Kornelia Czerwińska

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie

Wsparcie społeczne w narracjach osoby z nabytym nagle niewidzeniem

W procesie adaptacji do nabycia trwałej, poważnej niepełnosprawności pomocne jest wsparcie społeczne, które sprzyja redukcji stresu, wzmacnia odporność psychiczną, ułatwia wypracowanie konstruktywnych strategii radzenia sobie. W literaturze przedmiotu podkreśla się więc potrzebę kształtowania umiejętności spostrzegania i korzystania ze wsparcia społecznego. Artykuł zawiera biograficzne studium indywidualnego przypadku osoby, która w wyniku wypadku komunikacyjnego nagle utraciła wzrok w okresie dorosłości. Podstawową techniką badawczą jest wywiad narracyjny Dana McAdamsa. Przeprowadzona analiza narracji ukierunkowana jest na poznanie roli, jaką badany przypisuje spostrzeganemu wsparciu społecznego w zakresie radzenia sobie z nabyciem niepełnosprawności. Badany koncentruje się zarówno na wsparciu nieformalnym udzielanym przez rodzinę, przyjaciół, znajomych, jak i profesjonalnej pomocy świadczonej przez specjalistów, wskazując na pewne luki w oferowanym systemie świadczeń rehabilitacyjnych. Wypowiedzi badanego wskazują, jak istotne jest, aby udzielane w sytuacji utraty wzroku wsparcie miało charakter podmiotowy i sprzyjało mobilizacji własnych sił osoby wspomaganej.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność wzroku, utrata wzroku, wsparcie społeczne, dorosłość

Social support in the narration of an adult who experienced sudden loss of vision

In the process of adapting to permanent severe impairment an important role is played by social support which helps reduce stress, strengthens mental toughness, and facilitates developing constructive coping strategies. Professional texts emphasize the need to develop an ability to perceive and utilize social support. The article presents a biographical case study of a person who suddenly lost his vision as an adult due to a road accident. The narrative interview of Dan McAdams is a basic research technique. The analysis of the narration aims at learning about the role the subject attributes to the perceived social support as a factor in the process of adaptation. The subject focuses on informal support provided by his family members, friends, acquaintances, as well as by professionals. He points out to some gaps in the rehabilitation service system. The statements of the subject indicate that it is very important that the support offered in the situation of vision loss is subject-oriented and helps empower the supported individual.

Keywords: visual impairment, vision loss, social support, adulthood

Wprowadzenie

Dorosłość uznawana jest za fazę życia, w której dochodzi do doskonalenia się i rozbudowy systemu psychicznego człowieka. Rozwój w tym okresie ma specyficzny charakter, gdyż zmiany zachodzące w poszczególnych sferach są przede wszystkim jakościowe i odznaczają się wysokim zróżnicowaniem. Przebieg zachodzących zmian jest bardzo indywidualny i zdecydowanie trudniejszy do przewidzenia niż w czasie dzieciństwa i adolescencji [Czerwińska-Jasiewicz 2015]. Uznaje się, że wypełnianie zadań rozwojowych biologicznie i kulturowo przypisywanych temu okresowi może być znacznie trudniejsze w sytuacji doświadczania wrodzonej lub nabytej niepełnosprawności [Krause 2010].

Problematyka rozwoju i funkcjonowania dorosłych osób z niepełnosprawnością należała do zaniedbanych wątków w pedagogice specjalnej, która koncentrowała się przez lata przede wszystkim na kształceniu i rehabilitacji dzieci oraz młodzieży. Nie podejmowano szerszych analiz naukowo-badawczych poświęconych wypełnianiu przez tę grupę osób ról społecznych typowych dla dorosłości i ich partycypacji w głównym nurcie życia publicznego, nie opracowywano koncepcji działań pomocowych sprzyjających nabyciu lub odzyskaniu poczucia autonomii i samostanowienia. Na płaszczyźnie praktycznej do lat 90. XX w. dominowały instytucjonalne formy rehabilitacji i opieki oparte na systemie pomocy społecznej, które zazwyczaj prowadziły do izolacji i biernego przystosowania się do zasad narzucanych przez personel danej placówki [Kijak 2012].

Wraz z pojawieniem się społecznego modelu niepełnosprawności i jego licznych pochodnych nie tylko nastąpił wzrost zainteresowania dotychczas pomijanymi zagadnieniami kondycji dorosłego człowieka z niepełnosprawnością w kontekście relacji zachodzących między nim a jego otoczeniem społecznym, ale także zaczęto propagować wzorce oddziaływań pomocowych opartych na zasobach pozwalających na pokonywanie barier tkwiących w środowisku [Rzedzicka, Kobyłańska 2003]. W miejsce rehabilitacji dążącej do niwelowania uszkodzeń organizmu, prowadzonej w odniesieniu do rodzaju i stopnia dysfunkcji jako podstawowych kryteriów konstruowania programów usprawniania, zalecono wsparcie opracowywane w sposób indywidualny, z aktywnym zaangażowaniem osoby z niepełnosprawnością [Wehmeyer 2014]. W centrum zainteresowania znalazł się osobisty dobrostan i subiektywne poczucie jakości życia, których podniesienie stało się podstawowym celem rehabilitacji i wskaźnikiem uzyskania przystosowania do niepełnosprawności [Livneh, Martz 2005; Kováčová 2012]. Spersonalizowane wsparcie powinno być udzielane w takim zakresie i stopniu, aby maksymalnie ograniczyć negatywne skutki nabytej niepełnosprawności przez zapewnienie środków kompensujących utratę danej funkcji i adaptację warunków środowiskowych. W dalszej perspektywie tak rozumiane

oddziaływania pomocowe mają ułatwić readaptację społeczną, ponowne, możliwe pełne włączenie osoby we wszystkie przejawy życia społecznego [Marszałek 2009]. Istotną kwestią jest nieprzerwane uwzględnianie ekologicznych aspektów dysfunkcji w projektowaniu działań wspierających, gdyż nabyta niepełnosprawność powinna być zawsze rozpatrywana w kontekście funkcjonalnym i społecznym. Kluczowa staje się tu perspektywa własna dorosłej osoby z niepełnosprawnością w zakresie identyfikowania i definiowania doświadczanych trudności, wyboru strategii radzenia sobie (w tym metod usprawniania), osobistego zapotrzebowania na wsparcie określonego rodzaju, jak również chęci i gotowości do przyjęcia pomocy. Niniejsze opracowanie koncentruje się więc na jakościowej analizie subiektywnych przekonań i znaczeń przypisywanych wsparciu społecznemu przez osobę, która nagle w okresie dorosłości nabyła niepełnosprawność wzroku.

Wsparcie społeczne a utrata wzroku w dorosłości

W sytuacji utraty zdrowia i sprawności wsparcie społeczne jest zazwyczaj ujmowane jako „szczególny sposób i rodzaj pomagania osobie, przede wszystkim w celu mobilizowania jej własnych sił i zasobów, aby sama mogła radzić sobie z własnymi problemami. Jest efektem kontaktów międzyludzkich, których celem jest radzenie osobie potrzebującej pomocy w sytuacjach trudnych” [Lelonek, Kamusińska 2011: 35]. Mimo pewnych rozbieżności w zakresie wyjaśniania terminu wsparcia społecznego, w tym stosunkowo częstego przyjmowania definicji o charakterze praktycznym bez odniesienia do konkretnych koncepcji teoretycznych, na ogół badacze rozpatrują to pojęcie jako swoistą „kategorię odnoszącą się do społecznych interakcji, uzyskującą swój sens w znaczeniach, jakie nadają działaniom wspierającym sami uczestnicy” [Kacperczyk 2006: 18]. Analiza fenomenu wsparcia społecznego wymaga więc uwzględnienia punktu widzenia zarówno dostarczycieli, jak i odbiorców pomocy. W przypadku biorców wsparcia szczególnie ważne jest poznanie ich oczekiwań, potrzeb, sposobu postrzegania własnego położenia życiowego oraz interpretacji samej sytuacji pomocowej, gdyż nie wszyscy ludzie przejawiają takie samo zapotrzebowanie na wsparcie w radzeniu sobie z trudnościami. Doświadczenie potrzeby bycia wspieranym podlega różnicowaniu w kontekście czynników osobowościowych i środowiskowych [Schwarzer, Knoll 2007].

Poszukiwanie wsparcia społecznego uznawane jest za jedną ze strategii służących uzyskaniu wysokiego stopnia przystosowania po nagłej lub stopniowej utracie sprawności, przy czym jest ona tym bardziej korzystna dla dobrostanu osoby, w im większym stopniu wzmacnia jej poczucie własnej wartości. Osoba, która interpretuje zwrócenie się i (lub) korzystanie ze wsparcia w kategoriach

przejawu własnej słabości, niemocy, niższości, będzie raczej unikać wsparcia, mimo doświadczania sytuacji trudnych przekraczających jej możliwości samodzielnego radzenia sobie. Jednostka rezygnuje wówczas z pomocy w celu ochrony samooceny [Ogińska-Bulik 2013]. Udzielane wsparcie musi więc mieć charakter podmiotowy, akcentujący możliwości osoby i jej zdolność do samostanowienia, w tym także pełne prawo do odmowy przyjęcia pomocy lub odrzucenia jej z uwagi na oferowaną formę. Poziom wsparcia nie może być nadmierny z powodu ryzyka osłabienia zdolności adaptacyjnych osoby wspomaganej, zaś jego zakres powinien być ograniczony do wymogów konkretnej sytuacji trudnej tak, aby oddziaływania pomocowe nie wyzwalaly poczucia nadmiernej kontroli społecznej. Osoba dorosła pozostająca w sieci kontaktów społecznych będzie przejawiała gotowość korzystania ze wsparcia wówczas, gdy, mimo asymetrycznego charakteru relacji biorca - dawca pomocy, zachowa możliwość postępowania zgodnie z własnymi przekonaniem i realizacji celów wynikających z osobistego światopoglądu.

W badaniach nad pozytywnymi konsekwencjami krytycznych zdarzeń życiowych, do których zalicza się nagłą utratę sprawności, wskazuje się na potrzebę kształtowania umiejętności spostrzegania i korzystania ze wsparcia społecznego. Pomoc uzyskiwana od innych sprzyja bowiem nadawaniu sensu i znaczeń traumatycznym doświadczeniom, ułatwia zmianę dotychczasowych schematów poznawczych i utworzenie nowych, dostosowanych do aktualnej sytuacji życiowej. Osoby potrafiące korzystać ze wsparcia społecznego łatwiej dokonują świadomej rekonstrukcji ścieżki biograficznej, m.in. poprzez dostrzeżenie nowych perspektyw i wyznaczenie celów zgodnych z przyjętymi wartościami [Tedeschi, Calhoun 2004]. Niezależnie od indywidualnego zróżnicowania oczekiwań ludzi w obszarze zapotrzebowania na wsparcie zgodnie uznaje się, że nabycie niepełnosprawności znacząco zwiększa u każdej jednostki potrzebę uzyskania pomocy. Doświadczenie utraty zdrowia i sprawności, zwłaszcza gdy następuje w niespodziewanych okolicznościach, nieuchronnie wiąże się z różnego typu trudnymi sytuacjami, które prowadzą do okresowego obniżenia jakości życia.

Utrata wzroku pociąga za sobą szereg negatywnych konsekwencji generujących trudności we wszystkich obszarach psychospołecznego funkcjonowania osoby dorosłej¹. Nagłe załamanie planu biograficznego łączy się z frustracją tak

¹ Szczegółowa analiza wpływu nagłej utraty wzroku na codzienne funkcjonowanie i realizację zadań rozwojowych typowych dla dorosłości została dokonana przez autorkę niniejszego tekstu w odrębnych publikacjach: Czerwińska K. (2015), *Utrata wzroku w kontekście realizacji zadań rozwojowych w okresie dorosłości*, „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej”, nr 17, s. 76–90; Czerwińska K. (2016), *Nagła utrata wzroku w okresie dorosłości – obszary i rodzaje wsparcia* [w:] *Doświadczanie niepełnosprawności i choroby przewlekłej w perspektywie jednostki i rodziny*, W. Wójcik, J. Golonka-Legut, A. Wasiński (red.), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. Janusza Korczaka w Warszawie, Warszawa, s. 109–124. Opracowania te zostały także zaprezentowane w formie referatów wygłoszonych podczas cyklicznych konferencji naukowych z obszaru pedagogiki specjalnej organizowanych przez Uniwersytet Gdański i Wyższą Szkołę Pedagogiczną w Warszawie.

podstawowych potrzeb, jak potrzeba bezpieczeństwa, niezależności, osiągnięć, przynależności, samourzeczywistniania. Związki zachodzące między utratą wzroku a celami życiowymi badane były w szerszym zakresie w grupie 216 osób w fazie średniej dorosłości poprzez wywiady telefoniczne składające się z ustrukturyzowanych i otwartych ocen priorytetów, planów i nadziei związanych ze swoim życiem oraz utrudnień w ich realizacji spowodowanych przez ociemnienie. W trzech ocenianych dziedzinach najczęściej zgłaszano cele funkcjonalne ($N=214$), następnie cele społeczne ($N=72$) i cele psychologiczne ($N=28$). Wśród celów funkcjonalnych cele dotyczące pracy zawodowej, codziennych zadań i zdolności poruszania się wymienione zostały przez najwyższy odsetek uczestników. Wśród celów społecznych najczęściej wskazywano cele związane z rodziną, a wśród celów psychologicznych - jakość życia. Cele związane z wzrokiem pojawiały się we wszystkich trzech dziedzinach, stanowiąc większość celów funkcjonalnych, jedną trzecią celów społecznych i prawie połowę celów psychologicznych. Najwięcej utrudnień badani zgłaszali przy celach funkcjonalnych i społecznych, a najmniej – przy celach psychologicznych. Uczestnicy zgłaszali umiarkowane trudności przy większości celów, natomiast wyraźnie wyższe trudności dotyczyły celów związanych z czynnościami życia codziennego, zdolnością sprawnego i bezpiecznego poruszania się, samodzielnością oraz wolnym czasem. Określenie celów związane było z czasem wystąpienia niepełnosprawności wzroku, zwłaszcza w przypadku celów funkcjonalnych. Zgromadzony materiał empiryczny wykazał bardzo rozbudowaną sieć celów życiowych osób dorosłych i ich subiektywną ocenę wpływu nabytego niewidzenia na możliwość realizacji planów. Niewątpliwie rozpoznanie celów życiowych osób ociemniałych i utrudnień w ich realizacji wynikających z uszkodzenia wzroku może być przydatne w planowaniu oddziaływań rehabilitacyjnych, gdyż pozwala na spersonalizowanie udzielanego wsparcia, jego pełne dostosowanie do społecznego i funkcjonalnego kontekstu sytuacji danej jednostki [Popivker, Wang, Boerner 2010].

Należy przy tym pamiętać, że rodzaj i zakres potrzebnego wsparcia, jak również subiektywne oczekiwania w obszarze bycia wspieranym bezpośrednio wiążące się z gotowością przyjęcia pomocy, zależą także od wielu innych właściwości indywidualnych danej osoby (m.in. towarzyskość, potrzeba zależności, samoocena, kompetencje społeczne itp.) [Sęk, Cieślak 2006], nie zaś tylko od typu nabytej niepełnosprawności. W projektowaniu działań pomocowych dla dorosłej osoby z nabytym niewidzeniem wskazane jest uwzględnianie zależności zachodzących między następstwami dysfunkcji a swoistymi cechami osoby i jej mikrośrodowisk. Na przykład, inne natężenie trudności w obszarze sprawnego wykonywania czynności życia codziennego i lokomocji będzie występowało u osoby, która utraciła wzrok w fazie wczesnej dorosłości i odznacza się dobrą kondycją fizyczną, niż u osoby w podeszłym wieku borykającej się z szeregiem

dotadkowych problemów zdrowotnych i ogólnym spadkiem sprawności typowym dla tego okresu życia. Preferencje w zakresie rodzajów strategii radzenia sobie z tymi trudnościami również będą indywidualnie zróżnicowane, nastawione w większym stopniu w okresie późnej dorosłości na pozyskanie opieki i znajdowanie podpory w innych. Percepcja dostępności zasobów społecznych (poczucie przynależności vs. poczucie samotności) w sytuacji ocienienia może być także odmienna u poszczególnych osób z uwagi na m.in.: wiek, warunki rodzinne, miejsce zamieszkania, status materialny, możliwość komunikacji z otoczeniem, sprzężony charakter dysfunkcji [Lawrence, Murray, Ffytche, Banerjee 2009].

Wiele analiz świadczy o tym, że to właśnie wiedza i przekonania danej osoby o tym, od kogo i w jakim zakresie może uzyskać potencjalną pomoc, odgrywają kluczową rolę w odzyskaniu przez nią poczucia dobrostanu psychicznego [Ogińska-Bulik, Juczyński 2010]. Subiektywna ocena dostępności wsparcia okazuje się więc w pewnych okolicznościach istotniejsza od otrzymanej realnie pomocy. Niepokojące są więc doniesienia z badań wskazujące na to, że osoby z niepełnosprawnością wzroku odczuwają deficyty w zakresie wsparcia społecznego, w tym wsparcia emocjonalnego, instrumentalnego i wartościującego, które zgodnie z ich oczekiwaniami powinno być dostarczane przez instytucje państwowe i ogół społeczeństwa (Lewicka 2006). Skuteczność pomocy jest bezpośrednio zależna od właściwego rozpoznania oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie zapotrzebowania na wsparcie, więc w pełni uzasadnione jest podejmowanie analiz badawczych poświęconych tej problematyce.

Wysoka heterogeniczność potrzeb rehabilitacyjnych i posiadanych zasobów osobowych i środowiskowych w populacji dorosłych nagle lub stopniowo tracących wzrok uzasadnia wybór strategii jakościowych w badaniach nad rolą wsparcia społecznego w procesie przezwyciężania kryzysu wynikającego z ocienienia. Złożony charakter tych zagadnień skłania badaczy [m.in. Belzyt 2012; Sokołowska-Kasperiuk 2015; Czerwińska 2016] do zastosowania studium indywidualnego przypadku jako tej metody badawczej, która pozwala „zachować jednocześnie perspektywę holistyczną i kontekst rzeczywistości” [Yin 2015: 36].

Konteksty i znaczenia wsparcia społecznego – studium indywidualnego przypadku dorosłej osoby ocieniałej

Przedmiotem podjętych badań własnych było subiektywne doświadczenie wsparcia społecznego przez osobę, która nagle utraciła całkowicie i trwale wzrok w dorosłości. Przedmiotem analiz stały się indywidualnie ujmowane sensory i interpretacje nadawane przez tę osobę oddziaływaniom pomocowym podejmowanym przez różne instytucje, grupy osób i poszczególne jednostki w toku procesu

radzenia sobie z utratą sprawności wzrokowej. Główny problem badawczy przybrał formę pytania: „Jakie znaczenia nadaje wsparciu społecznemu osoba ociemniała nagle w dorosłości?”. Przyjęcie perspektywy interpretatywnej wiązało się z zastosowaniem metody indywidualnego przypadku, która stanowi „wnikliwy, jednostkowy opis nietypowego przypadku odtwarzający zaistniałe fakty, ale także istotne, przełomowe zdarzenia w życiu konkretnej osoby, grupy ludzi, instytucji, w kontekście towarzyszących im okoliczności historycznych, społeczno-ekonomicznych, psychologicznych” [Gajda 2016: 95]. Jak wskazuje cytowany autor, traumatyczne przeżycia – do których z pewnością zaliczyć można pourazowe ociemnienie – mają zawsze wymiar subiektywny, wartościowy i niepowtarzalny w ukazaniu obiektywnej prawdy wewnętrznej. Indywidualne studium przypadku jest metodą rekomendowaną wówczas, gdy złożoność interesującego badacza zagadnienia i jego kontekstu skutkuje znacznie większą ilością zmiennych niż punktów danych. Wielość zmiennych stawia pod znakiem zapytania przydatność konwencjonalnych metod opartych na ich analizie i za bardziej efektywne każe uznać ujęcie holistyczne [Yin 2015]. Za niewątpliwą zaletę tej metody badawczej uważa się właśnie możliwość uchwycenia roli warunków kontekstowych.

Jako technikę badawczą zastosowano wywiad narracyjny Dana McAdamsa w polskiej adaptacji M. Budziszewskiej [2013]. Wywiad ten to jedna z najczęściej wykorzystywanych współcześnie technik badawczych w ramach intensywnie rozwijającej się subdziedziny wiedzy, na pograniczu psychologii, pedagogiki i badań społecznych, która materiałem badawczym czyni historie życia osób oraz sposób, w jaki nadają one znaczenie swojemu własnemu życiu. Uzyskane narracje na temat swojego życia pozwalają poznać indywidualne strategie konstruowania ścieżki biograficznej, jak również umożliwiają opis fenomenów społecznych. Narracja ukazuje osobistą wizję świata, stąd zadaniem badacza jest odkrycie kategorii znaczeń nadawanych doświadczeniom życiowym przez daną jednostkę. W badaniach narracyjnych akcent położony jest na zmiany w biegu życia. Podstawowymi jednostkami narracji są epizody dotyczące uporządkowanych w czasie zdarzeń, które dobierane są przez badanego ze względu na rolę, jaką odegrały w przebiegu wypadków. Ich opis opiera się na nacechowanej emocjonalnie pamięci epizodycznej, która nadaje narracji swoisty, unikalny koloryt [Rosner 2006; Dryll 2014].

Gotowy transkrypt wywiadu przeprowadzonego zgodnie z propozycją Dana McAdamsa może być opracowywany z zastosowaniem zarówno metod hermeneutycznych, jak i ilościowych [por. Budziszewska 2013]. W badaniach własnych²

² Prezentowany w niniejszym opracowaniu materiał badawczy stanowi fragment narracji zgromadzonych w ramach szerszego projektu *Utrata wzroku w okresie dorosłości – analiza narracji* (BSTP 1/15-I APS), którego celem było poznanie, opis i analiza subiektywnych doświadczeń 10 osób, u których w wczesnej lub środkowej dorosłości nastąpiła utrata wzroku. Analiza jakościowa prowadzona

dokonano analizy jakościowej ukierunkowanej na wgląd w to, co z subiektywnej perspektywy narratora było najistotniejsze w doświadczanym przez niego wsparciu po doznaniu utraty wzroku. Z uwagi na przyjętą tematykę niniejszego artykułu oraz ograniczenia objętości opracowania nie podjęto rekonstrukcji biografii osoby badanej, ograniczając się jedynie do rekonstrukcji jednostkowego dyskursu poświęconego wsparciu. Wywiad przeprowadzono w dniu 19 listopada 2014 r. z 37-letnim mężczyzną, który siedem lat wcześniej utracił całkowicie wzrok w wyniku wypadku komunikacyjnego. W okresie realizacji badań mężczyzna przejawiał już w pełni konstruktywne przystosowanie się do nabytej niepełnosprawności: subiektywnie oceniał jakość swojego życia jako wysoką, nie spostrzegał niewidzenia jako czynnika dewaluującego jego egzystencję, efektywnie wypełniał liczne role społeczne, związane z aktywnością w środowisku rodzinnym i zawodowym, doświadczał niezależności ekonomicznej.

Analiza zgromadzonego materiału wskazała, że w kilkuletnim procesie radzenia sobie z następstwami ocieśnienia badany korzystał z różnego typu wsparcia, przy czym w jego opinii sukcesywnie się ono zmniejszało, proporcjonalnie do nabywania nowych umiejętności sprzyjających samodzielnemu rozwiązywaniu trudności i odzyskiwania poczucia samostereowności życiowej. Wyjątek stanowi stale utrzymująca się na wysokim poziomie tendencja matki do sprawowania nad nim opieki, wyrażająca się głównie w chęci wyręczania podczas wykonywania czynności życia codziennego. Rekonstrukcja wydarzeń, jakie miały miejsce bezpośrednio po wypadku, jest bardzo precyzyjna, szczegółowa, nasycona dużym ładunkiem emocjonalnym. Narrator podaje wiele przykładów sytuacji, zwłaszcza doświadczanych podczas pobytu w szpitalu, w których otrzymywane **wsparcie** stanowiło **źródło upokorzenia**. Otrzymując, często od całkowicie przypadkowych osób, pomoc w zakresie przemieszczania się do toalety, łazienki, łóżka w sali

była zgodnie z przyjętymi pytaniami badawczymi: Jaką rolę odgrywa nabycie niepełnosprawności w doświadczeniu biograficznym osoby? (pytania pomocnicze: w jaki sposób ocieśnienie zostaje umiejscowione w wydarzeniach kluczowych? jak badany ocenia wpływ ocieśnienia na realizację zadań rozwojowych typowych dla faz wczesnej i środkowej dorosłości? czy i w jakich kontekstach badani wspominają utratę wzroku w spontanicznych opowieściach o swoim życiu?) Jakie struktury procesowe można wyróżnić w biografii badanych? (pytania pomocnicze: jak wg badanych przebiegał proces adaptacji do utraty wzroku? w jaki sposób odniesienie własnej historii życia do historii innych uwzględnia aspekt niepełnosprawności? w jaki sposób niepełnosprawność zostaje uwzględniona przez badanego w opisie pozytywnej/negatywnej przeszłości?). Analiza semantyczna i formalna struktury wypowiedzi uwzględniała takie wskaźniki, jak: motyw siły i intymności, sekwencje wybawienia (*Redemption Sequences*), np. „depresja-odzyskanie chęci życia”, sekwencje kontaminacji (*Contamination Sequences*) np. „wiara w dobry związek-partner chce rozwodu”, spójność narracyjną, słowa modalne, klimat emocjonalny itp. Autorka zdecydowała się na opracowanie odrębnego artykułu zawierającego analizę narracji jednego z badanych przypadków w kontekście osobistych znaczeń przypisywanych wsparciu, gdyż właśnie wsparcie (określane też jako „pomoc”, „podpór”, „bycie oparciem”, „gotowość «bycia z» w trudnych momentach”, „wspomaganie”, „dawanie”, „profesjonalne słuźenie”, „ukierunkowanie”, „otwarcie możliwości”), okazało się u niego jedną z dominujących kategorii pojęciowych.

szpitalnej mężczyzna odczuwał silny dyskomfort, który opisuje w kategoriach poczucia bycia słabym, wybrakowanym, bezwartościowym, zależnym, stale zawstydzanym. Dość często w narracjach identyfikowana jest ambiwalencja przeżyć uczuciowych kierowanych do osób dostarczających pomocy: z jednej strony złość, pojawiająca się najczęściej w sytuacjach nieudolnych prób wspomagania (np. narażenie badanego na ból w kontaktach z przeszkodą) oraz w momentach bezpośredniego wyrażania współczucia i litości, z drugiej zaś wdzięczność za ułatwienie zaspokożenia podstawowych potrzeb.

„Ktoś mnie łapał pod rękę i prowadził do toalety, często nic przy tym do mnie nie mówiąc. Wychodzę z tej toalety, a jego nie ma... I co ja mam zrobić? Stoję jak ta sierota ostatnia, jak małe dziecko, które nie wie, gdzie pójść i boi się zrobić to samo. Myślałem, że zabiję tego faceta, że na mnie nie zaczekał (...) Najgorzej było z tym, żeby inni zrozumieli, jak ja się czuję, na przykład dlaczego się złościę w takim wypadku”.

W początkowym okresie przystosowania do ponownego funkcjonowania w swoim środowisku domowym mężczyzna odczuwał silne zapotrzebowanie na pomoc emocjonalną, przy czym głównym jej źródłem stali się dla niego przyjaciele, znajomi oraz tyflopedagodzy (zwłaszcza nauczycielka orientacji przestrzennej), nie zaś najbliżsi członkowie rodziny, którzy sami doświadczając traumy, usiłowali zredukować jego i własne negatywne przeżycia emocjonalne poprzez zaangażowanie się w tzw. gonitwę terapeutyczną i nadmierną opiekę. W narracjach odnaleźć można wyjaśnienia motywów postępowania rodziców dokonywane z obecnej perspektywy osoby, która skutecznie przewyciężyła ograniczenia wynikające z utraty wzroku. Mężczyzna dostrzega uwikłanie emocjonalne członków rodziny, którzy nagle zostali postawieni w sytuacji konieczności dostarczenia całodobowej opieki dla osoby bliskiej; syn, który dotychczas prowadził całkowicie niezależną egzystencję, wymagał wsparcia w wykonywaniu czynności dnia powszechnego, w tym aktywności samoobsługowych, jak również potrzebował pomocy w radzeniu sobie z silnymi, negatywnymi odczuciami emocjonalnymi. Przez okres kilku miesięcy mężczyzna nie opuszczał mieszkania rodziców, jednocześnie domagał się stałej obecności osób bliskich. Opis funkcjonowania rodziny w tym okresie przypomina nieco fazę życia rodziny z małymi dziećmi. W narracjach uwidacznia się dość jednoznacznie negatywna ocena uzyskiwanego wówczas wsparcia dostarczanego przez rodziców i dalszych członków rodziny, które było nadmierne, nie mobilizowało narratora do podjęcia procesu rehabilitacji, wzmacniało poczucie zależności i niemocy, co prowadziło do stanów depresyjnych. Z obszernych fragmentów wypowiedzi wyłania się obraz typowego dnia z tego okresu, który sprowadzał się jedynie do podejmowania przez mężczyznę najprostszych czynności, których poszczególne etapy były nadzorowane lub częściowo wykonywane przez matkę (np. przekładanie przycięto-

wanej kanapki bezpośrednio do dłoni syna i odkładanie na talerz po odgryzieniu przez niego kęsa). Badany biernie poddawał się takim formom opieki, po pewnym czasie zaczął się ich nawet dopominać, uznając je za nieodłączny element egzystencji człowieka pozbawionego wzroku. Charakterystyczny dla tego okresu jest ponadnormatywnie wydłużony czas snu nocnego, liczne drzemki podejmowane w ciągu dnia, oddawanie się fantazjom związanym z fabułą znanych filmów science fiction. Mimo, iż **wsparcie** z tego okresu jawi się jako **źródło letargu**, to intencje rodziców są z dzisiejszej perspektywy oceniane przez badanego jako pozytywne.

Warto odnotować, iż badany nigdy nie korzystał z profesjonalnej pomocy psychologa czy psychoterapeuty. Wypowiedzi mężczyzny wskazują, że sytuacja ta uwarunkowana była wieloma czynnikami, wśród których najistotniejszymi były w jego ocenie: ograniczony dostęp do usług tyflopsychologicznych, silne poczucie niezależności osobistej, brak przekonania, co do efektywności terapii psychologicznej, wykorzystywanie pomocy nieformalnej.

„Nigdy nie proponowali mi pomocy psychologa czy psychoterapeuty. Nigdzie nie było takiej oferty, nawet jak poszedłem do Polskiego Związku Niewidomych, to takiej propozycji nie dostałem. Zresztą ja nie wierzę w psychologów. Wszystko zależy od ludzi. Ja mam pójść do kogoś, opowiadam mu o swoich sprawach i ktoś mi mówi, że czas upłynął, bo się godzina skończyła i do widzenia, do następnego razu, no nie, to nie dla mnie (...) Ja o tym wszystkim zacząłem rozmawiać, głównie z przyjaciółmi, z najlepszym kolegą, z moją nauczycielką orientacji i takie rozmowy to była taka jakaś forma terapii. To byli ludzie, którzy potrafili w jakiś sposób mnie ukierunkować, a nie wkładali mi do głowy, że tak dobrze, a tak niedobrze. Bo to trzeba umieć ukierunkować człowieka, a psycholog psychologowi jest nierówny. Przede wszystkim taki psycholog coś o tym niewidzeniu powinien wiedzieć. Psycholog, który nie ma do czynienia z osobami niewidomymi i nie wie, jak to jest, to może nie pomóc, bo samo wyrzucenie z siebie emocji, to nie pomoże, trzeba jeszcze wiedzieć, co taka osoba bez wzroku może realnie w życiu robić”.

Wypowiedzi badanego wskazują na posiadaną obecnie świadomość negatywnych konsekwencji braku właściwej pomocy emocjonalnej dla niego i poszczególnych członków rodziny. Widoczny jest także niedostatek rozwiązań systemowych – rodzice nie uzyskali żadnych informacji na temat właściwego sposobu opieki nad nowo ociemniałym dorosłym synem, podejmowane przez nich próby wspierania rewalidacji syna nie zawsze miały konstruktywny charakter, stosunkowo często dochodziło do sytuacji konfliktowych w rodzinie. Udzielane **wsparcie** stawało się **źródłem frustracji**.

„Moja mama bardzo chciała mi pomóc, prowadzić mnie czy coś, tylko że jak się wałnąłem w drzwi, jak mnie prowadziła, to wynikało to stąd, że nie wiedziała, jak to robić z osobą niewidomą (...) i ja się uderzyłem, bo się nie zmieściliśmy we dwoje. To miała do mnie pretensję, mówiła, że przecież powinienem czuć, że przez drzwi przechodzę, no a ja przecież nie czułem, więc też zaraz się na niej wyżywałem, wydzieralem, ona na mnie zła i to prowadziło do takiej spi-

rali po prostu... taki byłem przez to strasznie znerwicowany, nic mnie nie cieszyło, żeby gdzieś z kimś pójść, bo ja wiedziałem, co będzie. Wiedziałem, że gdzieś się uderzę, a nawet głupio mi będzie komuś uwagę zwrócić, bo on mi przecież robi przysługę, że ze mną idzie. I to wszystko pogłębiało mój taki stan depresyjny. Kiedy ze szpitala wyszedłem, jeszcze samodzielnie nie chodziłem, to też podobnie było, potrafiłem na swoją matkę nakrzyczeć, że mnie źle prowadzi. To było nie w porządku, bo przecież wiedziałem, że nikt jej nie nauczył, jak prowadzić osobę niewidomą i stara się, jak najlepiej potrafi. Nie powinienem, wiem o tym, ale wybuchalem, jak się potknąłem o krawężnik albo na schodach. Byłem znerwicowany, ciągle rozdrażniony, cały czas we mnie była złość i nigdzie nie mogłem tej energii oddać po prostu... Złość trzeba z siebie wyrzucić, a ja ją kumulowałem i w końcu dawałem jej upust wobec rodziny, kiedy chcieli mi pomóc, ale dość nieudolnie”.

Wyrażane przekonania i emocje oraz podejmowane zachowania wyraźnie dowodzą, iż rodzice (zwłaszcza matka) badanego nadal nie zaakceptowali faktu występowania dysfunkcji wzroku u syna, rozwinęli postawę nadmiernej opiekuńczości, nie w pełni respektują prawo swojego dorosłego dziecka do samostanowienia.

„Rodzice do tej pory chcą mi we wszystkim pomagać. Robić po prostu za mnie wszystko. Mama to by mnie najchętniej prowadziła za rączkę, jednocześnie mną rządziła i decydowała o wszystkim. To się chyba nigdy nie zmieni. To nie ich wina, powinna być jakaś pomoc też dla rodzin ludzi, którzy tracą wzrok”.

Punktem zwrotnym w procesie adaptacji do utraty wzroku była w przekonaniu badanego mężczyzny odmowa udzielenia pomocy przez jednego z jego najbliższych przyjaciół. Wydarzenie to opisuje on obszernie, w dość żartobliwym tonie oceniając negatywnie swoje zachowanie, które interpretuje obecnie w kategoriach przejawu postawy roszczeniowej. Asertywne zachowanie kolegi i towarzyszący mu komentarz wskazujący na możliwości samodzielnego wykonywania wielu działań przez osoby niewidome narrator z aktualnej perspektywy ocenia jako niezwykle pomocne, choć w tamtym okresie stało się ono bezpośrednim powodem okresowego zerwania znajomości. Odmowa pomocy okazała się silnym impulsem do podjęcia próby opanowania bezwzrokowych technik wykonywania czynności samoobsługowych. Każdy sukces w zakresie efektywnej i samodzielnej realizacji danego działania (m.in. zrobienie kanapki, posprzątanie po posiłku, samodzielna toaleta poranna) motywował go do dalszej aktywności. W tej fazie życia narrator wykazał się już gotowością do czynnego, pełnego zaangażowania włączenia się w proces rehabilitacji, a uzyskiwane od profesjonalistów i innych osób z niepełnosprawnością wzroku **wsparcie** stało się **źródłem odzyskania autonomii**. Silnym źródłem wsparcia, zarówno emocjonalnego, jak i informacyjnego, były kontakty z innymi osobami z problemami wzrokowymi, nawiązywane podczas turnusów rehabilitacyjnych i nieformalnych spotkań.

„Bardzo dużo dał mi wyjazd integracyjny, gdy starałem się o psa przewodnika. Poznałem wtedy fajnych ludzi niewidomych, całkowicie wyluzowanych, życiowych i studiowali i chodzili na imprezy, byli całkowicie normalni. Byli wśród nich oczywiście także ludzie zamknięci w sobie, ale też i bardzo otwarci, ekspresyjni i weseli. Poznałem taką fajną grupę i przestałem się wstydzić tego, że ja nie widzę”.

„Kontakty z innymi niewidomymi są ważne, czerpiemy z nich wiedzę, są listy dyskusyjne, warto mieć znajomych wśród niewidomych np. gdy coś się dzieje ze sprzętem, jakiś ma się problem z komputerem czy coś, zresztą cokolwiek, żeby zasięgnąć informacji, dowiedzieć się, co nowego w środowisku, jakie są możliwości, jak się rozwijać, jakie są nowinki technologiczne, rehabilitacyjne, szkolenia, dofinansowania i tym podobne sprawy”.

W narracjach mężczyzna ocenia, że do stosunkowo szybkiego odzyskania poczucia samostanowienia przyczynił się w jego przypadku przede wszystkim profesjonalnie poprowadzony trening orientacji przestrzennej i samodzielnej, bezpiecznej lokomocji. Stopniowo, z pełnym uwzględnieniem oporów psychicznych towarzyszących początkowym etapom zajęć, tyflopedagożka wyposażała badanego w wiedzę i umiejętności praktyczne niezbędne do pokonania ograniczeń wynikających z niewidzenia. Równolegle z nabywaniem umiejętności poruszania się z białą laską badany podjął aktywność w dwóch innych obszarach funkcjonowania: uczestniczył w indywidualnie prowadzonym szkoleniu dotyczącym obsługi komputera z syntezą mowy oraz wypracowywał – bazując głównie na własnej kreatywności – alternatywne sposoby wykonywania czynności dnia powszedniego np. przygotowanie posiłków, sprzątanie mieszkania, prasowanie itp. Coraz wyższy stopień zrehabilitowania sprzyjał rozszerzeniu kręgu kontaktów towarzyskich, realizacji aktywności pozwalających na twórcze i atrakcyjne spędzanie wolnego czasu (taniec, sport), podjęciu nowego zatrudnienia.

„Zacząłem uprawiać sport. To było dla mnie takie przekraczanie kolejnych granic. Na początku było mi ciężko biegać, tak się zgrać, poza tym kondycji nie miałem. Powoli te umiejętności narażały i czułem bardzo dużą satysfakcję. Na początku przebiegłem 2 km, później 5, 10 i tak... 20 km i wtedy byłem już naprawdę szczęśliwy, taki zastrzyk endorfin. To też bardzo wzmocniło moją samoocenę, a co za tym idzie, nie bałem się podejmowania samodzielnych decyzji, takie stanowienie o sobie i pokonywanie przeszkód. Sport mi pomógł, bo sport wyrabia hart ducha i ambicję. W tej całej rehabilitacji sport mi pomógł, bo rozwijał u mnie taką umiejętność stawiania sobie celu i dążenia do niego, to się przekładało na inne rzeczy np. gdy 2,5 roku temu zobaczyłem iPhone'a w ręku niewidomego kolegi, to powiedziałem, że ja w życiu tego nie opanuję, a jednak go kupiłem i opanowałem go w pół miesiąca. Jeszcze nie wszystko umiem, ale powoli podnoszę sobie kolejne poprzeczki”.

Narracje badanego jednoznacznie wskazują, że wzrost motywacji do przejawiania kolejnych inicjatyw i podejmowania wyzwań nastąpił wraz z założeniem rodziny i podjęciem nowych funkcji społecznych. Wśród 8 konkretnych, znaczących epizodów życiowych, o których wskazanie jest proszona osoba udzie-

lająca wywiadu zgodnie z koncepcją Dana McAdamsa, znalazły się u narratora narodziny syna, które zostały ocenione jako najlepszy moment w życiu, doświadczenie szczytowe wyzwalające uczucie szczęścia, uniesienia i bycia potrzebnym. Rozpatrując zgromadzone narracje pod kątem subiektywnego rozumienia wsparcia, warto zwrócić uwagę na tę ostatnią kwestię. Opisuując swój sposób realizacji roli ojca, mężczyzna podkreśla, że w trakcie czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych podejmowanych wobec syna doświadczał silnego poczucia bycia dawcą pomocy, opieki i troski. Znaczne natężenie tych pozytywnych i wzmacniających samoocenę odczuć badany łączy bezpośrednio z wcześniejszymi, licznymi doświadczeniami, w których przede wszystkim występował w roli odbiorcy pomocy, dość często świadczonej w sposób mało podmiotowy. Udzielanie **wsparcia** rozumiane **jako bycie podporą** dla członków swojej rodziny wzmocniło u narratora poczucie własnej wartości, wpływu, sprawczości i odpowiedzialności za innych.

Zakończenie

Narrator uznał nagłą utratę wzroku za punkt zwrotny w swoim planie biograficznym. Dzięki aktywnemu wykorzystaniu zasobów osobowych, do których zaliczył typ temperamentu, odporność psychiczną i wysokie zdolności adaptacyjne, oraz wsparciu społecznemu udzielonemu zarówno przez profesjonalistów, jak i osoby znaczące, badany w sposób konstruktywny pokonał ograniczenia wynikające z uszkodzenia wzroku. Obecnie swoją egzystencję ocenia jako bardziej wartościową niż przed ociemnieniem. Uważa, że doświadczenie nabycia niepełnosprawności wzbogaciło go duchowo, pogłębiło refleksyjność, pozwoliło uzyskać większą wewnętrzną harmonię oraz bardziej świadomą kontrolę nad emocjami i zachowaniami.

Paleta znaczeń przypisywanych przez narratora wsparciu jest niezwykle bogata. Wypowiedzi badanego wskazują na to, że wsparcie może odegrać w procesie adaptacji do pourazowego ociemnienia zarówno rolę negatywną (jako źródło upokorzenia, frustracji, swoistego letargu), jak i pozytywną (jako źródło odzyskania autonomii, możliwość bycia podporą dla bliskich). Badany w toku radzenia sobie z trudnościami przejawiał otwartość na przyjmowanie wsparcia, wyjątek stanowiła pomoc psychologiczna. Stosunkowo wysoka gotowość do odbioru pomocy i w późniejszym okresie aktywnego jej poszukiwania nie uchroniła go przed negatywnymi skutkami niewłaściwie prowadzonych oddziaływań pomocowych. Obszerny w opowieści narratora wątek nadopiekuńczości rodziców koresponduje z wynikami badań prowadzonych w strategii ilościowej [m.in. Cimaroli i in. 2013], które dowodzą, że przyjmowanie postawy nadmiernie chroniącej

wobec dorosłej osoby z nabytym niewidzeniem przez jej bliskich opóźnia proces przystosowania do niepełnosprawności, zarówno na płaszczyźnie emocjonalnej, jak i funkcjonalnej. Jednocześnie wątek ten otwiera przestrzeń do kolejnych eksploracji w nurcie badań narracyjnych ukierunkowanych na poznanie subiektywnej perspektywy członków rodzin osób, które w dorosłości nieoczekiwanie tracą wzrok. Narracje badanego wskazują bowiem, że wsparcie emocjonalne i instrumentalne dla jego rodziny stanowiło zdecydowanie zaniedbany obszar w systemie rehabilitacji.

W opowieści badany prezentuje siebie głównie jako biorcę pomocy i dzieli się swoimi refleksjami na temat roli, charakteru i następstw wsparcia spostrzeganych głównie retrospektywnie. Jedynym epizodem, w ramach którego narrator podejmuje rolę osoby wspierającej, jest założenie rodziny i wiążące się z tym przyjęcie funkcji rodzicielskiej. Pozytywna interpretacja tej sytuacji dokonywana przez narratora znajduje swoje potwierdzenie także w literaturze przedmiotu. W analizie psychospołecznych aspektów adaptacji do utraty sprawności podjęcie ról rodzinnych uznawane jest za czynnik pomocny w procesie akceptowania ograniczeń wynikających z uszkodzenia organizmu, przywracający poczucie sensu życia i uczucie bycia potrzebnym [Stelter 2010]. Narrator skłoniony podczas wywiadu do namysłu nad potencjalnie pozytywną kontynuacją swojej ścieżki biograficznej stwierdził, że jest gotowy wspierać inne osoby z niepełnosprawnością podziеляjące jego doświadczenia nagłego wystąpienia dysfunkcji i podjąć w tym celu aktywne działania w organizacji pozarządowej, ponieważ *„właściwa pomoc we właściwym czasie to podstawa poradzenia sobie z trudnościami. Wiem to, bo tego doświadczyłem”*.

Bibliografia

- Belzyt J. (2012), *Niepełnosprawność – Edukacja – Dorosłość. Studium przypadku osoby ociemniałej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Budziszewska M. (2013), *Wywiad biograficzny Dana McAdamsa – adaptacja polska i niektóre możliwości interpretacyjne*, „Przegląd Psychologiczny”, nr 3, s. 347–362.
- Cimarolli V.R., Boerner K., Reinhardt J.P., Horowitz A. (2013), *Perceived overprotection, instrumental support and rehabilitation use in elders with vision loss: A longitudinal perspective*, „Psychology & Health”, vol. 28, no. 4, s. 369–383.
- Czerwińska K. (2016), *Funkcjonowanie osoby stopniowo tracącej wzrok w przestrzeni edukacyjno-rehabilitacyjnej*, „Forum Pedagogiczne”, nr 1, s. 167–180.
- Czerwińska-Jasiewicz M. (2015), *Psychologia rozwoju młodzieży w kontekście biegu ludzkiego życia*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Dryll E. (2014), *Narracje rodzinne [w:] Psychologia rodziny*, I. Janicka, H. Liberska (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Gajda J. (2016), *Walory studium przypadku i autobiografii. Refleksje z własnych doświadczeń i z lektury nieobojętnych tekstów*, „Ruch Pedagogiczny”, nr 1, s. 93–107.
- Kacperczyk A. (2006), *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Kijak R.J. (2012), *Dorosłość i starość osób niepełnosprawnych – wprowadzenie* [w:] *Niepełnosprawność – w zwierciadle dorosłości*, R.J. Kijak (red.), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Kováčová B. (2012), *Potrzeby i jakość życia niepełnosprawnego człowieka* [w:] *Wokół problemów jakości życia współczesnego człowieka*, J. Daszykowska, M. Rewera (red.), Wydawnictwo Petrus, Kraków.
- Krause A. (2010), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Lawrence V., Murray J., Ffytche D., Banerjee S. (2009), „Out of sight, out of mind”: a qualitative study of visual impairment and dementia from three perspectives, „International Psychogeriatric”, vol. 3(21), s. 511–518.
- Lelonek B., Kamusińska E. (2011), *Analiza dostępnego wsparcia społecznego u pacjentów oddziału chirurgicznego*, „Studia Medyczne”, nr 23(3), s. 35–42.
- Lewicka A. (2006), *Niezależność osób niewidomych, czyli rzeczywistość - oczekiwania - utrudnienia* [w:] *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne*, Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska (red.), Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Livneh H., Martz E. (2005), *Psychosocial adaptation to spinal cord injury: A dimensional perspective*, „Psychological Reports”, vol. 2(97), s. 577–586.
- Marszałek L. (2009), *Systemy wsparcia społecznego w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, „Seminare”, nr 26, s. 201–213.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010), *Osobowość, stres a zdrowie*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Ogińska-Bulik N. (2013), *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Popivker L., Wang S., Boerner K. (2010), *Eyes on the prize: life goals in the context of visual disability in midlife*, „Clinical Rehabilitation”, vol. 24, s. 1127–1135.
- Rosner K. (2006), *Narracja, tożsamość i czas*, Wydawnictwo „Universitas”, Kraków.
- Rzedzicka K.D., Kobyłańska A. (red.). (2003), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Schwarzer R., Knoll N. (2007), *Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview*, „International Journal of Psychology”, vol. 42(4), s. 243–252.
- Sęk H., Cieślak R. (2006), *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne* [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, H. Sęk, R. Cieślak (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sokołowska-Kasperik A. (2015), *Blaski i cienie życia dorosłej osoby ociemniałej w kontekście przystosowania się do niepełnosprawności. Studium przypadku*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, vol. 10, s. 155–180.
- Stelter Ż. (2010), *Cierpienie a utrata sprawności* [w:] *Choroba, niepełnosprawność, cierpienie oraz postawy wobec nich – w teorii i badaniach*, E. Zasępa (red.), Wydawnictwo APS, Warszawa.

- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2004), *Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence*, „Psychological Inquiry”, no. 15, s. 1–8.
- Wehmeyer M.L. (2014), *Self-determination, positive psychology, and disability*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”, nr 4(26), s. 7–17.
- Yin R.K. (2015), *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie i metody*, Wydawnictwo UJ, Kraków.