na danym obszarze życia, ale przede wszystkim umożliwią dalszy rozwój, wzrost „przez wytwarzanie (tworzenie) przez jednostkę swoich własnych strategii radzenia sobie z wyzwaniami życia (*life challenges*)” (Brzezińska, 2000, s. 229).

### 1.3.2. Zdarzenia krytyczne

W teorii krytycznych zdarzeń życie ludzkie traktowane jest jako ciąg zdarzeń, z których każde pozostawia w życiu jednostki większy lub mniejszy ślad. Wydarzenia krytyczne to te, które wyraźnie się odznaczają na tle innych wydarzeń, gdyż naruszają dotychczasowy ład i harmonię, wymuszając dokonanie zmian. To sytuacje, które stanowią punkty zwrotne w życiu człowieka. Zdaniem S.H. Filipp, krytyczne wydarzenia należy rozumieć jako relację między osobą a jej otoczeniem. Zjawiska te są uwarunkowane wieloma czynnikami, rozciągają się w czasie i mają znaczenie subiektywne (za: Teusz, 2002, s. 7).

Wydarzenia krytyczne mogą być rozciągnięte w czasie (ciąża, przygotowania do egzaminów) bądź zaistnieć nagle (wypadek, strata pracy), czy też przybrać postać zdarzeń kulminacyjnych jako wynik zaistniałych wcześniej serii zdarzeń (rozwód). Wydarzenia krytyczne dotyczą w zasadzie każdej sfery życia człowieka: rodzinnego (małżeństwo, rodzicielstwo, miłość), zawodowego (praca, wykształcenie, status materialny), społecznego (przyjaźnie, życie towarzyskie).

Samo wydarzenie krytyczne jest dwuwartościowe i może być pozytywne (np. awans) lub negatywne (np. wypadek). Może być też ambiwalentne (ślub). W dużym stopniu zależy to zarówno od subiektywnej oceny podmiotu, jak i od sposobu zaradzenia zdarzeniu. Ocena wydarzeń krytycznych podlega dynamicznej zmianie w miarę postępów w radzeniu sobie z nimi. Również z punktu widzenia bliższych i dalszych efektów są to wydarzenia potencjalnie korzystne lub niekorzystne (Sęk, 1998).



Jako pierwsza całościową koncepcję krytycznych zdarzeń życiowych sformułowała S.H. Filipp, zaliczając do zadań krytycznych szeroką gamę wydarzeń, które mogą wystąpić w życiu człowieka, ale tylko wówczas, gdy wywołają zaburzenie równowagi pomiędzy podmiotem a otoczeniem (zgodnie z definicją zdarzeń krytycznych). Według S.H. Filipp, istotne jest, aby podmiot dostrzegł brak równowagi pomiędzy nim a otoczeniem, uświadomił sobie nieprzydatność dotychczas wykorzystanych sposobów radzenia sobie oraz destruktywność ich dalszego stosowania w nowej sytuacji, a także zrozumiał, iż należy szukać nowych rozwiązań, których zastosowanie dopiero doprowadzi do odzyskania równowagi (za: Beisert, 2000).

Zdarzenie krytyczne rozgrywa się w teraźniejszości razem z oddziałyującymi na nie czynnikami, tj. cechami biopsychicznymi podmiotu oraz cechami kontekstu społecznego i fizycznego. Wśród cech podmiotu istotne są: wiek, płeć, stan zdrowia, ale też struktury poznawcze, poczucie sprawstwa czy przekonanie o posiadaniu kontroli nad wydarzeniami. Natomiast cechy kontekstu społecznego to m.in.: struktura rodziny, sieć związków społecznych, cechy systemu społeczno-politycznego. W samym wydarzeniu krytycznym można wyróżnić cechy obiektywne, takie jak: zakres działania, rozciągłość w czasie, przewidywalność, oraz cechy subiektywne, bardzo ważne, gdyż nadawane wydarzeniu przez podmiot, takie jak: znaczenie, oczekiwanie, zagrożenie, wyzwanie.

Skutki reakcji podmiotu na wydarzenia krytyczne będą dotyczyły właśnie zaistniałych zmian w trzech elementach zdarzenia: podmiotu (np. poszerzenie zakresu umiejętności, podwyższenie poczucia własnej wartości, pogorszenie stanu zdrowia), otoczenia (np. miejsce zamieszkania, warunki materialne) oraz relacji pomiędzy podmiotem a otoczeniem (np. poszerzenie kręgu przyjaciół, zmiana pozycji społecznej podmiotu, zmiany nastawień w otoczeniu społecznym) (Teusz, 2002, s. 15–19).

W dynamice pokonywania kryzysów można wyodrębnić cztery fazy:

1. Konfrontacja osoby z sytuacją kryzysową, która narusza ważne dla jednostki potrzeby i wartości oraz powoduje napięcie emocjonalne. Jednostka stara się przywrócić stan poprzedniej równowagi, ale ponieważ sytuacja, w której się znalazła, jest nowa, dotychczas znane reguły postępowania się nie sprawdzają.
2. Poczucie nieskuteczności podejmowanych prób zwiększa niepokój i przyczynia się do przeżywania bezradności, której świadomość wtórnie potęguje napięcie lękowe, dezorganizując działanie.
3. Podejmowanie kolejnej próby rozwiązania sytuacji, która polega często na poszukiwaniu sposobów takiego przystosowania się do niej, aby zminimalizować odczuwanie przykrych emocji. Można to osiągnąć przez uruchomienie mechanizmów obronnych, takich jak: obrona percepcyjna, kompensacja, racjonalizacja, wyparcie, pozorne rozwiązanie problemu.
4. Utrwalenie obronnych sposobów funkcjonowania, które najczęściej wyrażają się symptomami nerwicy, depresji, zachowań psychopatycznych, w krańcowych przypadkach psychozy reaktywnej (Szlagura, 2005).