

POZNAĆ ABY POMÓC

Paweł Kurtek



Diagnoza środowiska społecznego
dzieci i młodzieży
z Niepełnosprawnością Intelektualną

Paweł Kurtek

POZNAĆ, ABY POMÓC

**Diagnoza środowiska społecznego
dzieci i młodzieży
z Niepełnosprawnością Intelektualną**



Wydawnictwo
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego
Piotrków Trybunalski 2022

Recenzent

dr hab. Beata Mirucka, prof. KUL

Copyright © by Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego
w Kielcach, Piotrków Trybunalski 2022

ISBN 978-83-7133-997-4

DOI 10.25951/4873

Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Filia w Piotrkowie Trybunalskim

ul. J. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski

tel. 44 732 74 00 w. 8171, 8172

e-mail: wydawnictwopt@ujk.edu.pl

Dystrybucja: ksiegarnia@unipt.pl

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	5
I. WSPÓŁCZESNA WIZJA REHABILITACJI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ	7
1.1. Zmiana paradygmatu: od indywidualnego do społecznego	7
1.2. Osoba z Niepełnosprawnością Intelektualną w ekosystemie	13
II. DIAGNOZA ŚRODOWISKA SPOŁECZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ.....	25
2.1. Postulaty diagnozy psychologicznej.....	25
2.1.1. Cel badania – ewolucja od diagnozy nozologicznej po rozwojową	26
2.1.2. Podmiot badany – w kierunku badania specyficznych grup i specyficznych jednostek.....	28
2.1.3. Przedmiot badania – od koncentracji na deficytach intelektualnych do poszukiwania zasobów osobowych.....	30
2.1.4. Drogi (metody) dostępu – techniki docierania do przedmiotu badań	30
2.2. Poznawanie ekosystemu dzieci i młodzieży z Niepełnosprawnością Intelektualną.....	32
2.2.1. Diagnoza środowiska rodzinnego.....	33
2.2.1.1. Diagnoza sytuacji psychologicznej rodziców dziecka z Niepełnosprawnością Intelektualną.....	33

2.2.1.2. Diagnoza relacji między rodzicami a dziećmi z Niepełnosprawnością Intelktualną.....	55
2.2.1.3. Poznawanie więzi małżeńskiej rodziców dziecka z Niepełnosprawnością Intelktualną.....	66
2.2.1.4. Poznawanie sytuacji psychologicznej rodzeństwa oraz roli starszego pokolenia	72
2.2.1.5. Globalna diagnoza systemu – rodziny z dzieckiem z Niepełnosprawnością Intelktualną.....	78
2.2.2. Diagnoza społecznego środowiska szkolnego Uczniów z Niepełnosprawnością Intelktualną	83
2.2.3. Diagnoza postaw społecznych wobec osób z Niepełnosprawnością Intelktualną – jako kluczowego elementu Egzosytemu	94
2.2.3.1. Wybrane narzędzia do pomiaru postaw wobec osób z niepełnosprawnością oparte na technice samoopisu	96
2.2.3.2. Wybrane narzędzia do pomiaru postaw wobec osób z niepełnosprawnością oparte na testach	105
ZAKOŃCZENIE.....	109
BIBLIOGRAFIA.....	113
ANEKS.....	131

WSTĘP

Poznać, aby pomóc – taka myśl przyświeca tej publikacji. Tym samym wartość diagnozy określona zostaje przez jej użyteczność, ale także zasadność działań pomocowych oparta zostaje na rzetelnej i trafnej diagnozie. W praktyce zbyt często diagnoza psychologiczna sprowadza się do opisu, który nie przekłada się na działania rehabilitacyjne, ale również stosowane formy interwencji nie są należycie monitorowane i oceniane. Synchronizacja diagnozy, interwencji i ponownej diagnozy stanowi postulat tego opracowania.

Psychologia osób niepełnosprawnych intelektualnie (NI) rozwijana w ramach modelu społecznego uwzględnia różne perspektywy rozwoju tych osób. Nie pomijając znaczenia czynnika organizmalnego, akcentuje się kontekst społecznych doświadczeń jednostki jako moderatora dalszego rozwoju. Dlatego diagnoza różnych aspektów dopasowania systemu społecznego do odmiennego wzorca rozwojowego jednostki z NI stanowi centralny problem rehabilitacyjny. W tej publikacji skoncentrowano się funkcjonowaniu rodziny i szkoły jako podstawowych środowisk rozwoju dziecka i ucznia. Środowiska te wpływają na wychowanie i edukację dziecka, ale także same podlegają różnym zakłóceniom wynikającym z nietypowego wzorca jego rozwoju. Dlatego troska zarówno o dorastające dziecko jak i jego otoczenie skłania do eksploracji różnych aspektów jakości życia rodzinnego i szkolnego.

Praca ta opiera się na schemacie porządkującym: od teoretycznego opisu do praktycznej diagnozy zjawiska. W pierwszej części zaprezentowano ekosystemową perspektywę rozumienia funkcjonowania dzieci i młodzieży z Niepełnosprawnością Intelektualną (NI). Uzasadnia ona konieczność dia-

gnozy przestrzeni życia społecznego, a w szczególności rodziny i szkoły jako grup znaczących. Dlatego w części drugiej, po eksploracji zasadniczych postulatów diagnozy psychologicznej (opartej na dowodach naukowych), zaprezentowano charakterystykę szczegółowych problemów w obszarze tych środowisk. Najpierw wskazano na kluczowe zagadnienia adaptacji rodzica do niepełnosprawności intelektualnej dziecka. Następnie przeprowadzono analizy funkcjonowania całego systemu rodzinnego oraz jego poszczególnych podsystemów (rodzicielskiego, małżeńskiego). Uwzględniono także sytuację psychologiczną rodzeństwa i rolę starszego pokolenia w tej rodzinie. Do wskazanych w poszczególnych obszarach problemów dopasowano techniki i narzędzia badawcze. Następnie uwagę poświęcono mikrośrodowisku szkolnemu, a w szczególności relacjom z rówieśnikami i nauczycielem. Poznaniu pozytywnych i negatywnych doświadczeń społecznych ucznia, ale także jego funkcjonowaniu w obszarze tych relacji, mogą służyć zaprezentowane tu narzędzia pomiaru. Prace wieńczy koncentracja na pomiarze postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych, jako kluczowym wskaźniku egzosystemu. W tym celu zaproponowano narzędzia do pomiaru postaw jawnych (oparte na samoopisie) i ukrytych (oparte na testach).

Aby wspierać dziecko z niepełnosprawnością, ale także jego bliskich w rodzinie oraz partnerów życia szkolnego (rówieśników i nauczycieli) należy wydobyć kluczowe problemy tych środowisk oraz drogi dotarcia do nich. Zapraszam zatem do wspólnej podróży w odkrywaniu tych światów.

I. WSPÓŁCZESNA WIZJA REHABILITACJI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ INTELEKTUALNIE

1.1. Zmiana paradygmatu: od indywidualnego do społecznego

Każdy człowiek jest pod pewnym względem a) jak wszyscy inni, b) jak niektórzy inni ludzie, c) jak nikt poza nim (Murray, Kluckhohn, 1948, 85). Refleksja ta skłania do wielowymiarowego rozumienia także człowieka niepełnosprawnego i jego otoczenia oraz uzasadnia poszukiwanie zarówno uniwersalnych, jak i specyficznych mechanizmów zachowania i rozwoju. Jednak historia psychologii osób z NI (NI) wskazuje na akcentowanie czynnika różnicującego te grupę społeczną. Wprowadzenie na początku XX wieku możliwości pomiaru ilorazu inteligencji rozpoczęło erę systemowego podziału i odróżniania osób pełnosprawnych od niepełnosprawnych intelektualnie. Wskaźniki liczbowe oddzieliły świat normy od świata upośledzenia. Choć zaowocowało to skuteczniejszą edukacją uczniów o obniżonych zdolnościach poznawczych, to jednocześnie utrwaliło segregacyjny model funkcjonowania społeczeństwa. Opierał się on na indywidualnym modelu niepełnosprawności, który zakłada, że: niepełnosprawność jest tragedią osobistą, powodująca niedostosowanie społeczne a człowiek nią dotknięty wymaga specjalistycznej interwencji personelu rehabilitacyjnego, na którym spoczywa odpowiedzialność za postępy i osiągnięcia rozwojowe pacjenta (Kirenko, 2007). Dzięki wypracowaniu społecznego modelu rehabilitacji, uwolniono się od fiksacji na wspomaganiu wyłącznie jednostki z niepełnosprawnością. Mo-

del ten bowiem zakłada, że niepełnosprawność jest przede wszystkim problemem otoczenia społecznego, gdyż osoba niepełnosprawna napotyka różne bariery w realizacji swojego potencjału. Rehabilitacja w tym podejściu koncentruje się nie tyle na zmianach „w niepełnosprawnej osobie”, co „w organizacji w życia społecznego” (rodzinnego, szkolnego, zawodowego) i dopasowaniu jej do specyficznych potrzeb i możliwości wspomnianej osoby.

Zgodnie z indywidualnym modelem (propagującym politykę segregacji), funkcjonowanie osób niepełnosprawnych intelektualnie wyjaśnia się głównie w oparciu o specyficzny aparat poznawczy, często z wyłączeniem uniwersalnych mechanizmów rozwoju. Społeczny wizerunek osób z NI, oparty na stereotypie „Innego” uruchamia wiele niekorzystnych mechanizmów społecznego poznania, afektu i interakcji tzn.: interpretowania wszelkich zachowań w kategoriach dziwaczności, nieprzewidywalności (tym samym wyłączenia naturalnych, powszechnych czynników wyjaśniających ludzkie zachowanie takie jak system motywacji, potrzeb czy cech osobowości), poczucie lęku, bezradności i obcości względem nich, wyłączenie mechanizmu empatii poznawczej i emocjonalnej, co z kolei prowadzi do godzenia się na specyficzne (gorsze) traktowanie ich, blokowanie skłonności altruistycznej oraz brak gotowości do skutecznej komunikacji (por. Jarymowicz, 1983). Dopiero dzięki modelowi społecznemu, propagującemu politykę integracji, dostrzeżono stygmatyzujący, i tym samym upośledzający charakter negatywnych doświadczeń społecznych, zaburzających sferę osobowościową (np. w postaci nieadekwatnej samooceny, zewnętrznego umiejscowienia kontroli, nastawienia na niepowodzenia) a tym samym hamujących aktualizację możliwości intelektualnych (Kościelska, 1998). Stworzenie okazji do doświadczania własnej sprawczości, podmiotowości, poczucia własnej wartości czy autonomii w istotny sposób umacnia strukturę „ja”, pomimo oczywistego wpływu czynnika poznawczego (szczególnie na poziom zróżnicowania tej struktury). Wskutek czego obserwuje się współcześnie (być może zgodnie z heglowskim modelem rozwoju nauki) przeciwne – optymistyczne, pozytywne ujęcie, akcentujące społeczny, a więc modyfikowalny kontekst upośledzenia. Przeciwnicy teorii „defektów i różnic” proponują teorię „zasobów i podobieństw”.

Zmiany te zaowocowały zastosowaniem systemowo-ekologicznego modelu do opisu i wyjaśniania funkcjonowania osób z NI (Kościelska, 1998; Ziggler, 1999; Luckasson i inni, 2002; Otrębski, 2007; Schlalock, Lucasson, Shogren, 2007; Pilecka, 2009; Schlalock i inni, 2010; Głodkowska, 2012). Akcentuje on holistyczne, indywidualne, dynamiczne, interakcyjne uwarunkowania rozwoju jednostki niepełnosprawnej intelektualnie. Holistyczność oznacza, iż wszystkie sfery rozwoju są wzajemnie zależne i mają udział w formujących się systemach funkcjonalnych. Indywidualność skłania do poszukiwania unikatowego wzorca rozwojowego każdej jednostki. Dynamiczność wskazuje na aktywność jednostki ukierunkowaną na adaptację psychospołeczną. Natomiast interakcyjność zakłada istotny udział społecznej wymiany w aktualizowaniu potencjalności jednostki i formowaniu wzorców specyficznej adaptacji do otoczenia. Owocem tego ujęcia są nowe tendencje w terminologii, diagnozie, koncepcjach rehabilitacji i integracji społecznej tej grupy społecznej. Badania w zakresie społecznego spostrzegania potwierdzają istotne znaczenie nazewnictwa w formowaniu stereotypów różnych grup społecznych. Etykiety stosowane do opisu funkcjonowania jednostek z NI nie tylko odzwierciedlają, ale także kreują określone nastawienia społeczne, pośredniczące w formowaniu ich osobowości. Stąd główne amerykańskie gremium naukowe, wyznaczające aktualne podejście do tego zaburzenia zyskało nowe miano *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities-AAIDD* (z *American Association on Mental Retardation*)¹, a nawet w klasyfikacji ICD-11 termin „niepełnosprawność intelektualna” zostaje zastąpiony terminem „zaburzenia rozwoju intelektualnego” (*Disorders of Intellectual Development*). Przedstawiciele tego stowarzyszenia wskazują na konieczność stosowania terminów nie poniżających i nie blokujących możliwości rozwoju indywidualnego. Termin *osoba z NI* lub *osoba z zaburzeniem rozwoju intelektualnego*, wydają się z tych powodów trafny. Sugeruje on dynamiczność funkcji intelektualnych i uwzględnia obszary potencjalności obok ograniczeń rozwojowych. Dlatego w diagnozie należy akcentować aktu-

¹ Z rezygnowano zatem w nazwie Stowarzyszenia z pojęcia „umysłowe opóźnienie” na „intelektualną i rozwojową niepełnosprawność” (tłum. autora).

alną wydolność poznawczą (nie przesądzając przyszłego stanu) i wskazywać na potencjalne obszary uzdolnień oraz możliwości, nie ograniczając się do opisu zaburzeń. W diagnozie ukierunkowanej na rehabilitację nie chodzi bowiem o sprecyzowanie ilościowego wskaźnika IQ jednostki, ale wydobyć indywidualnych i społecznych zasobów umożliwiających sprostanie życiowym wyzwaniom (oczywiście nie pomijając roli czynnika intelektualnego dla rozwoju innych sfer psychicznych, np. mechanizmów wglądu, kontroli i ekspresji emocjonalnej, czy internalizacji społecznych standardów zachowania i rozumienia zróżnicowanych kodów w procesie komunikacji i adaptacji społecznej). Z tego powodu niektórzy badacze utrzymują zasadność pojęcia: *osoba niepełnosprawna umysłowo*, wskazując na regulacyjną rolę intelektu w ogólnym rozwoju osobowym (w tym: społecznym i emocjonalnym) (Kowalik, 2018). Z drugiej jednak strony można wskazać na autonomiczność różnych obszarów psychologicznych względem siebie np. heterogeniczność słuchu muzycznego, zdolności plastycznych czy pamięciowych, a także heterochroniczność profili sprawności intelektualnych u osób z NI. Wydaje się, iż poziom penetracji rozwoju psychicznego przez czynnik intelektualny jest zróżnicowany i wymaga szczegółowych badań.

Interakcyjne ujęcie diagnozy osób z NI, akcentuje pięć wymiarów funkcjonalnych: zdolności intelektualne, zachowania przystosowawcze, stan zdrowia (fizycznego i psychicznego), poziom uczestnictwa w życiu społeczności (w tym realizacji ról społecznych) oraz środowiskowo-kulturowy kontekst zachowań jednostki. Zgodnie z ustaleniami *AAIDD* niepełnosprawność intelektualna definiowana jest jako istotne ograniczenie zarówno w zakresie funkcjonowania intelektualnego, jak i zachowania przystosowawczego przejawiającego się w poznawczych, społecznych i praktycznych umiejętnościach adaptacyjnych. Zaburzenie ujawnia się w okresie rozwojowym tj. przed 18 rokiem życia a proces diagnostyczny wymaga spełnienia następujących postulatów:

- ograniczenia w funkcjonowaniu muszą być rozpatrywane w kontekście środowisk rozwoju (rodzinnego, szkolnego, kulturowego);
- rzetelność pomiaru wymaga uwzględnienia zarówno różnic kulturowych, językowych jak i indywidualnych różnic w komunikowaniu się, percepcji, motoryce i zachowaniu;

- z indywidualnymi ograniczeniami współlistnieją silne strony funkcjonowania osoby;
- diagnoza ograniczeń powinna służyć skonstruowaniu indywidualnego profilu wsparcia;
- odpowiednie wsparcie, udzielone we właściwym czasie poprawia funkcjonowanie osoby z NI (Schlallock i inni, 2010).

Koncepcja wsparcia oparta jest na prostej idei: *„Daj osobie z niepełnosprawnością intelektualną stosowne wsparcie a poprawisz jej funkcjonowanie w społeczeństwie”*. Wsparcie to zasoby lub strategie które wspierają rozwój, edukację, zainteresowania i dobrostan psychiczny jednostki. Wsparciem mogą być różne technologie (np. *kalkulator, organizator*) a także osoby (np. *Asystent, Pedagog specjalny, Pracownik socjalny, Duchowny*) ułatwiające realizację zadań rozwojowych.

Diagnoza ma zatem tylko wówczas wartość, jeśli ukierunkowana jest na przystosowanie psychospołeczne jednostki. Zgodnie ze współczesnym – społecznym modelem rehabilitacji, jakość udzielonego wsparcia decyduje o poziomie dopasowania jednostki do środowiska. Zarówno podmiot jak i otoczenie są aktywnymi uczestnikami tego procesu. Diagnoza nie powinna zatem być czynnikiem wykluczenia, a tak się dzieje, gdy ogranicza się do wskazania obniżonego ilorazu inteligencji, popartego negatywnym przesłaniem o funkcjonowaniu intelektualnym i społecznym jednostki. Dlatego zmiana perspektywy z negatywnej na zróżnicowaną wydaje się w pełni uzasadniona. Analiza niepełnosprawności intelektualnej wyłącznie w pesymistycznych, pejoratywnych terminach tworzy fałszywe wrażenie, iż zdolności do uczenia się są bardzo małe, wskutek czego działania edukacyjne skazane są w większości na niepowodzenie. Brak konstruktywnych strategii rehabilitacyjnych przyczynia się do wypalenia zawodowego (Sekułowicz, 2002; Chrzanowska, 2004; Kurtek, 2010) i rodzicielskiego (Pisula, 1992, 2007). Okazuje się jednak, iż oparte na funkcjonalnej diagnozie działania edukacyjno-rehabilitacyjne znacząco poprawiają funkcjonowanie poznawcze i redukują nasilenie problemów przystosowawczych. Poczynając od lat 60. badania wykazują, iż nawet dzieci z głębszymi postaciami niepełnosprawności intelektualnej wykazują zdolności w zakresie podstawowych procesów ucze-

nia się, szczególnie gdy edukacja miała charakter intensywny i uwzględniała najbliższą sferę rozwoju (Detterman, Gabriel i Ruthsatz, 2000; Dever i Knapczyk, 1997; Ramey i Ramey, 2006). Kształcenie ucznia niepełnosprawnego powinna uwzględniać wiek umysłowy, bowiem zarówno przyspieszanie jak i opóźnianie internalizacji zadań rozwojowych ma negatywne skutki. Koncepcja „praktykowania życia” i podejmowania wyzwań rozwojowych tzw. zadań „jutra” w ujęciu L. Wygotsky’ego (za: Kurtek, 2009) stwarza szansę na uwewnętrznienie czynności. Dlatego uczniowie z lekką NI mogą osiągać znacznie więcej i wiele z nich efektywnie funkcjonuje w systemie szkolnictwa integrującego, o ile *tutoring* uwzględnia potencjalny poziom ich rozwoju. Podstawą idei integracyjnej jest zatem koncentracja na zasobach a nie tylko ograniczeniach. Jak wskazuje D. Sousa (2007) należy poszukiwać zasobów i zdolności, a nie koncentrować się na manifestowanych ograniczeniach spowodowanych przez niepełnosprawność. Możliwości wymagają bowiem „wydobycia”, zaktualizowania, zaś słabości ujawniają się same. Inspiracją do poszukiwania indywidualnych zasobów ucznia z niepełnosprawnością mogą stanowić szczegółowo opisywane zdolności w ramach koncepcji Inteligencji Wielorakich H. Gardnera (2009), a także podejścia neopiagetowskie, integrujące wymiar poznawczy z emocjonalno-motywacyjnym (Wadsworth, 1998; Gruszczyk-Kolczyńska, 2009; Głodkowska, 2012). Efektywność działań rehabilitacyjnych opiera się zatem na diagnozie potencjalnych możliwości w przeciwnym razie, dochodzi do negatywnych sprzężeń zwrotnych w obrębie procesów intrapsychicznych i relacji społecznych (Kościelska, 1995). Diagnoza skoncentrowana na deficytach ukierunkowuje proces spostrzegania społecznego, formując negatywny obraz dziecka. To naraża je na doświadczenia niedopasowania społecznego i poczucie niskiej wartości. Ujawniające się zaburzenia w funkcjonowaniu dziecka przyczyniają się do generalizacji nastawień społecznych w formie usztywnienia negatywnego wizerunku i niekorzystnych postaw społecznych. Doświadczenia izolacji, odrzucenia lub nieadekwatnych wymagań udaremniają tendencje rozwojowe, utrwalając upośledzone funkcjonowanie niepełnosprawnej intelektualnie jednostki (Kościelska, 1995). Natomiast wydobycie i wzmacnianie zasobów rozwojowych ułatwia akceptację społeczną i generuje doświadczenie

dopasowania jednostki do otoczenia. Ciekawość świata i nadzieja wypiera wówczas lęk i bezradność (Głodkowska, 2012). Odbudowanie koncepcji dziecka niepełnosprawnego jako zdolnego do rozwoju przewyższa koncepcje opieki i charytatywności na rzecz działań edukacyjnych, socjalizacyjnych i terapeutycznych (w tym także psychoterapeutycznych). Owocem zastosowania psychologii pozytywnej w odniesieniu do osób z NI jest poszukiwanie obszarów szczęścia, satysfakcji, wydolności i możliwości w badaniach naukowych (Carvey, Helman, za: Głodkowska, 2012). Blokady rozwojowe mogą mieć naturę psychologiczną, dlatego psychoterapia staje się elementem rehabilitacji służącym odblokowaniu rozwoju (Kościelska, 1998). Tak więc, statyczna koncepcja niepełnosprawności jako stanu, niepodatnego na oddziaływania edukacyjno-terapeutyczne przechodzi do przeszłości. Zastępuje ją ujęcie dynamiczne, akcentujące istotne znacznie czynników natury psychologicznej i społecznej w rozwoju jednostki. Zaktywizowanie indywidualnych potencjalności, poparte wykorzystaniem stosownego wsparcia przyczynić się może do rozwoju jednostki oraz społecznej inkluzji, wartościowej dla wszystkich partnerów życia społecznego (Głodkowska, 2012). Wiele dzieci i dorosłych pomimo tego zaburzenia „ujawnia wytrwałość w uczeniu i prawidłowo komunikuje się z innymi, a nawet ma na nich pozytywny wpływ” (Howard, 2003, 209). Istotnym czynnikiem integracji jest bowiem poczucie atrakcyjności pomimo niepełnosprawności, posiadania dyspozycji, kompetencji wartościowych w danej niszy społecznej. Jeśli nawet przewyżczenie proporcji między byciem dawcą a biorcą w relacjach społecznych nie zawsze jest możliwe, to zmniejszenie dysproporcji w tym zakresie stanowi kluczowe wyzwanie w rehabilitacji.

1.2. Osoba z Niepełnosprawnością Intelektualną w ekosystemie

Zgodnie ze społecznym modelem niepełnosprawności kluczowe znaczenie dla funkcjonowania jednostki ma system społeczny. Poszukiwanie optymalnych sposobów diagnozowanie tego systemu wymaga poprzedzającej refleksji teoretycznej.

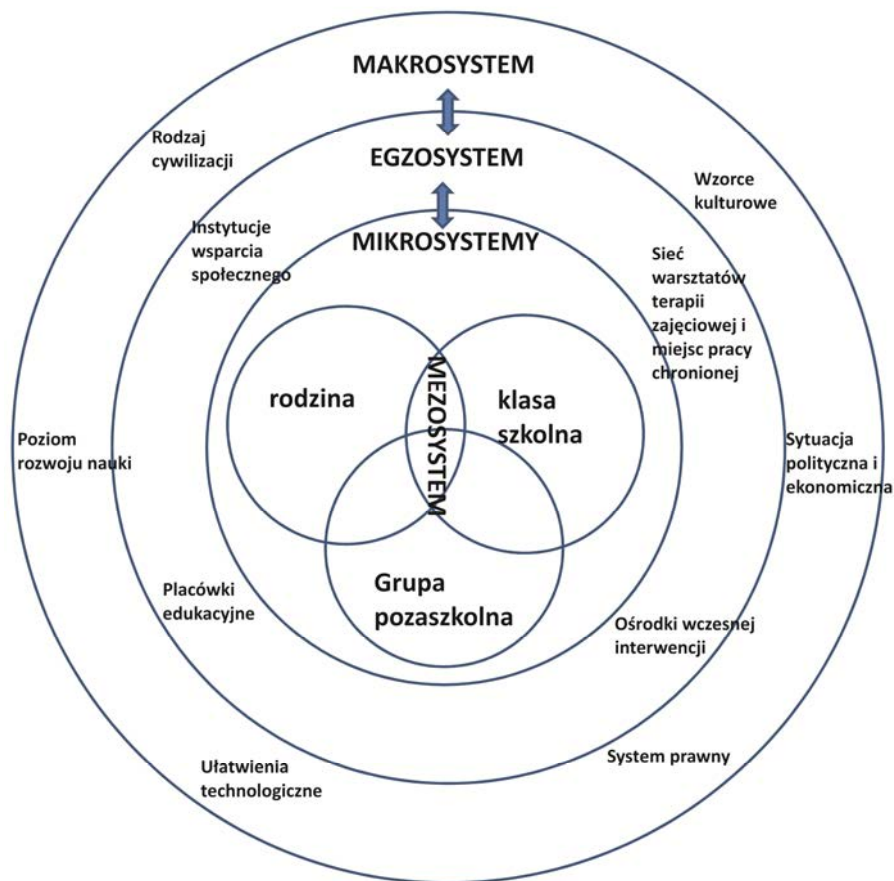
Można wyróżnić cztery zasadnicze modele związków człowieka z jego środowiskiem społecznym: mechanistyczny, organicystyczny, systemowy i kontekstualny (Hurrelmann, za: Pilecka, 2009). W modelu mechanistycznym środowisko jest traktowane jako czynnik sprawczy zachowań jednostki, która w toku swego życia przystosowuje się do jego wymogów i oczekiwań. Natomiast, zwolennicy podejścia organicystycznego lokują przyczynę ludzkich zachowań wewnątrz organizmu (w jednostce), nadając środowisku jedynie rolę pośredniczącą (może ono jedynie stymulować lub hamować naturalne tendencje człowieka). Z kolei, model systemowy wyrównuje wagę wspomnianych sił, zakładając, że jednostka i środowisko stanowią przenikające się nawzajem, połączone licznymi zależnościami subsystemy, które dążą do osiągnięcia stanu równowagi. Zatem siły napędowe zmian rozwojowych tkwią w poszczególnych przestrzeniach ekosystemu. W modelu kontekstualnym na prawidłowy przebieg rozwoju wskazuje nie tyle osiągnięty między jednostką a środowiskiem stan homeostazy, ile stopniowo nabywana przez nią niezależność od otoczenia, czyli autonomia oraz kształtujące się w toku jej życia poczucie tożsamości. Człowiek, dążąc do realizacji swoich życiowych celów, narusza równowagę między nim a środowiskiem, formując wyższy poziom równowagi z otoczeniem.

Dwa ostatnie modele: systemowy i kontekstualny, wpisują się we współczesny – społeczny (interakcyjny) model rozwoju osoby z NI. Podejście systemowe reprezentowane jest przez U. Bronfenbrennera (1976) w ramach psychologii ekologicznej. Autor stworzył koncepcję ekosystemu, czyli wzajemnego układu powiązań człowieka ze środowiskiem. Tworzą go hierarchicznie uporządkowane podsystemy (mikrosystem, mezosystem, egzosystem i makrosystem), które wzajemnie na siebie oddziałują i są od siebie zależne. Natomiast podejście kontekstualne reprezentowane jest przez F.D. Horowitza (za: Horowitz, Haritos, 1998), który wyodrębnił cztery konteksty wpływów: kontekst bodźców (bezpośrednio oddziałujących na jednostkę), kontekst różnorodnych sposobności uczenia się, kontekst społeczny (umożliwiający nadawanie znaczeń) oraz kontekst kulturowy (krystalizujący idee i poglądy człowieka). Konteksty te uczestniczą w formowaniu psychologicznej przestrzeni samoregulacji jednostki. Oba podejścia (systemowe i kontekstualne)

akcentują znaczenie środowiska społecznego jako przestrzeni przystosowania i rozwoju osoby z NI, dlatego bliższa charakterystyka ich stanowi podstawę dla rozumienia funkcjonowania tej osoby.

Propozycja U. Bronfenbrennera (1976) pozwala uporządkować poszczególne wymiary ekosystemu, istotne szczególnie dla funkcjonowania jednostki z NI, której poziom zależności od kontekstu jest relatywnie wyższy (z uwagi na mniejszą wydolność procesów poznawczych). Poznanie poszczególnych podsystemów (subsystemów) stanowi zasadnicze wyzwanie procesu diagnostycznego. Ekosystem dziecka niepełnosprawnego przedstawia poniższy rysunek nr 1.

Rysunek 1. Ekosystem funkcjonowania dziecka z Niepełnosprawnością Intelektualną



Źródło: opracowanie własne.

Ekosystem społeczny obejmuje swym zasięgiem podsystemy o różnym poziomie oddziaływania na jednostkę. Mikrosystemy stanowią przestrzeń bezpośrednich, osobistych relacji. Należą do nich (w układzie rozwojowym): rodzina generacyjna, przedszkole, szkoła (a także internat), nieformalne grupy rówieśnicze, środowiska aktywności zawodowej i rodzina prokreacyjna. Mikrosystemy pozostają we wzajemnej mezosystemalnych interakcjach. Wzajemne stosunki między grupami przynależności mogą przybierać postać współpracy, unikania lub rywalizacji. Jakość tych relacji nie pozostaje bez skutku dla funkcjonowania dzieci i młodzieży, gdyż stanowią one znaczące środowiska rozwoju.

Wnikając bardziej szczegółowo w strukturę *Mikrosystemu* można go zdefiniować jako wzór aktywności, ról i stosunków, jakich rozwijająca się osoba doświadcza w danym środowisku o szczególnych właściwościach fizycznych, społecznych i kulturowych. Jak już zasygnalizowano, mikrosystemami dla dziecka z NI może być jego dom rodzinny, grupa rówieśnicza, klasa szkolna, wspólnota religijna oraz grupa rehabilitacyjna. W każdym z tych mikrosystemów pełni ono inne role tj. realizuje określone wymagania, korzysta z przysługujących mu praw czy przywilejów, nawiązuje odmienne interakcje, podejmuje inne czynności: np. syna, brata, kolegi, partnera. Szczególny układ ról przysługuje rodzinie, w której występują zarówno relacje pionowe (subsystem rodzeństwa i małżeństwa) i poziome (subsystem rodzicielski). Relacje te służą realizacji funkcji: opiekuńczej, osobo-twórczej oraz psycho-higienicznej, czyli gratyfikacji potrzeb psychicznych (bezpieczeństwa, przynależności, własnej wartości, samorealizacji) (por. Braun-Gałkowska, 1987; Płopa, 2005). Funkcjonalna rodzina stanowi oparcie psychiczne w podejmowaniu realizacji wyzwań rozwojowych. Pozytywne więzi rodzinne uzdalniają dziecko z deficytem intelektualnym do zmagania się z różnymi sytuacjami trudnymi (szczegółowa charakterystyka funkcjonowania rodziny z dzieckiem z NI zostanie zaprezentowana w drugiej części publikacji). Rola klasy szkolnej jako środowiska rozwoju poznawczego i społeczno-emocjonalnego jest także nie do przecenienia. Nabywanie umiejętności współpracy, rywalizacji, budowania relacji koleżeńskich możliwe jest dzięki partnerskim więzom spo-

łecznym. Natomiast formowanie struktury umysłu wymaga mądrego przewodnika w osobie nauczyciela.

Doświadczenia gromadzone w poszczególnych mikrosystemach lat dziecięcych wyznaczać będą jego funkcjonowanie jako człowieka dorosłego w nowych środowiskach (np. rodzinie prokreacyjnej, miejscu pracy, kręgu towarzyskim itp.). Niepełnosprawność dziecka jest integralną częścią jego kolejnych mikrosystemów, tzn. stawia przed nim samym, członkami jego rodziny, pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi rówieśnikami, nauczycielami oraz innymi profesjonalistami szczególne wymagania. Sposób, w jaki dziecko i bliskie mu osoby sprostają tym wymaganiom, będzie decydować o jakości jego rozwoju. Dzieci niepełnosprawne mają podobne potrzeby rozwojowe jak dzieci zdrowe, lecz napotykają trudności w ich realizacji z powodu niedopasowania osobistego do wymagań kontekstu społecznego i wydolności rodziny, szkoły itd. (Pilecka, 2009).

Doznanie niepełnosprawności intelektualnej zwykle zakłóca poziom przystosowania do wymagań społecznych i szkolnych. Liczne porażki związane z opóźnieniem wydolności fizycznej i psychicznej są przyczyną ich rozmaitych trudności wychowawczych i edukacyjnych w przestrzeni rodzinnej i szkolnej. Jakość wzajemnych oddziaływań obu środowisk analizowana jest w ramach *Mezosystemu*, rozumianego jako układ wzajemnych relacji pomiędzy różnymi mikrosystemami, w których aktywnie uczestniczy rozwijająca się osoba. Dla niepełnosprawnego dziecka system ten oznacza interakcje: rodziny i szkoły, rodziny i grupy rówieśniczej oraz rodziny i instytucji leczniczo-rehabilitacyjnych. T. Power i K. Bartholomew (za: Pilecka, 2009) opisali pięć typów interakcji pomiędzy szkołą i rodziną: unikający, rywalizujący, wypełniający (podporządkowany), współpracujący jednowymiarowo i współpracujący wielowymiarowo. Rozpoznanie i określenie rodzaju kontaktów stanowi punkt wyjścia dla ich doskonalenia aż do poziomu efektywnego partnerstwa, czyli wielowymiarowej współpracy.

Szerszy kontekst ekosystemu tworzą: *Egzosystem* i *Makrosystem*. Pierwszy obejmuje formalne i nieformalne zaplecze funkcjonowania dziecka oraz jego rodziny i szkoły. Odnosi się zatem do wypracowanych w danej kulturze materialnych i niematerialnych (psychologicznych, społecznych, duchowych)

warunków życia np. instytucji medycznych, placówek edukacyjnych, ośrodków rehabilitacyjnych, instytucji pomocy rodzinie, miejsc terapii i pracy chronionej, środowisk pracy rodziców, ale także postaw dalszej rodziny, sąsiadów, kościoła, świata mediów oraz innych środowisk społecznych (pośrednio wpływających na rozwój dziecka). Przestrzenie te mogą one mieć charakter wspierający, zagrażający lub udaremniający funkcjonowanie mikrosystemów (domowego, szkolnego) w zakresie: zdrowotnym, ekonomicznym, społecznym, kulturowym. Na przykład nadmiernie obciążająca postawa pracodawcy rodziców może zwiększać siłę ich dystresu, i tym samym utrudniać prawidłową komunikację z dzieckiem. Z kolei wysoki status socjometryczny rodzeństwa, związany z zaangażowaniem na rzecz niepełnosprawnego brata/siostry, może wzmacniać relacje rodzinne.

Niepełnosprawność intelektualna dziecka jako obciążenie dla adaptacji na poziomie poszczególnych mikrosystemów, stanowi wyzwanie dla egzosystemowej sieci wsparcia. Pomoc dotyczy może różnych aspektów: instrumentalnego, materialnego, finansowego, informacyjnego, emocjonalnego, duchowego. Niektóre z tych aspektów mogą być diagnozowane w oparciu o podejście: subiektywne, oparte na indywidualnej percepcji (szczególnie wsparcie emocjonalne lub duchowe) zaś inne o oparciu o podejście obiektywne (głównie wsparcie finansowe, materialne, instrumentalne). Dopasowanie jakości i ilości wsparcia do potrzeb i wydolności rodziny stanowi ważne wyzwanie dla służb społecznych (w tym: ośrodków pomocy społecznej, ośrodków pomocy rodzinie oraz PEFRON-u). Zbytняя ingerencja osłabić może autonomię i wydolność systemu rodzinnego zaś nietrafiona pomoc utrwalac jego dysfunkcyjność. Badania pokazują, że rodzice oczekują od profesjonalistów (w zakresie rehabilitacji i edukacji) rzetelnej, lecz zrozumiałej dla siebie wiedzy o niepełnosprawności dziecka oraz praktycznych wskazań wyznaczających ich zachowania pielęgnacyjne, opiekuńcze i wychowawcze. Wiedza, której „rodzice niepełnosprawnego dziecka potrzebują, obejmuje trzy obszary:

- anatomiczne i fizjologiczne zmiany w organizmie dziecka oraz ich konsekwencje dla rozwoju dziecka,
- funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, rehabilitacyjnej i socjalnej oraz sposoby pozyskiwania pomocy,

- radzenie sobie z silnymi emocjami towarzyszącymi leczeniu i rehabilitacji dziecka,
- funkcjonowanie systemu edukacji” (Pilecka, 2009, 31).

Z uwagi na to, że rodzice różnią się między sobą w zakresie poznawczych możliwości: rozumienia i przyswajania przekazywanej im wiedzy, formułowania pytań oraz sposobów ekspresji swoich trosk i zmartwień, profesjonaliści powinni troszczyć się o sposób przekazu wiedzy, adekwatny do poziomu edukacyjnego i stopnia rozumienia przekazywanych informacji przez odbiorcę. Bardzo często rodzice posiadają fałszywy obraz niepełnosprawności swego dziecka, szczególnie zaś obraz jej przyczyn i skutków. Tworzone przez nich mity należy ujawniać a następnie modyfikować w kierunku pozytywnego lecz adekwatnego i zróżnicowanego obrazu dziecka. Rodzice potrzebują również wiedzy o strukturze systemu opieki zdrowotnej i socjalnej, a więc informacji o tym, gdzie mogą otrzymać dobrej jakości pomoc medyczną i pozamedyczną (usługi rehabilitacyjne, psychologiczne, pedagogiczne itp.). Wsparcie informacyjne pochodzi nie tylko od pracowników systemu zdrowia i edukacji ale także od organizacji, stowarzyszeń. Szczególną rolę w tych strukturach odgrywają rodzice „weterani”, którzy jako konsultanci przekazują swoje doświadczenie osobom rozpoczynającym zmaganie się z nową sytuacją życiową, stworzoną przez niepełnosprawność dziecka. W polskich warunkach w sieci wsparcia społecznego znaczącą rolę odgrywa nieformalna sieć wsparcia ze strony: innych rodzin dzieci niepełnosprawnych oraz kręgu znajomych i przyjaciół.

Rodzina dzieci niepełnosprawnych potrzebuje także wsparcia emocjonalnego. Sytuacja, którą stwarza niepełnosprawność, jest bowiem generatorem ujemnych emocji dla samego dziecka i pozostałych członków rodziny. Rodzice zwykle starają się ukryć przed nim swoje przeżycia, nie wiedząc, że bardziej naturalną rzeczą jest ich ujawnianie, ale w taki sposób, by go nie raniły. Brak tych emocji i stanów w zachowaniu najbliższych osób dziecko może odczytać jako obojętność lub nawet odrzucenie. Wspólne przeżywanie nie tylko dobrych, ale właśnie tych trudnych chwil powoduje, że więzi emocjonalne stają się silniejsze i wzrasta spójność rodziny. Wszyscy członkowie rodziny mają prawo do zaspokojenia swoich potrzeb i ekspresji emocji

z nimi związanych. Jednak sposób zaspokojenia potrzeb i ekspresji emocji nie powinien być źródłem kolejnych traumatycznych doświadczeń dziecka. Wsparcie emocjonalne i informacyjne ułatwia i przyspiesza proces adaptacji do nowej sytuacji oraz wzmacnia rodzicielskie kompetencje w zaspokajaniu potrzeb niepełnosprawnego dziecka.

Wsparcie formalne i nieformalne są względem siebie komplementarne. Osoby otrzymujące nieformalne wsparcie skuteczniej poszukują wsparcia formalnego, gdyż dowiadują się o jego źródłach i możliwościach wykorzystania. I odwrotnie – formalne wsparcie doskonalą nieformalne rodzaje pomocy, charakteryzujące się wzajemnością i brakiem hierarchicznej struktury. Uzyskanie wsparcia jest szczególnie cenne w pierwszym okresie zmagania się rodzica z diagnozą zaburzenia rozwoju intelektualnego u swego dziecka (Twardowski, 2003).

W literaturze przedmiotu lat 60. i 70. minionego wieku dominowało przekonanie o społecznej izolacji rodzin dzieci niepełnosprawnych (Pilecka, 2009). Konieczność ciągłej i wymagającej dużego nakładu czasu opieki nad dzieckiem, jego mniejsze umiejętności społeczne, utrudniające nawiązywanie interakcji z rówieśnikami, jak również ograniczone umiejętności korzystania ze wsparcia społecznego u samych rodziców były najczęściej wskazywanymi przyczynami tej izolacji. Transformacja ustrojowa lat 90. związana z liberalizacją gospodarki naraziła na doświadczenie porzucenia społecznego i szczególnie środowiska niewydolne, do których należy wiele rodzin z dzieckiem z lekką niepełnosprawnością umysłową. Na instytucjonalne porzucenie narażone są zwłaszcza rodziny społecznie niezaradne, gdyż dostępny system wsparcia, oferowany przez różne podmioty, wymaga od beneficjanta rozmaitych kompetencji, by mógł z niego korzystać. Niestety, wiele z omawianych rodzin nie potrafi dotrzeć do informacji, sprostać zawiłym procedurom weryfikacyjnym i uzyskać stosownej pomocy. Badania wskazują, iż z pomocy tej korzystają nie tyle osoby potrzebujące, ile zaradne (Ostrowska, Sikorska, Gęsiarz, 2001). System wsparcia premiuje zatem środowiska aktywne, informacyjnie dostosowane do zmieniającej się rzeczywistości. Niedopasowanie wielu rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie w stopniu lekkim do systemu wsparcia pogłębia trudności

życiowe i przyczynia się do marginalizacji będącej przejawem „nowego rodzaju upośledzenia rodziny” (Krause, 2010).

Z drugiej jednak strony wiele rodzin, szczególnie dzieci z głębszą NI, wykazuje duży poziom świadomości i umiejętności dopasowania do zmieniającej się rzeczywistości. Rodzice ci stanowią grupę rozwijającą swoiste poczucie tożsamości, wyrażające się w posiadaniu wspólnych celów, interesów, zadań, a także praw ułatwiających nie tylko leczenie i rehabilitację dzieci, lecz także organizację codziennego życia. Dowodem tego jest rozwój stowarzyszeń samopomocowych (np. powstanie nowych kół Stowarzyszenia na Rzecz osób z Niepełnosprawnością Intelektualną, rozwój Wspólnot religijnych np. „Wiara i Światło”).

Ostatni, najszerszy wymiar ekosystemu stanowi *Makrosystem*. Obejmuje on materialną, technologiczną, kulturową, ekonomiczną, polityczną i prawną strukturę dorobku społeczeństwa. Funkcjonowanie wszystkich instytucji, organizacji (z wymienionych już poziomów ekosystemu) uwarunkowane jest poziomem osiągnięć w zakresie kultury materialnej i niematerialnej. Chodzi tu zarówno o zaplecze technologiczne, poziom cywilizacyjny społeczeństwa, rozwój nauki, dominującą filozofię i aksjologię. Kulturowe wzorce percepcji człowieka niepełnosprawnego formułują bowiem politykę społeczną tzn. przekładają się na stanowienie prawa, regulującego działalność instytucji z poziomu egzosystemu. Przykładem współczesnych zmian makrosystemowych w postrzeganiu osób niepełnosprawnych intelektualnie w społeczeństwie są postulaty: personalizacji, rozwoju osobistego, integracji społecznej i normalizacji życia. Personalizacja stanowi antidotum wobec tendencji uprzedmiotowienia i ubezwłasnowolnienia tych osób. Nacisk na rozwój osobisty skłania do poszukiwania zasobów i indywidualnych sposobów adaptacji, stanowiąc przeciwagę wobec koncentracji na deficytach i ograniczeniach rozwoju. Z kolei, idea integracji społecznej skłania do włączania osób niepełnosprawnych w różne kręgi życia społecznego, zaś postulat normalizacji akcentuje wagę upodobnienia trajektorii życia osób z NI do standardów danego społeczeństwa (tzn. dostępność do typowych form uczestnictwa w zakresie: edukacji, pracy, rozrywki, kultury itp.). Wskazane postulaty wpisują się w ideę „wspólnego nurtu”, która zakłada zdolność osoby

niepełnosprawnej intelektualnie do współuczestnictwa w życiu społecznym. Owocem tej idei są także zamiany w terminologii, diagnozie, koncepcjach rehabilitacji osób z NI.² Dotychczasowy termin niepełnosprawność intelektualna zostaje zamieniony na termin osoba z NI a nawet zaburzeniem rozwoju intelektualnego. To ostateczne pojęcie, zaproponowane w ramach ICD-XI wynika z traktowania zaburzenia jako dynamicznego procesu a nie nieodwracalnego stanu (Girimaji, Pradeep, 2018). Promocja nowych postulatów dotyczących percepcji osób z NI w społeczeństwie wymaga przepracowania konkurencyjnych przekonań (wpisanych w negatywny stereotyp: zależności, niewydajności, bezkrytycyzmu, itp.). Uspójnienie rzeczywistego (utajonego) wymiaru postaw osób pełnosprawnych z deklarowanym (jawnym) odpowiada za jednoznaczne wprowadzanie i egzekwowanie praktycznych rozwiązań idei *Mainstreamingu* na poziomie egzosystemu.

Wyróżnione systemy w złożonym ekosystemie niepełnosprawnego intelektualnie dziecka pozostają w dynamicznych wzajemnych zależnościach. Zmiana w jakimkolwiek wymiarze jednego systemu pociąga za sobą przekształcenia we wszystkich pozostałych. Na przykład udział rodziców w programach psychoedukacyjnych, które podnoszą ich umiejętności radzenia sobie z wymaganiami i ograniczeniami związanymi z niepełnosprawnością dziecka, poprawia jakość mezosystemu (np. w postaci współdziałania ze szkołą), egzosystemu (np. w postaci lepszego korzystania z formalnego wsparcia społecznego) oraz makrosystemu (np. z powodu tworzenia konstruktywnych grup nacisku domagających się nowelizacji ustaleń prawnych czy modyfikacji programów świadczeń społecznych, rozwijanie świadomości społeczeństwa i kształtowanie jego postaw poprzez środki masowego przekazu). Przekształcenia mogą nastąpić w wielu mikrosystemach: w rodzinie (np. zmiany w realizacji ról społecznych, w sposobie komunikowania się czy w ustalaniu granic autonomii), w zachowaniu niepełnosprawnego dziecka (np. zmiana strategii zaradczych czy orientacji życiowej), w jego relacjach z grupą rówieśniczą

² Zmianie uległa nazwa wiodącego amerykańskiego gremium, wyznaczającego standardy definicyjne i rehabilitacyjne, z *American Association on Mental Retardation* na *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities-AAIDD*.

czy wreszcie w organizacji procesu kształcenia z uwzględnieniem jego indywidualnych możliwości i potrzeb.

Zatem, pomimo swoistej charakterystyki każdego elementu ekosystemu, funkcjonują pomiędzy nimi dwukierunkowe zależności: odśrodkowa i dośrodkowa. Pierwsza oznacza wpływ niepełnosprawności dziecka na poszczególne zewnętrzne obszary życia społecznego, zaś druga – wpływ polityki zdrowotnej i socjalnej państwa oraz systemu opieki medycznej, psychologicznej i edukacyjnej na jakość życia i rozwoju dziecka oraz jego rodziny (Pilecka, 2009). Poznanie wskazanych elementów ekosystemu oraz procesów interakcji zachodzących między nimi stanowi złożone ale nieuniknione zadanie dla efektywnie działającego systemu rehabilitacyjnego.

II. DIAGNOZA ŚRODOWISKA SPOŁECZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

2.1. Postulaty diagnozy psychologicznej

Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, pomoc psychologiczna powinna opierać się na solidnej diagnozie, stanowiącej nie tylko punkt wyjścia dla interwencji, ale także element ewaluacji podjętych działań (APA, 2006). Podejście to wyakcentowane zostało w ramach postulatów EBPP (*Evidence-Based-Practice-in Psychology*), czyli praktyki opartej na dowodach empirycznych. Zgodnie z nią „każda interwencja psychologiczna powinna polegać na integrowaniu najlepszych dostępnych dowodów empirycznych przez kompetentnego psychologa, z uwzględnieniem indywidualnych właściwości klienta, jego preferencji i kulturowej przynależności” (APA, za: Stemplewska-Żakowicz, 2016, 44).

Postulaty te skłaniają do wypracowania szczegółowych wytycznych dla procesu diagnostycznego, który z kolei byłby podstawą dla wiarygodnej oceny różnych podejść naprawczych lub edukacyjnych, a tym samym rozwoju poszczególnych dyscyplin psychologicznych. Psychologia osób niepełnosprawnych intelektualnie jako dziedzina praktyczna poszukuje strategii diagnostycznych, ukierunkowanych na rehabilitację klientów i ich otoczenia społecznego.

Wydaje się, iż sygnalizowane postulaty EBPP znajdują swoje szczegółowe odzwierciedlenie w 9-wymiarowym modelu diagnozowania K. Bartona (za: Paluchowski, 2007). Autor ten zaleca, aby wybór określonej procedury diagnostycznej poprzedzony był analizą następujących aspektów: cel badań, specyfika osoby (grupy) badanej (w tym: poziom jej rozwoju), obszar i przedmiot badania, statyczność vs dynamiczność badanej właściwości, rodzaj metodologii, obejmującej specyfikę kodów komunikacyjnych narzędzi badawczych, dobroć psychometryczna tych narzędzi oraz rodzaj zastosowanej skali pomiarowej. A zatem diagnosta powinien odpowiedzieć na cztery podstawowe pytania: po co bada?, kogo bada?, co bada? i jak bada?

2.1.1. Cel badania – ewolucja od diagnozy nozologicznej po rozwojową

W zależności od przyjętego celu podejmowane są różne strategie diagnostyczne. Jeśli diagnoza ukierunkowana jest wyłącznie na selekcję, tworzenie specyficznych grup dla realizacji określonego zadania wówczas diagnoza klasyfikująca (inaczej przyporządkowująca, różnicowa lub nozologiczna) może mieć sens. Współczesne postulaty AAIDD podważają jednak wartość nozologicznych ustaleń w zakresie niepełnosprawności intelektualnej (Kostrzewski, 2006). Wskazuje się bowiem na zagrożenia związane z piętnem społecznym i szkodliwością negatywnego naznaczenia na relacje społeczne i rozwój osobowości jednostek narażonych na niepełnosprawność intelektualną. Potwierdziła to w badaniach empirycznych M. Kościelska (1998), prezentując w ramach *Koncepcji Triady Upośledzenia*, proces patologizacji umysłu zachodzący w sytuacji kumulacji niekorzystnych czynników natury biologicznej, psychologicznej i społecznej. Myślę jednak, iż nie należy rezygnować z diagnozy klasyfikującej, jeśli ma ona swoje uzasadnienie w realizacji określonych zadań rewalidacyjnych (np. edukacyjnych). Nie chodzi bowiem wówczas o selekcję negatywną - wyłączającą, lecz pozytywną - „dopasowującą” np. zadania do możliwości, zainteresowań, zdolności czy roli grupowej. Na przykład, aby zaplanować różne koła zainteresowań w szkole

należy dokonać zróżnicować uczniów pod kątem zdolności, preferencji, zainteresowań. Aby pomóc osobom, które podlegają mobbingowi należy poznać aktualne statusy socjometryczne uczniów. Jeśli jednak celem diagnozy nie jest wyłącznie opis stanu aktualnego, lecz jego zmiana (np. wspomaganie rozwoju lub adaptacji społecznej) to większe znaczenie przypisuje się diagnozie etiologicznej, funkcjonalnej i rozwojowej (Obuchowska, 2003; Głodkowska, 1999). Rzecz bowiem w tym, aby diagnoza nie kończyła się na przypisaniu jednostki do określonej populacji (szczególnie negatywnej klasyfikacji jako: umiarkowanie niepełnosprawnych intelektualnie, agresywnych, depresyjnych czy załęcznionych) ale stanowiła próbę opisanie i wyjaśniania jej funkcjonowania. Aby przeciwdziałać stanom lękowym, zachowaniom agresywnym czy ucieczkom z zajęć szkolnych trzeba bowiem rozpoznać przyczyny, sformułować prognozę i ją zweryfikować. Weryfikacja diagnozy stanowi także postulat wynikający z dynamiczności układów intrapsychicznych i interpersonalnych (zarówno typu progresywnego jak i regresyjnego).

Przebieg procesu opisywania i wyjaśniania jest pochodną świadomości metodologicznej i przynależności teoretycznej diagnosty (Brzeziński, Kowalik, 2000). Każda diagnoza, jako dzieło badacza, zależy od jego osobistego obrazu osoby niepełnosprawnej. Współczesne idee *mainstreamingu* skłaniają do poszukiwania tego, co wspólne dla pełnosprawnych i niepełnosprawnych, w tym implementacji ogólnych zasad rozwoju dla osób niepełnosprawnych. Skutkiem tego jest uwzględnianie różnorodnych (w tym: pozaintelektualnych) czynników rozwoju, a także zaburzeń zachowania lub afektu (w ramach tzw. *podwójnej diagnozy*). Rozwój badań i teorii w zakresie funkcjonowania osób z NI skłania do eksploracji nowych przestrzeni psychospołecznych uwalniając od intelektualnego redukcjonizmu (Siperstein, Norins, Mohler, 2009; Baker, Blumberg, 2011; Kaufman, 2011). Przyjmując założenia o szczególnej wartości wspomaganie rozwoju (tym samym osłabiania procesu patologizacji umysłu), pierwszoplanowe znaczenie przyznać należy wczesnej diagnozie pozytywnej i rozwojowej. Rozeznanie słabych i mocnych stron dziecka i jego otoczenia, a także mechanizmów wzajemnego oddziaływania, stwarza nieocenioną szansę aktywizowania rozwoju i adaptacji społecznej. Deficyt diagnoz ukierunkowanych na wsparcie w prak-

tyce psychologiczno-pedagogicznej stanowi dowód aktualności wyzwań w tym zakresie (Pańczyk, 1990). Jednocześnie, wyakcentowanie postulatu upodmiotowienia osoby niepełnosprawnej, a także pozostałych osób z jej otoczenia (rodzinnego, szkolnego) w procesie rehabilitacji, skłania do prowadzenia diagnozy interakcyjnej, uzgodnionej w partnerskiej relacji (Kowalik, Brzeziński, 2000). Konkludując, diagnoza oparta na refleksji teoretycznej, uwzględniającej bieżące raporty badawcze, poszukująca mocnych stron osoby niepełnosprawnej i jej otoczenia, monitorująca zmiany w funkcjonowaniu, wyjaśniająca aktywność wskazanych podmiotów oraz uwzględniająca subiektywną perspektywę badanych stanowi teleologiczne wyzwanie dla procesu diagnostycznego.

2.1.2. Podmiot badany – w kierunku badania specyficznych grup i specyficznych jednostek

Relacja diagnostyczna może być ukierunkowana na poznanie osoby niepełnosprawnej lub jej otoczenia społecznego. Współcześnie zidentyfikowano ponad 1000 zaburzeń genetycznych związanych z NI, co dowodzi olbrzymiego zróżnicowania wskazanej populacji (Hodapp, Dykens, za: Zasępa, 2016). Populacja dzieci i młodzieży z NI jest niezwykle specyficzna, zarówno w zakresie sprawności percepcyjnej, intelektualnej jak i ruchowej. To skłania do uwzględniania szerokiej gamy czynników nietypowych w procesie diagnostycznym. Wiele jednostek ujawnia np. zaburzenia widzenia, słyszenia, koncentracji uwagi, pamięci, rozumienia mowy, artykulacji co zakłóca realizację typowych zadań testowych. Dopasowanie techniki i narzędzia badawczego do specyficznych możliwości badanego, szczególnie w zakresie możliwości poznawczych, komunikacyjnych, ruchowych, ale także motywacyjnych stanowi podstawowy postulat diagnostyczny.

Badania osób z NI lub jej środowiska ukierunkowane mogą być na poznanie powtarzalnych w danej populacji właściwości (podejście nomotetyczne) lub poszukiwanie specyficznych cech konkretnej jednostki lub mikrośro-

dowiska (podejście idiograficzne). Nastawienie idiograficzne nie wyklucza analiz nomotetycznych ukierunkowanych na poznanie specyficznych cech fenotypu (funkcjonowania) grup o nietypowym układzie genowym. Integracja danych grupowych i indywidualnych pozwala na wielostronną i pogłębioną diagnostykę. Poza cechami związanymi z zaburzeniem genetycznym lub rozwojowym, każdy badany ujawnia specyficzne dla siebie nawyki, przekonania, potrzeby, które mogą modyfikować przebieg transakcji diagnostycznej. Wynika stąd postulat „zawieszenia” stereotypowej wiedzy o osobie jako reprezentancie określonej grupy. Uwolnienie się diagnosty od oczekiwań diagnostycznych, albo lepiej może, świadomość własnych przewidywań pozwolić może na formowanie nowych hipotez badawczych i tym samym docieranie do specyficznych, ignorowanych dotąd obszarów lub mechanizmów funkcjonowania.

Znajomość różnych zaburzeń rozwojowych sprzężonych z NI ma podstawowe znaczenie w diagnozie związanej z realizacją roli ucznia. W placówkach typu włączającego i segregacyjnego funkcjonują bowiem uczniowie o zróżnicowanym nie tylko poziomie inteligencji, ale specyficznych właściwościach poznawania, komunikowania się i współdziałania w zespole. Prawidłowa diagnoza zakłada zatem konieczność uwzględnienia specyfiki rozwojowej zarówno w badaniach typu nomotetycznego jak i idiograficznego. Ponadto w procesie diagnostycznym należy także uwzględnić aktualny status motywacyjny badanego, jego nastawienie, aktualną gotowość i wydolność poznawczą (Brzeziński, Kowalik, 2000). Świadomość istniejących czynników pośredniczących stanowi podstawę trafnej i rzetelnej diagnozy. Inaczej bowiem reaguje badany: poddany presji, doświadczający lęku przed niepowodzeniem, przejawiający rozterki związane z ujawnianiem problemów interpersonalnych, tajemnic rodzinnych lub szkolnych a inaczej badany: o dobrym statusie społecznym, w dobrej kondycji emocjonalnej, ufnie nastawiony do współpracy z diagnostą. Znaczenie ma także aktualna zdolność badanego do wysiłku poznawczego, możliwość sterowania własnymi procesami intelektualnymi.

2.1.3. Przedmiot badania – od koncentracji na deficytach intelektualnych do poszukiwania zasobów osobowych

Współcześnie w obszarze niepełnosprawności intelektualnej obserwuje się eksplorację różnych zaniedbanych dotąd problemów. Holistyczność dominującego obecnie ujęcia najwyraźniej widać w otwarciu się wielu kierunków psychoterapii (psychologia pozytywna, dynamiczna, humanistyczna) na osoby niepełnosprawne intelektualnie (Fletcher, 2011).

Rozważając przedmiot badań diagnosta powinien odpowiedzieć sobie na pytanie, jakie zmienne chce zbadać i czy zależy mu na określeniu natężenia danej cechy lub stanu. Jeśli np. niepokoi nas nasilenie niepokoju, konfliktów interpersonalnych, poczucia osamotnienia, trudności w koncentracji uwagi itp. należy rozważyć pomiar ilościowy. Natomiast, jeśli chcemy ocenić fazę procesu przystosowania rodziców do niepełnosprawności dziecka to większe znaczenie ma weryfikacja specyficznych właściwości np. wskaźników kryzysu, jakości obrazu siebie, struktury wartości itp. (analiza jakościowa). Ponadto należy określić czy badana właściwość ma charakter dynamiczny czy względnie stały (czyli jest zmiennym stanem czy stabilną cechą). Konflikt w rodzinie lub w relacjach z rówieśnikami podlega fluktuacji, czyli stanowi przykład właściwości zmiennej, zaś postawa odrzucenia lub akceptacji odzwierciedla względnie stabilne ustosunkowanie jednostki wobec obiektu. Świadomość statusu badanych zjawisk jest kluczowa dla doboru stosowanych technik badawczych.

2.1.4. Drogi (metody) dostępu – techniki docierania do przedmiotu badań

Eksploracja stanów, procesów czy cech wymaga zastosowania adekwatnych technik i narzędzi diagnostycznych. Korzystając z kwestionariuszy, rysunków czy obserwacji należy zweryfikować przeznaczenie konkretnego narzędzia. Zgodność teoretyczna, czyli dopasowanie wskaźników do założeń

teoretycznych ma tu podstawowe znaczenie. Bywa niekiedy, iż diagnosta badając np. postawy rodzicielskie lub relacje szkolne opiera się nie na wskaźnikach bezpośrednich (obserwowalnych), lecz deklaracyjnych, czyli podatnych na subiektywną modyfikację. Możliwość kontrolowania ewentualnych deformacji poznawczych poprzez wskaźniki faktograficzne i obserwacyjne ma wówczas podstawowe znaczenia dla skorygowania rezultatu. Z drugiej jednak strony dane subiektywne, w tym kwestionariuszowe lub oparte na wywiadzie są podstawowe dla poznania jawnych aspektów postrzegania siebie, oraz innych osób.

Trafne narzędzia diagnostyczne, aby docierać do zamierzonych aspektów funkcjonowania jednostek lub grup, muszą uwzględniać poziom rozwoju intelektualnego oraz językowego, czyli powinny być adoptowane do wskazanej populacji. Wymóg ten ma zasadnicze znaczenie w przypadku badania dzieci i młodzieży z różnymi stopniami niepełnosprawności intelektualnej. Diagnosta powinien dopasować technikę i narzędzie badawcze do jakości reprezentacji poznawczej respondenta. Dostępność kodu enaktywnego skłania do wykorzystania technik obserwacyjnych, kodu ikonizacyjnego – technik rysunkowych, graficznych, zaś semiotycznego – próbek kwestionariuszowych, rozmowy lub wywiadów.

Kiedy dziecko trafia na badania diagnostyczne to jego celem nie jest „otwarcie siebie”, lecz zabezpieczenie własnego komfortu psychicznego. Będzie ono zatem ujawniało te dane, które nie zagrażają jego dobrostanowi. Jeśli np. ma negatywne doświadczenia z rówieśnikami lub rodzicami to może unikać ujawniania ich. Należy wtedy wziąć pod uwagę wykorzystanie metod opartych na danych utajonych w tym technik projekcyjnych. Podobnie, jeśli rodzic doświadcza nieakceptowanych przez siebie uczuć wobec niepełnosprawnego dziecka należy rozważyć zastosowanie metod eksplorujących postawy niejawne. Oczywiście wybór takich metod poprzedzony powinien być analizą korzyści i strat oraz zastosowany z zachowaniem kodeksu etycznego psychologa (Stemplewska-Żakowicz, 2016). Atrakcyjność narzędzia i tym samym dostępność metody dla dzieci z zaburzeniami zarządzania własnymi procesami intelektualnymi są bezdyskusyjne.

Dla zwiększenia wiarygodności uzyskanych wyników należy rozważyć możliwość triangulacji pomiaru. Weryfikacja rezultatów w oparciu o różne źródła informacji stanowi istotny postulat diagnostyczny. Tym samym wykorzystanie danych typu Q (opartych na opisie), typu L (pochodzących z analizy faktów biograficznych) czy typu T (opartych na próbkach zachowań) zwiększa trafność diagnostyczną. Należy jednak odróżnić tendencje do obiektywizacji wyników badań od lękowej tendencji do podważania lub potwierdzania hipotez. Poszerzanie repertuaru badawczego służyć ma uzasadnionej dokładniejszej eksploracji zjawiska a nie niwelacji niepokoju diagnosty.

W przypadku badań longitudinalnych należy uwzględniać wyuczalność reakcji badanego w przypadku wykorzystywania tego samego narzędzia kilka razy. Stosowanie wersji równoległych lub innych testów eksplorujących badany obszar stanowi rozwiązanie tego problemu.

Uwzględnienie powyższych wytycznych stanowi warunek dobrze zaplanowanego procesu diagnozy środowiska społecznego osób niepełnosprawnych, obejmującego fazę: sformułowania problemu, zebrania informacji, postawienia hipotezy i jej weryfikacji (Obuchowska, 2003).

2.2. Poznawanie ekosystemu dzieci i młodzieży z Niepełnosprawnością Intelektualną

Podjęcie ekosystemowe (opisane szczegółowo w paragrafie 1.2), skłania do postrzegania dziecka z NI jako członka różnych środowisk społecznych. Na szczególną uwagę zasługują grupy bezpośredniego uczestnictwa tj. rodzina, szkoła, grupa koleżeńska czy zespół w internacie. Funkcjonowanie tych grup uzależnione jest od szerszego kontekstu społecznego, tzw. egzosystemu, obejmującego sieć instytucji edukacyjnych, rehabilitacyjnych oraz makrosystemu, wyznaczającego system norm i wartości danego kręgu kulturowego. Z tego powodu zdecydowano się na refleksję nad możliwościami poznania mikrośrodowiska rodzinnego i szkolnego oraz tendencji istniejących w egzosystemie w postaci postaw społecznych wobec osób z NI.

2.2.1. Diagnoza środowiska rodzinnego

Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym stanowi środowisko, w którym zachodzą uniwersalne oraz specyficzne zjawiska natury intrapsychicznej i relacyjnej. Stąd ocena funkcjonowania powinna uwzględniać wielorakie perspektywy. Ogólne podejście teoretyczne analizy tego środowiska opiera się na następujących wymiarach: indywidualnym, relacyjnym i ogólnym. To skłania do diagnozy funkcjonowania: poszczególnych członków rodziny, relacji między nimi, czyli podsystemów (małżeńskiego, rodzicielskiego, rodzeństwa) oraz całego systemu. Rodziny te tworzą grupy heterogeniczne pod względem zawodowym, ekonomicznym, osobowościowym, intelektualnym (Costigan i Cox, za: Glidden i Schoolcraft, 2009). Stąd trudności w uzyskaniu reprezentatywnej próby badawczej, a tym samym przeprowadzenia wartościowych badań nomotetycznych. Aby uniknąć błędu nadgeneralizacji należy precyzyjnie opisywać specyfikę badanej grupy. Zarzut ten nie dotyczy natomiast badań idiograficznych, klinicznych, nastawionych na poznanie indywidualnych właściwości rodzica lub innych członków rodziny.

Niepełnosprawność dziecka powoduje, że cała rodzina, która jest dynamicznym układem zaspokajającym potrzeby jej członków, wymaga readaptacji, gdyż zakłócone zwykle zostają dotychczasowe mechanizmy funkcjonowania. Dlatego diagnoza powinna uwzględniać specyficzne zmiany w funkcjonowaniu indywidualnym i relacyjnym: rodziców, małżonków, rodzeństwa. Poznawanie tego środowiska przebiegać będzie wg schematu: od analizy skoncentrowanej na problemach intrapsychicznych, następnie relacjach interpersonalnych, w końcu specyfice całego systemu rodzinnego. Analizom tym towarzyszyć będą propozycje narzędzi badawczych.

2.2.1.1. Diagnoza sytuacji psychologicznej rodziców dziecka z Niepełnosprawnością Intelektualną

Dziecko o specyficznych możliwościach rozwojowych wymusza konieczność readaptacji i reorganizacji własnego życia osobistego, rodzinne-

go i zawodowego, czyli modyfikacji standardowych oczekiwań, planów osobistych, schematów nauczania i wychowania, podziału obowiązków domowych oraz realizacji zadań zawodowych. Dlatego podstawowy problem badawczy, dotyczący rodziców, wiąże się z poznaniem i wsparciem procesu przystosowywania się do niepełnosprawności własnego dziecka.

Opis tego przystosowywania może się opierać na podejściu teoretycznym typu *top-down* (góra-dół) lub empirycznym typu *bottom-up* (dół-góra). Pierwsze podejście rozpoznawania sytuacji psychologicznej rodziców można oprzeć na teoretycznym paradygmacie relacji stresowej. Istotą sytuacji stresowej jest zaburzenie relacji między potrzebami lub możliwościami jednostki a poziomem trudności zadania, czyli niedopasowanie istniejących lub oczekiwanych (przewidywanych) specyficznych cech dziecka do projektowanej własnej misji rodzicielskiej i osobistych zasobów (Hobfoll, 2006). Diagnoza transakcji stresowej może być przeprowadzana z wykorzystaniem różnych podejść badawczych: psychodynamicznego, behawioralnego, poznawczego lub fenomenologicznego. Każde w tych podejść akcentować będzie inne mechanizmy adaptacyjne. Zwolennicy podejścia psychodynamicznego za kluczowe uznają badanie czynników intrapsychicznych, a szczególnie mechanizmów obronnych jednostki, zaś psychologowie zorientowani behawioralnie akcentować będą rolę systemu wzmocnień pozytywnych i negatywnych w procesie warunkowania zachowań rodzica. Badacze z kręgu poznawczego eksplorować będą system osobistych reprezentacji u rodzica zaś zwolennicy nurtu egzystencjalno-fenomenologicznego koncentrować się będą na subiektywnej interpretacji i ocenie własnej sytuacji życiowej w ramach przyjętej filozofii lub światopoglądu.

Podejście oddolne typu *bottom-up* wskazuje na zróżnicowane znaczenie poszczególnych, zasygnalizowanych wyżej mechanizmów w procesie przystosowywania rodzica do sytuacji stresowej jaką jest posiadanie dziecka z NI¹. W początkowych fazach tego procesu, a szczególnie w okresie wstrząsu i kryzysu emocjonalnego oraz pozornej adaptacji, kluczową rolę odgrywają

¹ W pracy pominięto opis procesu przystosowania rodzica do niepełnosprawności dziecka, szczegółowo zaprezentowany w publikacji A. Twardowskiego (1999).

mechanizmy oparte na motywacji *homostatycznej*. Chodzi w niej o obronę zachwianej równowagi psychicznej lub wyrównanie strat. Natomiast w końcowym etapie przystosowywania się główną rolę przejmują mechanizmy kontrolne (świadome), oparte na refleksji i przepracowaniu własnej misji życiowej. Nasilają się wówczas działania inwencyjne, twórcze czyli transgresyjne, których istotą jest „wychylenie” ku nowym: doświadczeniom, zachowaniom, preferencjom, stylom życia. Podejmowanie nowych wyzwań osobistych (rehabilitacyjnych), gotowości zmierzenia się z nowymi rolami (rodzinnymi i zawodowymi, społecznymi czy obywatelskimi) świadczą o naruszeniu „strefy komfortu” i ukierunkowaniu rozwojowemu (*heterostatycznym*). Choć nie dysponujemy dotychczas kompletnym narzędziem do ustalenia etapu wspomnianego procesu przystosowania, to wskazane mechanizmy podlegają eksploracji diagnostycznej w oparciu o różne narzędzia badawcze.

Wskaźnikami etapu *wstrząsu emocjonalnego* jest specyficzna dynamika doświadczeń emocjonalnych: labilność, natężenie i słaba kontrolowalność afektu. Posługując się terminami Analizy Transakcyjnej zaobserwować można dominację struktury „Dziecka Naturalnego” (m.in. zaskoczonego, przerażonego, rozdrażnionego, sfrustrowanego). W rozpoznaniu tego stanu pomocne mogą być skale obserwacyjne oraz kwestionariuszowe np. **Skala Kontroli Gniewu** (CECS) w adaptacji Z. Juczyńskiego (2012). Narzędzie to pozwala zmierzyć subiektywną kontrolę gniewu, lęku i depresji w sytuacjach trudnych u osób dorosłych. Składa się ono z 21 stwierdzeń, które pozwalają na uzyskanie wyniku ogólnego odnoszącego się do kontroli emocji oraz trzech podskal odnoszących się do kontroli wymienionych stanów (gniewu, depresji i lęku). Okres wstrząsu emocjonalnego zwykle trwa od kilku dni do kilku tygodni i służy afektywnemu oznaczeniu zaistniałej sytuacji tzn. oraz wstępnemu odreagowaniu (jako formie emocjonalnego oczyszczenia). Zablokowanie lub odroczenie negatywnego afektu poprzez silne mechanizmy dysocjacyjne (np. dereizacji, depersonalizacji) stanowią ryzyko uruchomienia procesu patologizacji rodzica.

Łatwość aktualizacji negatywnych doświadczeń obecna jest także w kolejnej fazie przystosowywania tj. *kryzysu psychicznego*. Kluczem do rozpoznania tej fazy jest dominacja negatywnych atrybucji dotyczących: niepełno-

sprawnego dziecka, siebie, swego współmałżonka w różnych wymiarach czasowych. Wstępnym narzędziem do rozpoznania tego stanu może być **Skala Satysfakcji Życiowej** (Juczyński, 2012). Zawiera ona tylko pięć stwierdzeń, wobec których, badany ocenia na 7-stopniowej skali, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia. Rozpoznaniu stanu afektywnego służyć mogą także testy do badania zaburzeń nastroju i zaburzeń lękowych, jak np. **Kwestionariusz do Pomiaru Depresji** autorstwa E. Łojek, J. Stańczak i A. Wójcik (2015). Uwzględnia on podstawowe objawy związane z obniżeniem nastroju, takie jak: utrata energii, anhedonia, myśli samobójcze, pesymizm i poczucie winy. Wyniki ujmowane na pięciu skalach eksplorują: Deficyty poznawcze i utrata energii (DPUE), Myślenie o śmierci, pesymizm i alienacja (MSPA), Poczucie winy i napięcie lękowe (PWNL), Objawy psychosomatyczne i spadek zainteresowań (OPSZ). Na podstawie sumy z tych aspektów oblicza się ogólny wskaźnik nasilenia objawów depresyjnych. Dodatkowo włączono do narzędzia skalę Samoregulacji (SR), która pozwala ocenić poziom uzyskanej kontroli stanu emocjonalnego i zarządzania własnymi emocjami. Uzyskanie wysokiego niepokojących wyników z badań samo-opisowych wskazuje na potrzebę dalszych pogłębionych badań klinicznych.

Przejście od etapu pierwszego – wstrząsu emocjonalnego do drugiego – kryzysu emocjonalnego podlega obserwacji, bowiem krótkotrwałe, silne i nagłe emocje steniczne podlegają zamianie na wydłużone stany uczuciowe (emocje asteniczne) o zróżnicowanych treściach. Jednak w celu wydobywania i przepracowania tych treści najbardziej naturalną jest technika rozmowy psychologicznej, gdyż aktualizacja negatywnych przeżyć bez możliwości ich klaryfikacji, interpretacji i przepracowania może być szkodliwa z punktu widzenia dobrostanu psychicznego rodzica. Dlatego rozdzielenie procesu diagnostycznego od pomocy psychologicznej jest etycznie niedopuszczalne. Wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem jest zastosowanie metody biograficznej, która umożliwi budowanie własnej tożsamości w oparciu o narracyjną integrację przeszłości, teraźniejszości i oczekiwanej przyszłości. Integracja ta pozwala poszukiwać i odkrywać znaczenie własnych doświadczeń egzy-

stencjalnych i nadawać im określony sens (McAdams, za: Oleś, 2002). Wskazana metoda (wykorzystując technikę rozmowy psychologicznej) została zastosowana przez zespół M. Kościelskiej (1998) do eksploracji minionych i aktualnych stanów emocjonalnego rodziców dzieci w NI. Umożliwiła wydobycie i uporządkowanie osobistych przeżyć w perspektywie longitudinalnej. Odkrycie specyficznych treści lęków (np. przed macierzyństwem, urodzeniem kolejnego niepełnosprawnego dziecka, wrogością otoczenia, zaprzepaszczaniem szans, przyszłością); źródeł rozpacz (po stracie wyobrażonego dziecka, własnej wolności i poczucia własnej wartości); oraz obiektów gniewu (wobec męża, dziecka, lekarzy, Boga, siebie) stanowić może podstawę do formułowania pytań, ukierunkowanych na *domknięcie figur*², czyli odnalezienie osobistych znaczeń trudnych doświadczeń życiowych w terapeutycznym procesie przepracowywania kryzysu psychicznego. Bez świadomej analizy traumatycznych doświadczeń związanych z niepełnosprawnością własnego dziecka dominująca rolę w regulacji zachowań rodzica mogą pełnić mechanizmy obronne: zaprzeczanie, fantazjowanie, projekcja, racjonalizacja, rytualizacja, kompensacja (por. Speck, 2013). Każdy z tych mechanizmów służy rozwiązaniu innego konfliktu psychicznego przez zablokowanie, energii psychicznej lub zniekształcenie obrazu rzeczywistości (Siek, 1986). Zaprzeczanie odcina rzeczywiste doświadczenie afektywne od symbolizowanego (świadomego). Wówczas rodzic nie dopuszcza do głosu np. negatywnych scenariuszy związanych z zaburzonym rozwojem dziecka. Fantazjowanie, deformując obraz na bardziej życzeniowy, pozwala zredukować obciążające lęki. Zatem mechanizm ten działa jako antidotum wobec negatywnych myśli i przeżyć, gdyż rodzic aktywizuje mechanizm neurotycznej nadziei (pozbawionej czynnika racjonalnej oceny prawdopodobieństwa zdarzeń). Projekcja, lokując w innych osobach złość, lęk czy poczucie winy pomaga obniżyć te przeżycia w samym podmiocie. Racjonalizacja zmniejsza

² Pojęcie domknięcia figury zostało zaczerpnięte z psychologii Gestalt – zgodnie z którą w procesie percepcji świata człowiek nie spostrzega poszczególnych elementów rzeczywistości jako izolowanych i nie powiązanych wzajemnie, ale organizuje je w taką całość, która ma dla niego określone znaczenie. Wszystko, co przeszkadza lub przerywa tworzenie się tych całości jest szkodliwe dla psychiki i prowadzi do powstania napięcia (Hall, Lindzey, 1994).

doświadczane cierpienie poprzez deformację obrazu własnej sytuacji życiowej. Wówczas rodzic ocenia własną sytuację psychologiczną niezgodnie z osobistym, wewnętrznym przeżyciem, dopasowując ją do postulowanej a nie zinternalizowanej aksjofery (np. *Bóg tak chciał, więc muszę się nim opiekować*). Mechanizm ten należy odróżnić od przewartościowania, które jest procesem rzeczywistej rekaliibracji, czyli dopasowaniem własnych ocen afektywnych do zinternalizowanego ponownie systemu wartości (np. *Bóg mnie powierzył go mnie i moje życie nabrało nowego sensu*). Z kolei, rytualizacja pomaga zablokować lub osłabić negatywny afekt przez pełną strukturyzację codziennych zadań opiekuńczych, wychowawczych i rehabilitacyjnych rodzica. Natomiast kompensacja, ujawniająca się jako nadmierna aktywność w rehabilitację dziecka lub przeniesienie uwagi na innych członków rodziny lub zadania zawodowe, ułatwia odbudowanie poczucia własnej wartości. Pomimo wskazanych korzyści, wymienione mechanizmy osłabiają dojrzałość osobowości, tzn. przyczyniają się do rozbieżności między świadomym i nieświadomym poziomem osobowości, a tym samym osłabiają spójność między zachowaniami automatycznymi (nieświadomymi) a refleksyjnymi (uświadomionymi). Celem ich bowiem jest zmniejszenie cierpienia psychicznego a nie rozwój jednostki czy konfrontacja z obiektywną rzeczywistością (Grzegołowska-Klarkowska, 1986). O ile w perspektywie krótkofalowej można je uznać za korzystne dla dobrostanu psychicznego rodzica, o tyle długotrwałe utrzymywanie się tych mechanizmów stanowi zagrożenie dla realizacji zadań rodzica i małżonka. Obronna motywacja ipso-centriczna (egocentryczna) opierając się na deformacji obrazu rzeczywistości zewnętrznej (możliwości i potrzeb poszczególnych członków systemu rodzinnego) i wewnętrznej (własnych przeżyć) osłabia motywację allocentryczną, niezbędną dla skutecznej realizacji zadań rehabilitacyjnych i rozwoju osobistego rodzica. Dlatego poznanie tych mechanizmów stanowi istotne wyzwanie diagnostyczne. Pomoc rodzicowi w uzyskaniu wglądu we własne mechanizmy obronne jest zadaniem niezwykle delikatnym i powinna opierać się na procesie psychoterapeutycznym, bowiem osłabienie tych mechanizmów bez zbudowania nowych strategii kontrolnych stanowi zagrożenie dla systemu psychicznego. Jednak zatrzymanie się rodzica na etapie adaptacji

pozornej (opartej na niedojrzałych mechanizmach obronnych takich jak zaprzeczanie, tłumienie, fantazjowanie, racjonalizacja czy projekcja) nie rozwiązuje na trwałe problemu.

Sięganie po *konstruktywne przystosowanie* wymaga przepracowywania własnej sytuacji życiowej w kontekście zmodyfikowanego osobistego systemu wartości. W przeciwieństwie do mechanizmów obronnych – mechanizmy kontrolne uwzględniają obiektywny stan rzeczy i dlatego służą racjonalnym, dalekowzrocznym i elastycznym formom dopasowywania się do zadań życiowych (Antonovsky, 1995). Konstruktywne przystosowanie osiągają rodzice, których egocentryczna orientacja życiowa „dlaczego nas to spotkało” zostaje zastąpiona allocentrycznym nastawieniem: „jak mogę pomóc mojemu dziecku” (Twardowski, 1999). Motywacja homeostatyczna ukierunkowana na redukcję: lęku, gniewu, poczucia winy czy smutku zostaje zastąpiona motywacją heterostatyczną, skłaniającą do naruszenia *status quo*, podjęcia ryzyka zmiany i poszukiwania optymalnych sposobów wsparcia dziecka z NI. Mechanizmy kontrolne u rodzica (wglądu, monitorowania i regulacji własnej aktywności życiowej) nie dotyczą wyłącznie dziecka niepełnosprawnego, ale także nie ignorują go. Elastyczne przenoszenie koncentracji na różnych członków rodziny i dziedziny życia świadczą o uwolnieniu się rodzica od dotychczasowych mechanizmów obronnych (usztyniających schematy działania). Warunkami aktywizacji konstruktywnego przystosowania są m.in. zmiany w standardach i systemie wartości takie jak: *rekalibracja*, *reprioryzacja*, *rekonceptualizacja* (Sprangers, Schwarz, 2010). A oto ich krótka charakterystyka:

1. *Rekalibracja* – zmiana wewnętrznych standardów oceny dziecka z interpersonalnych na intrapersonalne tj. aktywizacja indywidualnej perspektywy rozwoju dziecka, koncentracja na zmianach w jego funkcjonowaniu, z jednoczesnym uwolnieniem się od tendencji do porównywania go z rówieśnikami. Walorem takiego przedstawienia jest zmniejszenie dysonansu poznawczego a nawet dostrzeżenie rozwojowych zmian u dziecka.
2. *Reprioryzacja* (przewartościowanie) – zmiany w systemie wartości, które nobilitują zasoby: dziecka, rodzica i relacji a jednocześnie zmniejszają

szają znaczenie nieosiągalnych celów. To ułatwia zaakceptować siebie i własne dziecko.

3. *Rekonceptualizacja* – przeformułowanie koncepcji miłości rodzicielskiej i miłości własnej: z warunkowej w bezwarunkową. O ile zachowania dziecka jako modyfikowalne powinny podlegać warunkowaniu, to jego osoba (temperament, osobowość, zakres zdolności) jako czynnik trwały nie powinien być narażony na utratę miłości. Możliwe jest to wówczas, gdy rodzic nie traktuje dziecka jako obiektu gratyfikacji własnych potrzeb a nawet je przekracza w procesie transgresji siebie.

Aktywizacja wskazanych mechanizmów ewaluatywnych sprzyja emocjonalnej stabilizacji rodzica i tym samym otwiera go na pozostałych członków rodziny, bez faworyzowania niepełnosprawnego dziecka. Respektując wyniki wielu badań (za: Pisula, 1998), należy przyjąć, że większość rodziców (około 70%) osiąga konstruktywny poziom przystosowania do sytuacji, jakie stwarzają poważne odchylenia w stanie zdrowia i rozwoju dziecka.

Możliwość samorealizacji i konstruktywnego życia rodzica z dzieckiem z NI otwierają przed badaczem nowe horyzonty – psychologii pozytywnej. Dostrzeganie szczęścia i spełnienia tam, gdzie współcześnie stereotypowo dostrzega się wyłącznie cierpienie stanowi szczególnie ważny postulat praktyczny. Dlatego poza badaniami ukierunkowanymi na poznanie negatywnych a nawet traumatycznych doświadczeń (reprezentowanych w sferze kognitywno-afektywnej), diagnoza powinna być ukierunkowana także na eksplorację sensorodnych, pozytywnych przeżyć rodziców. Niektórzy rodzice wskazują na radosne doświadczenia związane z opieką, towarzyszeniem niepełnosprawnemu intelektualnie dziecku oraz odkrywaniu dzięki niemu podstawowych wartości życia (Kościelska, 1998). Poza opisem stanu rzeczy, niezwykle cenne społecznie są badania o typie wyjaśniającym. Chodzi o poznawanie czynników warunkujących przezwyciężenie kryzysu emocjonalnego i osiągnięcie konstruktywnego przystosowania, wyrażającego się w odbudowaniu pozytywnego, adekwatnego obrazu: siebie, dziecka oraz pozostałych członków rodziny, a także organizacji życia rodzinnego, uwzględniającego możliwości i potrzeby wszystkich członków tego systemu. Z kognitywistycznego punktu widzenia, wspomniane zmiany w systemie

wartości uwzględniające szczególnie aktywa własne i dziecka z niepełnosprawnością stanowią kluczowy predyktor dopasowania psychicznego. Dlatego choć niektórzy rodzice czują się wypaleni fizycznie i emocjonalnie, to inni radzą sobie nadzwyczaj dobrze, zachowując poczucie osobistego dobrostanu. Dzieje się tak gdy, sytuacje trudne związane z opieką, edukacją czy wychowaniem odbierają oni jako wyzwania życiowe, stanowiące przestrzeń samorealizacji (Padelaidu; Seltzer i Heller; za: Glidden i Schoolcraft, 2009). A zatem nie sama sytuacja trudna, ale sposób jej interpretowania stanowi kluczowy czynnik stosowanych strategii radzenia sobie czyli readaptacji do specyficznej sytuacji życiowej.

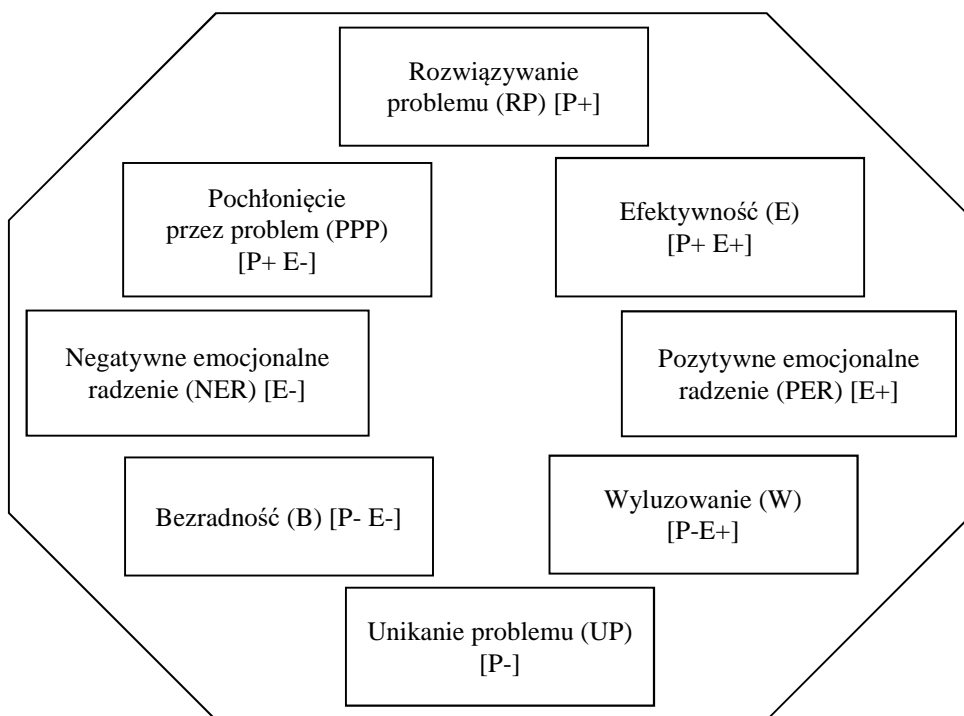
Opisane zmiany w sposobie adaptacji do niepełnosprawności dziecka pociągają za sobą zmiany w sytuacji psychologicznej, a szczególnie nasileniu i jakości doświadczanego stresu. W celu empirycznej weryfikacji aktualnego stanu psychicznego rodziców wykorzystać można **Skalę Stresu Rodzicielskiego** (*PSI – Parental Stress Inventory*) R.R. Abidin – w adaptacji A. Borowicz (2012). Składa się ona z dwóch podstawowych części: Obszaru Dziecka i Obszaru Rodzica oraz Skali Stresu Życiowego. Ta ostatnia dołączona jest do PSI jako narzędzie opcjonalne, ponieważ ocenia ona globalne stresory sytuacyjne, które moderują stres rodzicielski. Funkcjonowanie w roli rodzica zależy od szerszego kontekstu (np. utrata pracy, rozwód, narodziny drugiego dziecka czy śmierć kogoś bliskiego w rodzinie). Wysoki wynik w skali Stresu Życiowego stanowi czynnik ryzyka problemów w interakcjach rodzinnych. Wynik w skali powyżej 260 pkt w trzech wymienionych skalach stanowi wskazanie dla pomocy profesjonalnej dla rodzica.

Aby wniknąć z sferę doświadczeń stresowych rodzica można także skorzystać ze **Skali Odczuwanego Stresu PSS-10** w adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik (2009). Test przeznaczony jest do badania osób dorosłych. Zawiera 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z: problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Narzędzie to umożliwia ocenę natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca. Istotnym wyznacznikiem sytuacji psychologicznej rodzica jest poziom funkcjonowania

dziecka z NI, dlatego wspomniany test PSS-10 może integrować różne ważne doświadczenia, także te związane z rehabilitacją i rozwojem dziecka.

Strategie zmagania się z trudami macierzyństwa lub ojcostwa można wpisać w Kołowy Model Radzenia Sobie – CCM (*The Coping Circumplex Model*) K. Stanisławskiego (2019). Przyjmując założenie o dwóch zasadniczych funkcjach radzenia sobie (tj. modyfikacji stanu emocjonalnego [E] i rozwiązaniu problemu [P]) uporządkował on różne strategie na modelu kołowym (rys. 2).

Rysunek 2. Integrycyjny model radzenia sobie ze stresem



Źródło: na podstawie: Stanisławski, 2019.

Zgodnie z zaprezentowanym modelem, rodzice w sytuacjach stresowych, podejmują działania ukierunkowane w różnym stopniu na rozwiązanie problemu i modyfikację stanu emocjonalnego. Kierunek podejmowanej aktyw-

ności zmienia się w trakcie procesu przystosowania: od działań ukierunkowanych na redukcję negatywnych stanów emocjonalnych na działania ukierunkowane na wzmacnianie satysfakcji życiowej oraz od strategii ukierunkowanych na unikanie problemu na strategie pozwalające rozwiązać problem. Dlatego w ocenie aktualnego poziomu przystosowania rodzica przydatne mogą być popularne w Polsce kwestionariusze radzenia sobie (po dokonaniu niezbędnych zmian w instrukcjach, tak aby ukierunkować respondenta na interesującą nas rodzicielską przestrzeń sytuacji stresowych). Uwzględniają one bowiem strategie odnoszące się do poszczególnych wymiarów Kołowego Modelu Radzenia Sobie, na którym można opisać proces adaptacji. W tabeli 1 przyporządkowano poszczególne strategie radzenia sobie dla określonych etapów tego procesu.

Tabela 1. Charakterystyczne strategie radzenia sobie w poszczególnych etapach przystosowania rodzica do niepełnosprawności dziecka w ramach Kołowego Modelu Radzenia Sobie³

Etap Przystosowania	Kołowy Model Radzenia Sobie <i>CCM</i>	Kwestionariusz <i>WCQ</i>	Kwestionariusz <i>CISS</i>	Kwestionariusz <i>COPE</i>
Konstruktywne przystosowanie	PER			Humor
	E	Przeformułowanie		Przewartościowanie i rozwój
	RP	Planowanie rozwiązania problemu	Zadaniowe radzenie	Aktywne radzenie; Planowanie
Konstruktywne lub Pozorne przystosowanie	PPP	Konfrontacja		Powstrzymywanie konkurencyjnych czynności
Kryzys emocjonalny	NER	Samoobwinianie się		Odreagowywanie
	B		Emocjonalne radzenie	

³ Osadzenie strategii radzenia sobie w poszczególnych częściach Kołowego Modelu Radzenia sobie zostało zaczerpnięte z publikacji K Stanisławskiego (2019).

Pozorne przystosowanie	UP	Ucieczka/Unikanie	Czynności zastępcze	Odwracanie uwagi; Czynności zastępcze; Zaprzeczanie
	W	Dystansowanie się (myślenie życzeniowe)	Poszukiwanie towarzystwa	Środki psychoaktywne; Humor
Niejednoznaczny	Inne – nieuwzględnione w CCM	Poszukiwanie wsparcia społecznego; samo-kontrola		Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego; Zaprzestanie działań; akceptacja; Zwrot ku religii

Źródło: opracowanie własne.

Wskazane kwestionariusze stosowane są do badania osób dorosłych i definiują strategie jako świadome działanie w obliczu stresora (w odróżnieniu od mechanizmów obronnych, które mają charakter nieświadomy), zaś styl rozumiany jest jako względnie trwała dyspozycja do określonego zmagania się ze stresem (Łosiak, 2008). Narzędzia te są dość popularne, dlatego informacje o nich ograniczę do minimum.

Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem WCQ (*Ways of Coping Questionnaire*), opracowany został przez S. Folkman i R. Lazarusa (za: Wrześniewski, 2000). Test mierzy częstość stosowania ośmiu różnych strategii radzenia sobie ze stresem: (1) poszukiwanie wsparcia, (2) samoobwiniwanie się, (3) ucieczka/unikanie, (4) myślenie życzeniowe, (5) konfrontacja, (6) rezygnacja, (7) przeformułowanie, (8) planowanie rozwiązania problemu. Narzędzie było stosowane z powodzeniem do badań z udziałem rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju (Pisula, 1998).

Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem – COPE, Ch. Carvera, M. Scheier, J. Weintraub, adoptowany został przez Z. Juczyńskiego i N. Ogińską-Bulik (2009). Narzędzie to ma charakter samoopisowy a zatem respondent ocenia częstość podejmowania różnych działań

w obliczu sytuacji trudnych na 4 stopniowej skali typu Likerta. Działania te przyporządkowane są do 15 strategii radzenia sobie: (1) Aktywne radzenie sobie, (2) Planowanie, (3) Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, (4) Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, (5) Unikanie konkurencyjnych działań, (6) Zwrot ku religii, (7) Pozytywne przewartościowanie i rozwój, (8) Powstrzymywanie się od działania, (9) Akceptacja, (10) Koncentracja na emocjach i wyładowanie, (11) Zaprzeczanie, (12) Odwracanie uwagi, (13) Zaprzestanie działań, (14) Zażywanie alkoholu lub innych środków psychoaktywnych, (15) Stosowanie humoru. Narzędzie posiada skróconą wersję w postaci Mini-COPE, zbudowaną tylko z 28 twierdzeń (2 twierdzenia na każdy typ strategii; pominięto – Powstrzymywanie się od działania).

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS (*Coping in Stressful Situations*) N. Endlera i J. Parkera doczekał się także polskiej adaptacji (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2005). Narzędzie składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Zadaniem badanego jest określenie na 5-stopniowej skali częstotliwości, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych, stresowych. Wyniki ujmowane są na trzech skalach: SSZ – *styl skoncentrowany na zadaniu*; SSE – *styl skoncentrowany na emocjach*; SSU – *styl skoncentrowany na unikaniu*. Ten ostatni styl może przyjmować dwie postacie: ACZ – *angażowanie się w czynności zastępcze* i PKT – *poszukiwanie kontaktów towarzyskich*.

Interpretacja wyników dotyczących radzenia sobie w sytuacjach trudnych na podstawie samoopisu wymaga ostrożności, gdyż deklaracje badanego nie muszą odzwierciedlać rzeczywistych zachowań. Należy pamiętać, że zaangażowanie emocjonalne i poznawcze w przewyciężanie sytuacji stresowej ogranicza udział czynności kontrolnych (monitorowania przebiegu działań), a ponadto wierność i trwałość pamięci (np. z powodu heurystyki dostępności, prawa pierwszeństwa, zjawisk interferencji) skłaniają do ostrożności w ostatecznej interpretacji wyników (por. Heszen, 2014, 300–303).

Poznanie dominujących typów strategii lub stylu ułatwia wnioskowanie o etapie przystosowania rodzica do niepełnosprawności swego dziecka, zgodnie z sugestiami określonymi w tabeli nr 1.

Skuteczna adaptacja rodzica do dziecka niepełnosprawnego nie sprowadza się do aktywizacji strategii zadaniowych. Choć dziecko z niepełnosprawnością podlega rozwojowi i dynamicznym zmianom, to jednak jego odmienność jest względnie trwała. Za wartościowe należy zatem uznawać strategie racjonalne, dalekowzroczne i dopasowane do kontekstu (Antonovsky, 1995). To uzasadnia wartość *stylu proaktywnego*, opartego na przeciwdziałaniu przewidywanym sytuacjom trudnym (antycypacji niepowodzeń, zdarzeń traumatycznych o różnym poziomie prawdopodobieństwa wystąpienia i szkodliwości). Istotą tego stylu jest nie tylko uprzedzanie sytuacji trudnych, ale także nastawienie na odnalezienie znaczenia cierpienia w życiu osobistym. A zatem aktywność osoby w sytuacji trudnej nie sprowadza się do eliminacji stanu stresu, ale stanowi szansę ubogacenia własnej osobowości, odkrycia nowych sensów, wartości, a zatem wzrostu potraumatycznego (Heszen, 2014).

W poznaniu stylu proaktywnego (w przeciwieństwie do reaktywnego, związanego z zaistniałą już sytuacją trudną) wykorzystać można kwestionariusz PCI (**Proactive Coping Inventory**) adaptowany przez T. Pasikowskiego i innych (2002). Obejmuje on 7 wymiarów radzenia sobie: *proaktywne radzenie sobie*, na które składają się strategie samoregulacji w wymiarze poznawczym i behawioralnym; *refleksyjne radzenie sobie*, analizie alternatywnych możliwości działania; *planowanie strategiczne, którego istotą jest* opracowywanie harmonogramu działania zorientowanego na cel; *prewencyjne radzenie sobie*, dotyczące wypracowywania ogólnych strategii wobec prawdopodobnych wydarzeń stresowych; *poszukiwanie wsparcia instrumentalnego i poszukiwanie wsparcia emocjonalnego*, a także *unikanie*, rozumiane jako bierne, zdystansowane podejście do przewidywanej sytuacji trudnej.

Badacze (szczególnie w kręgu egzystencjalnego i humanistycznego) akcentując rozwojową wartość doświadczeń stresowych, skłaniają się do pozytywnego wartościowania własnych wysiłków (nadania im sensu) niezależnie od uzyskanych rezultatów (Heszen, 2014). Istotne znaczenie w tym kontekście nabierają strategie odwołujące się do filozofii życiowej, religii, jako wykładników wartości, nadających sens ludzkiemu zmaganiu się z cierpie-

niem psychicznym. Użytecznym narzędziem do poznania religijnego stylu radzenia sobie jest **RCope** (*Religious Coping*) I. Pargamenta w polskiej adaptacji E. Talik i L. Szewczyka (2008). Narzędzie obejmuje 105 twierdzeń i pozwala na dotarcie do strategii pozytywnych (*przemiana życia, poddanie się woli Boga, szukanie wsparcia w Kościele, koncentracja religijna, współpraca z Bogiem, błaganie o bezpośrednią interwencję, wsparcie duchowe, wierność praktykom religijnym, pozytywne przewartościowanie religijne*) oraz negatywnych (*karzący Bóg, samodzielne radzenie sobie, demoniczne przewartościowanie, bierność religijna, niezadowolenie z Boga, kwestionowanie mocy Boga, niezadowolenie i kwestionowanie Kościoła*).

Aktywizacja określonych strategii radzenia sobie rodzica zależy od sposobu oceny niepełnosprawności swego dziecka. Z. Lipowski (za: Miniszewska, 2019) wskazuje na następujące możliwości postrzegania choroby jako: wroga (np. *nie mam zamiaru poddać się i płakać*), kary (np. *nie musiałam w ciąży tak dużo pracować*), słabości (np. *nie potrafiłem zrezygnować z alkoholu w czasie ciąży*), ulgi (np. *nie jest najgorzej, bo niektórzy rodzice mają głębiej upośledzone dzieci niż ja*), korzyści (np. *nie mogę pracować bo zajmuje się dzieckiem, dostaję dodatkowe środki na utrzymanie, inni mi współczują i pomagają*), straty (np. *nasza rodzina nigdy nie będzie normalna, nigdy nie dorośnie i nie stanie się samodzielny*) lub wartości (np. *dzięki niemu zbliżyliśmy się w rodzinie do siebie, dzięki naszemu synkowi nauczyliśmy się kochać, pomagać innym*). Chociaż wskazana typologizacja pierwotnie odnosi się oceny własnej choroby, to może być także zastosowana do oceny niepełnosprawności swego dziecka z uwagi na stresogenny charakter obu sytuacji i podobieństwo wagi obu zdarzeń (szczególnie w kontekście „Ja” rozszerzonego na „My”). Do poznania tej subiektywnej ewaluacji można wykorzystać **Skalę Oceny Własnej Choroby** (SOWC), autorstwa K. Janowskiego i S. Steuden, S. Kuryłowicz i M. Nieśpiałowskiej-Steuden (2009). Chociaż skala ta oryginalnie służy do badania subiektywnych znaczeń, jakie pacjent nadaje własnej chorobie, to po niezbędnej modyfikacji instrukcji i weryfikacji pozycji testowych mogłoby służyć do rozpoznania oceny choroby (niepełnosprawności) swego dziecka. Narzędzie dociera do wymienionych wyżej kategorii ocen (korzyść,

strata, wartość) ale pozwala także na ocenę nasilenia spostrzegania sytuacji w kategoriach: zagrożenia (np. *Choroba jest dla mnie czymś, co wzbudza we mnie niepokój*), wyzwania (np. *Choroba jest dla mnie motywacją do zmagania się z przeciwnościami*), krzywdy (np. *Choroba jest dla mnie cierpieniem, którego sensu nie widzę*) oraz znaczenia (np. *Choroba jest dla mnie mało istotnym epizodem w życiu*). Skala przeznaczona jest do badania osób dorosłych. Badany ustosunkowuje się do podanych stwierdzeń na pięciostopniowej skali (tak – 5 punktów, raczej tak – 4 punkty, nie wiem – 3 punkty, raczej nie – 2 punkty, nie – 1 punkt).

Przydatny do poznania oceny choroby (niepełnosprawności) własnego dziecka może być także **Kwestionariusz Korzyści z Choroby SL-38** (*Silver Lining, SL-38*), w adaptacji M. Kossakowskiej (Kossakowska, Zielazny, 2013). Umożliwia on zbadanie pozytywnych aspektów (korzyści) wynikających z zachorowania: tj.: docenianie życia (np. *Teraz moje życie jest lepsze niż wcześniej*); pozytywny wpływ na relacje interpersonalne (np. *Moja choroba wzmocniła relacje z innymi*); przewartościowanie filozoficzne i religijne (np. *Jestem bardziej religijna/y, duchowa/y, dzięki chorobie*); pozytywny wpływ na innych (np. *Stałem się inspiracją dla innych dzięki chorobie*); wzrost sił wewnętrznych/siły charakteru (np. *Moja choroba pozwoliła mi odnaleźć samego siebie*).

Wymienione oceny wpływają na podejmowane strategie radzenia sobie (formy przystosowania) rodzica z niepełnosprawnością dziecka jako różnorakim stresorem. Jeśli rodzic postrzega swą sytuację w kategoriach straty to będzie skłonny do koncentracji na własnych emocjach i odreagowywaniu lub bezradnej bierności. Jeśli będzie miał poczucie krzywdy to będzie nastawiony roszczeniowo, zaś kiedy odkryje wartość sytuacji to będzie dążył do jej wykorzystania dla rozwoju i dobra dziecka. Oczywiście rodzaj podejmowanych strategii zmagania się z trudnym obiektywnie rodzicielstwem zależy od wielu czynników, ale zgodnie z podejściem poznawczym specyfika oceny ma znaczenie kluczowe.

W gąszczu czynników pośrednich (dla procesu przystosowywania) znaczenia nabierają indywidualne cechy intelektualne i osobowościowe rodzica oraz kontekst sytuacyjny. Szczególne znaczenie modyfikujące rodzicielską

transakcje stresową przypisuje się czynnikom indywidualnym takim jak: poziom inteligencji, poczucie skuteczności, osobowościowe wzorce funkcjonowania⁴. Ponadto, istotne znaczenie w zmaganiach rodzica mają czynniki sytuacyjne m.in.: cechy funkcjonalne dziecka, dostępność wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego, jakość relacji małżeńskiej, poziom zasobów ekonomicznych, zakres obowiązków życiowych, a także dostępność zaplecza rehabilitacyjnego, rewalidacyjno-terapeutycznego (Hastings i Brown, 2002; Pisula, 1998; Glidden i Schoolcraft, 2009).

Poznanie specyficznych czynników adaptacji rodzica do niepełnosprawności może być prowadzone w ramach podejścia klinicznego lub pozytywnego. Świadomość metodologiczna badacza, diagnosty stanowi punkt wyjścia dla przyjętej perspektywy. Przewidywany obraz sytuacji psychologicznej i wagi mechanizmów dopasowania stanowi kluczowy czynnik dla koncentracji na określonych zjawiskach i doborze technik i narzędzi badawczych. Koncentracja na czynnikach ryzyka skłaniać może do analizy nasilenia wzorca typu A i D (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Osobowość typu A wyróżnia funkcjonowanie w ciągłym pośpiechu, robienie kilku rzeczy na raz, nieustanne rozmyślanie o kolejnych punktach na liście „do zrobienia”. Ponadto charakterystyczny dla tego wzorca jest brak aprobaty dla nawet najmniejszych opóźnień, dążenie do perfekcji wobec siebie i innych oraz zamiłowanie do rywalizacji. Rodzic z takim typem funkcjonowania bierze na siebie zbyt wiele wyzwań, żyje w ciągłej presji czasowej i zadaniowej, wykazuje wrogość i roszczeniowość wobec innych, jest niecierpliwy i ciągle niezadowolony. Często płaci za to wypaleniem psychicznym i wyczerpaniem organizmu (Miśkowiec, Kwarta, Witusik, Pietras, 2013). Zaś wzorzec typu D, zwany osobowością stresową (*Distressed Personality*), składa się z dwóch cech: tendencji do doświadczania negatywnych emocji (*Negative Affectivity*) oraz zahamowania społecznego (*Social Inhibition*) związanego z unikaniem

⁴ Badania zmiennych indywidualnych u rodziców opierają się głównie na kwestionariuszach. W literaturze anglojęzycznej wskazuje się na dużą popularność: Beck Depression Inventory – do badania poziomu depresji zaś test Inwentarza osobowości NEO-FFI Costy i Mc Crae – szczególnie do badania neurotyczności, wrogości, impulsywności (Glidden, Schoolcraft, 2009).

relacji interpersonalnych (Denollet, 2005). Osoby reprezentujące ten typ osobowości częściej doświadczają negatywnych emocji w postaci: gniewu, irytacji, leku, przygnębienia. O ile typ A ma dążyć do konfrontacji społecznej to typ D unika jej.

Pomiar nasilenia wzorca typu A możliwy jest w oparciu o **Skalę typu A – Framinghama**, w adaptacji Z. Juczyńskiego (2009). Narzędzie to pozwala szacować dwa czynniki funkcjonowania: pośpiech i rywalizację w oparciu o 10 stwierdzeń samoopisowych. Natomiast do oceny nasilenia wzorca typu D skorzystać można z **Kwestionariusza DS14** autorstwa Denolletta adaptowanego do warunków polskich przez N. Ogińską-Bulik i Z. Juczyńskiego (2012). Skala składa się z dwóch części: negatywna emocjonalność (7 pozycji testowych) i hamowanie społeczne (10 pozycji testowych). Respondent ocenia poszczególne twierdzenia dotyczące siebie w oparciu o 5 stopniową skalę.

Nurt pozytywny natomiast skłania do rozważania zasobów indywidualnych. Zatem dla równowagi wskazać można osobowość typu B, wyróżniony jako zdrowe przeciwieństwo typu A. Choć osoby te są również są ambitne, to nie stawiają sobie zbyt wygórowanych czy nieosiągalnych celów. Osoba typu B doświadcza znacząco mniej stresu zarówno podczas pracy jak i podczas wypoczynku, w porównaniu z osobą typu A. Człowiek o tej osobowości jest cierpliwy, uważny, nastawiony na współpracę a nie rywalizację.

Potrafi on panować nad emocjami, jest postrzegany przez innych jako przyjacielski, rozluźniony. Z uwagi na biegunowe przeciwieństwo typu B wobec typu A, empiryczna weryfikacja tego wzorca funkcjonowania opierać się może na wskazanym powyżej narzędziu (tj. Skali typu A – Framinghama).

Pozytywne podejście do stresowych zdarzeń, akcentowane w ramach podejścia salutogenetycznego skłania także do eksploracji poczucia koherencji jako kluczowego dla proaktywnego stylu zmagania się z przeciwnościami losu. Poczucie koherencji to struktura o charakterze ogólnym (tj. poznawczo-motywacyjnym) i dlatego może ona mieć zastosowanie także w odniesieniu do specyficznego stresu, jakiego doznaje rodzic dziecka z niepełnosprawnością. Uwzględniając taką specyficzną aplikację można wskazać następującą charakterystykę poszczególnych komponentów rodzicielskiego poczucia koherencji:

- *Kontrolowalność*, czyli przekonanie o posiadaniu wystarczających kompetencji (instrumentów) do radzenia sobie ze stresem rodzicielskim (np. przewyciężania oporu ze strony dziecka, wzmocnienia zachowań korzystnych lub wygaszania złych nawyków, łagodzenia napięcia i konfliktów z dzieckiem, wykorzystywania dostępnej pomocy medycznej, edukacyjnej, rehabilitacyjnej, budowania więzi, umiejętność wspomaganie dziecka w sytuacjach decyzyjnych, itd.). Jego znaczenie wzrasta w sytuacjach trudnych, poddających się kontroli, a tym samym uzasadniających zadaniowe strategie rodzica.
- *Rozumienie*, czyli zdolność orientowania się w stanie somatycznym, psychicznym a także sytuacji społecznej, edukacyjnej dziecka oraz budowania spójnego obrazu własnych doświadczeń z nim. (np. rozumienie przyczyn awersyjnych zachowań dziecka, empatyczne odczytywanie intencji, itd.). Komponenta ta ma szczególne znaczenie dla poczucia koherencji w sytuacjach niekontrolowalnych, i tym samym uzasadniających unikowe działania zaradcze, służące zabezpieczeniu aktualnych zasobów rodzica.
- *Sensowność*, czyli komponent emocjonalno-motywacyjny, oparta jest na głębokim poczuciu wartości i woli życia, uzasadniającym angażowanie się w różne wyzwania rehabilitacyjne i podejmowanie wysiłku autokreacji w wymiarze osobistym i rodzinnym.

Pomiar Poczucia koherencji możliwy jest w oparciu o **Kwestionariusz Orientacji życiowej SOC-29** (*The Sense of Coherence Questionnaire*) A. Antonovsky'ego (1995). Narzędzie składa się z 29 stwierdzeń oraz trzech podskal, tj. poczucia zrozumiałości (SOC-29 ZR), zaradności (SOC-29 Z) oraz sensowności (SOC-29 S). Do pomiaru pierwszej zmiennej wykorzystuje się 11 stwierdzeń, do drugiej 10, natomiast do trzeciej 8. Respondent udziela odpowiedzi za pomocą 7-stopniowej skali typu Likerta (w której „1” oznacza, że dane nastawienie występuje zawsze, zaś „7”, że nie występuje nigdy). Narzędzie pozwala także uzyskać wynik ogólny (SOC-29), czyli nasilenie poczucia koherencji u osoby badanej.

Podjęmowane strategie radzenia sobie mają określone koszty, ponieważ wiążą się z zaangażowaniem własnych zasobów. Efektem przeceniania własnych możliwości poradzenia sobie z niepełnosprawnością dziecka, czyli aktualizacją myślenia życzeniowego może być wypalenie rodzicielskie (szczególnie wśród rodziców dzieci niepełnosprawnych lub przewlekle chorych) (Basaran, Karadavut, Uneri, Balbaloglu, Atasoy, 2013; Roskam, Brianda, Mikołajczak, 2018; Varghese, Venkatesan, 2013). Osadzenie zjawiska wypalenia w kontekście rodzicielskim zawdzięcza się R. Sullivan (Dąbrowska, 2005a), która dostrzegła problematyczne funkcjonowanie rodziców dzieci niepełnosprawnych. Warto pamiętać, że opieka, terapia i pomoc, wynikające z posiadania dziecka z zaburzeniami w rozwoju, stanowi poważne obciążenie fizyczne i psychiczne, a tym samym wymaga dużej odporności i posiadania odpowiednich zasobów zaradczych. Dlatego istnieje ścisła analogia między wypaleniem zawodowym i rodzicielskim. Chociaż większość teorii zgadza się co do składników syndromu wypalenia rodzicielskiego: wyczerpanie emocjonalne, poczucie nieskuteczności i depersonalizacja dziecka, to istnieją różnice w zakresie wyjaśnienia zależności między tymi komponentami. Według C. Maslach i S. Jacksona (1986) zespół wypalenia jest procesem sekwencyjnym, opartym na trzech następujących po sobie składnikach. Rozpoczyna się wyczerpaniem emocjonalnym wynikającym z obciążenia obowiązkami, co prowadzić może do uruchomienia obronnych strategii radzenia sobie. Koncentracja na sobie i poprawie stanu emocjonalnego może przyczyniać się do ignorowania potrzeb innych osób – wówczas dochodzi do depersonalizacji. Z kolei, zaburzenie relacji z biorcą przyczynia się do doświadczania coraz większych niepowodzeń, stopniowo prowadząc do poczucia coraz mniejszych osiągnięć osobistych. Inaczej opisują proces wypalenia J. Edelwich i A. Brodsky (za: Błaszczak, Rowicka, 2019) w ramach Koncepcji Postępującego Rozczarowania. Przyjmują oni założenia, zgodnie z którymi: a/człowiek dąży do pozytywnego bilansu w zakresie nakładów – korzyści (strat) oraz b/negatywna ocena poprzedza emocjonalne i interpersonalne następstwa wypalenia. A zatem proces ten składa się z następujących faz:

- Entuzjazmu – kiedy duże (zawyżone) oczekiwania rodzica skłaniają go do ponoszenia wysokich nakładów własnych (emocjonalnych, finansowych, czasowych itd.) czyli wielostronnego zaangażowania w proces wspomaganie rozwoju.
- Frustracji – spowodowanej rozczarowaniem, doświadczeniem porażki, spowodowanej negatywnym bilansem między nakładami (zaangażowaniem) rodzica a uzyskanymi efektami. Należy podkreślić, że ocena ta ma charakter subiektywny i wynika najczęściej z jego nierealistycznych pragnień.
- Stagnacji – która wynika z zaniżenia oczekiwań, spowodowanego dążeniem do ochrony zasobów własnych. Działania rodzica charakteryzuje wtedy niewielkie zaangażowanie na rzecz dziecka.
- Apatii – to ostatnia faza wypalenia rodzica, którą charakteryzuje utrata oczekiwań rozwojowych u dziecka. W fazie tej nawet jeśli pojawią się elementy progresu u dziecka to traktowane są jako przypadkowe. Kontakt z dzieckiem ma wówczas charakter rutynowy i ogranicza się do niezbędnych zabiegów opiekuńczych. A zatem wypalenie stanowi konsekwencję niedopasowania oczekiwań rodzica do możliwości dziecka.

Pomiar tej zmiennej może być dokonany w oparciu o polskie narzędzia powstałe na gruncie powszechnie znanej teorii wypalenia zawodowego C. Maslach i S. Jackson (1986). Przykładem jest **Kwestionariusz Wypalenia Rodzicielskiego** (*PBA – Parental Burnout Assessment*) (Roskam i inni, 2018), w polskim opracowaniu D. Szczygieł i współ. (2020). Test zbudowany jest z 23 pytań, służących do pomiaru czterech wymiarów wypalenia rodzicielskiego: wyczerpania, kontrastu, dystansu emocjonalnego i przemęczenia. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do stwierdzeń, zaznaczając cyfrę na siedmiostopniowej skali najlepiej odpowiadającą częstotliwości jej uczuć (0 – nigdy, 1 – kilka razy w roku, 2 – raz w miesiącu lub rzadziej, 3 – kilka razy w miesiącu, 4 – raz w tygodniu, 5 – kilka razy w tygodniu, 6 – codziennie). Natomiast druga adaptacja autorstwa M. Sekułowicz i P. Kwiatkowskiego (2013), eksploruje poziom: chronicznego doznawania bezsilności i wyczerpanie emocjonalne. Zespół symptomów wyczerpania oraz bezsilności, wskazuje na przestymulowanie systemu nerwowego oraz

utrata autonomii przez rodzica, w związku z pełnieniem opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością. Za główną przyczynę wypalania uznaje się tu utrzymującą się rozbieżność między oczekiwanym a doświadczanym stanem rzeczy, a zatem autorzy nawiązują do Koncepcji Postępującego Rozczarowania.

Jednak, jeśli podejmowane inwestycje okażą się efektywne wówczas nakłady nie tylko zwracają się, ale także pomnażają. Jeśli zaangażowanie finansowe, czasowe i emocjonalne rodzica w terapię dziecka przynosi wymierne efekty, wówczas bilans kosztów i korzyści może być pozytywny. Na przykład, jeśli zajęcia z Integracji Sensorycznej zwiększają gotowość komunikacyjną lub samodzielność dziecka, wówczas rodzic doświadcza sukcesu, który oddziałuje na cały system rodzinny. O ile koszty zmagania się z trudnościami są zatem nieuchronne to efekty mogą być wyczerpujące lub nagradzające. Adekwatny obraz dziecka i dostosowanie działań rehabilitacyjnych do jego możliwości i potrzeb rozwojowych (czyli uruchomienie strategii zorientowanej na problem) może przyczyniać się do samorealizacji rodzica. Można wówczas przewidywać uruchomienie procesu *postępującego spełnienia* (analogicznie do opisanego powyżej procesu *postępującego rozczarowania*). Wyznaczać go będzie pozytywna ocena osiągnięć dziecka, zwiększająca poczucie satysfakcji, a tym samym otwartości na dziecko i nowe wyzwania. Ten sposób myślenia prezentuje także C. Maslach (1998) wskazując na biegunowe przeciwieństwo wypalania, czyli *Zaangażowanie*. W strukturze zaangażowania uwzględnia się trzy wymiary (analogicznie jak w przypadku wypalania): (1) energię (w przeciwieństwie do wyczerpania), (2) współpracę (przeciwstawianą dystansowaniu się i cynizmowi), (3) przekonanie o własnej skuteczności (w przeciwieństwie do przekonania o braku osiągnięć rehabilitacyjnych, edukacyjnych i wychowawczych).

Jak zatem wykazano w tym paragrafie, sytuacja psychologiczna rodziców niepełnosprawnego intelektualnie dziecka nie jest jednoznaczna. Wiele zależy od specyfiki sytuacji trudnych związanych z jego funkcjonowaniem i formułowana przez nich subiektywna ocena, wpływająca na rodzaj aktywowanych strategii radzenia sobie. Skuteczność strategii w obszarze realizacji zadań życiowych (w tym: rehabilitacyjnych) i osiągania dobrostanu

emocjonalnego pozwala doświadczać spełnienia w roli rodzica zaś nieskuteczność naraża na wypalenie. Poznawanie rodzica w zakresie wskazanych zjawisk i zależności między nimi stanowi podstawowy warunek opracowania strategii pomocy psychologicznej.

2.2.1.2. Diagnoza relacji między rodzicami a dziećmi z Niepełnosprawnością Intelektualną

Niepowtarzalność i waga relacji rodzic-dziecko wynika z osobistego, intymnego oraz bezpośredniego charakteru tych więzi. To czyni oboje partnerów osobami znaczącymi. Tym samym rola wzajemnych relacji dla rozwoju i dobrostanu psychicznego jest nie do przecenienia (oczywiście w poszczególnych okresach życia rodzinnego podlega ona specyfikacji). Poznanie zarówno postawy rodzica wobec dziecka z niepełnosprawnością, jak i zwrotnej postawy tego dziecka wyznaczają charakter formującej się relacji.

Jakość postawy rodzicielskiej eksplorowana może być na poziomie poznawczym (*co myślę o swoim dziecku*), afektywnym (*co czuje do mojego dziecka*) i behawioralnym (*jak reaguję na moje dziecko*). Wartościowy w kontekście przedmiotu tej publikacji jest zestaw rodzajów miłości⁵ rodziców wobec dzieci z NI, zaproponowana przez M Kościelską (1998). Typologia tej autorki oparta została na podejściu empirycznym typu *bottom-up*, co skłania do podjęcia próby jej teoretycznego uporządkowania. Przyjmuje się tu założenie o regulacyjnej roli postawy rodzicielskiej tzn. że postawa stanowi formę emocjonalnej obrony rodzica w sytuacji doświadczanego kryzysu psychicznego (funkcja obronna) lub promocji celów i ambicji rodzica (funkcja rozwojowa).

Pierwszą grupę postaw stanowią miłości oparte na zaprzeczaniu, obronności percepcyjnej (typu *nie zobaczyć*). Przykładem tego nastawienia jest miłość „symbiotyczna”, polegająca na przedłużaniu więzi z dzieckiem i blokowaniu

⁵ Kategoria „miłości” dobrze odzwierciedla specyfikę stosunku rodzica wobec dziecka, dlatego będzie stosowana zamiennie z kategorią „postawa”.

przejawów samodzielnej eksploracji. Pozwala ona ograniczać doświadczanie traumy odmienności rozwojowej dziecka. W tej grupie można także umieścić miłość „za wszelką cenę dążącą do normalności”, gdy rodzice przeceniają możliwości adaptacyjne dziecka z NI, stawiając mu zadania typowe dla pełnosprawnych rówieśników. Drugą grupę tworzą postawy służące rozwiązaniu problemu rozczarowania dzieckiem (typu „zobaczyć i oddalić się”). Należą do nich: miłość „wstydliva”, „z oddali”, „własna”, „zracjonalizowana”. Rodzice dostrzegają wówczas niepełnosprawność swego dziecka, ale czują się bezradni. Wobec tego niektórzy ograniczają kontakty dziecka ze światem zewnętrznym, aby nie narazić się na porównania społeczne i doświadczenie wstydu. Inni oddalają się fizycznie, ograniczając bezpośrednio frustrujące kontakty z nim do minimum. Kolejni tworzą psychiczny pancerz ochronny, który oddziela ich od obiektu, który nie spełnił ich oczekiwań. Będąc blisko fizycznie izolują się psychicznie od niego, koncentrując się na własnych emocjach (miłość „własna”). Dzięki miłości zracjonalizowanej rodzice fałszują negatywne uczucia do dziecka, tworząc pozory akceptacji. Relacja z dzieckiem jest jednak wymuszona, oparta na obowiązku, pozbawiona szczerości uczuć. Ostatnią grupę rodziców charakteryzuje postawa typu *zobaczyć i zmienić*. Należą do nich miłość: „przebojowa”, „poświęcająca się”, dla których charakterystyczna jest podwyższona aktywność rodzica z kierunku dopasowanie innych bądź siebie do niepełnosprawnego dziecka. Pierwsza z nich polega na roszczeniowym oczekiwaniu zmian w systemie społecznym. Koncentracja na barierach i utrudnieniach zewnętrznych chroni przed świadomością własnych błędów i niedoskonałości. Z kolei w miłości poświęcającej się chodzi o dopasowanie siebie do dziecka, a więc za rekompensatę krzywd dziecka odpowiada rodzic a nie otoczenie zewnętrzne (osoby i instytucje systemu rehabilitacji). Lokowanie odpowiedzialności w innych pozwala zredukować poczucie winy.

Wymienione nastawienia rodziców miały głównie charakter obronny, tzn. służyły przewyciężeniu konfliktów intrapsychicznych. Natomiast zadaniowa (rozwojowa) orientacja na dziecko niepełnosprawne ujawnia się w postaci miłości: „uszcześliwiającej” i „rozumnej”, typu *poznać i zaakceptować*. Szczęście stanowi owoc autentycznego przeżywania dziecka jako daru zaś

„rozumność” oznacza uwzględniania potrzeb oraz możliwości dziecka i wynika z emocjonalnego uwolnienia się od fiksacji na dziecku – jako obiekcie gratyfikacyjnym. Dzięki temu miłość nabiera charakteru bezwarunkowego, gdyż porażki i sukcesy dziecka nie są odbierane przez rodzica egocentrycznie (osobiście), wskutek czego może on być bardziej skupiony na potrzebach własnych i innych zadaniach. Zachowanie zdrowej równowagi w systemie rodzinnym stwarza szanse rozwoju także dziecku z NI.

Przedstawiona typologia postaw stanowić może podstawę do rozpoznawania specyfiki nastawień konkretnych ojców i matek w ramach podejścia idyograficznego. Z uwagi na brak gotowego narzędzia badawczego do eksploracji opisanych typów miłości skonstruowano przykładowe kluczowe wypowiedzi, które mogą być wychwycone w toku obserwacji i wywiadu (o różnym poziomie strukturalizacji) – tabela 2.

Tabela 2. Wskaźniki behawioralne i werbalne różnych rodzajów miłości rodzicielskiej

Rodzaje miłości rodzicielskiej	Wskaźniki behawioralne	Wskaźniki werbalne
Symbiotyczna	Infantylny ubranka i zabawy; utrzymywanie bliskiego kontaktu	„Teraz zjemy jogurcik”; „wszędzie razem chodzimy” (wypowiedzi wskazujące na dominację tożsamości typu „my”)
Za wszelką cenę dążąca do normalności	Angażowanie dziecka w typowe kulturowo aktywności, bez uwzględnienia ryzyka niepowodzeń	„Chcemy żyć normalnie” „Da sobie radę, trzeba” „Jak będzie w normalnym środowisku to będzie się dobrze rozwijał”
Wstydliva	Ograniczanie kontaktów towarzyskich na terenie domu; zmiana otoczenia; unikanie tematu niepełnosprawności	Wydaje mi się, że wszyscy na nas patrzą”; „Czuję się naznaczona, inna w swoim środowisku” „Wstydzę się nieporadności mojego dziecka”
Z oddali	Ograniczanie bezpośrednich kontaktów z dzieckiem; przenoszenie odpowiedzialności za kontakt na inne osoby	„Nie umiem się z nim bawić”; „Drażni mnie jego zachowanie”

Własna	Koncentrowanie się na własnych potrzebach; narzekanie	„On mnie tyle kosztuje”; „Przez niego nie mogę pracować”; „Moje plany zawodowe legły w gruzach”
Zracjonalizowana	Niedopasowanie treści przekazu werbalnego do niewerbalnego, nieszczerłość wypowiedzi nt. akceptacji dziecka (podwójne wiązanie)	„Widocznie tak ma być”, „Pewnie ma to jakiś sens”; Cierpienie jest światu potrzebne” (Tendencja do ogólnikowych frazesów - „na siłę”)
Przebojowa	Dominacyjna, roszczeniowa postawa – żądanie wsparcia i udogodnień ze strony innych (np. w autobusie, przychodni)	„Ludzie nie rozumieją co to znaczy mieć dziecko niepełnosprawne”; „Takim dzieciom należy się dodatkowa pomoc”; „Na Zachodzie to niepełnosprawni mają wszystko, a u nas o wszystko trzeba walczyć”
Poświęcają się	Wyręczanie, pilnowanie, ochranianie przed stresem, usprawiedliwianie dziecka przed innymi (tworzenie parasola ochronnego nad dzieckiem)	„Te dzieci są takie biedne”; „Co one od życia mają – tak niewiele”; „Nigdy nie dorosną”; „Trzeba przy nich być, żeby sobie nie zrobiły krzywdy”; „One i tak pozostaną dużymi dziećmi”
Rozumna	Elastyczne i dopasowane do kontekstu celowe, racjonalne zachowania	„Staram się mu pomóc”; „Unikam przestymulowania go”; „Widzę plusy i minusy jego funkcjonowania” „Staram się zaspakajać jego potrzeby ale myślę też o sobie”
Uszczęśliwiająca	Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu z dzieckiem, okazywanie pozytywnych uczuć w trakcie kontaktu (żartowanie, bliskość fizyczna, dotykowa, przytulanie) Dopasowanie przekazu werbalnego do mowy ciała; przekonujące szczere wyznania.	„On jest dla mnie darem”; „Lubię z nim być, bawić się, skakać, śpiewać, grać w piłkę, śmiać się”

Źródło: opracowanie własne.

Jak już zasygnalizowano wcześniej diagnoza postawy rodzicielskiej nie powinna się sprowadzać wyłącznie do jej opisu, ale powinna być ona rozszerzona na poznanie mechanizmów jej aktywizacji, czyli zastosowanie diagnozy funkcjonalnej. Przyjęcie założenia obronnej roli postawy rodzicielskiej skłania do eksploracji negatywnych doświadczeń afektywnych. Postawy rodzicielskie nie są bowiem zjawiskiem izolowanym, ale kształtują się w kontekście czynników psychologicznych i sytuacyjnych. Dowodzi tego opisane w poprzednim paragrafie zjawisko wypalenia rodzicielskiego, którego mechanizm sprzęga doświadczenia osobiste rodzica i zachowania wobec dziecka. Bowiem wymiar wewnętrzny (emocjonalne wyczerpanie, negatywna ocena własnych osiągnięć) przyczynia się do określonych form reagowania tj. uprzedmiotowienia, depersonalizacji dziecka. A zatem jakość sytuacji psychologicznej, a szczególnie doświadczenia emocjonalne rodzica w relacji z dzieckiem oraz poczucie efektywności może być kluczem do zrozumienia określonej postawy rodzicielskiej. Dlatego rozpoznanie subiektywnych przeżyć rodzica w zakresie różnych rodzajów lęku, żałoby, gniewu czy radości (analizowanych w poprzednim paragrafie w kontekście procesu przystosowania psychologicznego rodzica) pozwala lepiej zrozumieć kształtującą się nastawienie wobec dziecka niepełnosprawnego, a tym samym specyfikę subsystemu: rodzic-dziecko. W kontekście nasilonych stanów lękowych (np. „przed nienormalnością dziecka”, „konfrontowaniem go w nowych sytuacjach”) można oczekiwać miłości symbiotycznej, która umożliwia przejęcie kontroli nad zachowaniami dziecka, i tym samym minimalizację aktualnych niepowodzeń (w perspektywie długofalowej blokowanie samodzielności dziecka zwiększa ryzyko zaburzeń zachowania). Podobnie miłość „wstydliva”, poprzez izolację społeczną dziecka chroni rodzica przed doznawaniem lęku przed odrzuceniem i wrogością ze strony innych. Z kolei miłość „poświęcająca się” może łagodzić może poczucie winy. Rozładowaniu emocji gniewnych lub zrekompensowaniu swej straty służyć może miłość „przebojowa”, w której rodzic przenosi złość się na obiekty spoza rodziny i roszczeniowo domaga się wsparcia. Aby zminimalizować doświadczenie złości wobec własnego dziecka i żałoby po stracie dziecka wyobrażonego rodzic może przyjmować postawę miłości typu „z oddali”, która umożliwia zdystan-

sowanie się psychiczne do nieakceptowanego dziecka. Podobnie w miłości: „zracjonalizowanej”, „własnej” lub „za wszelką cenę dążącej do normalności” duże znacznie może mieć przeżywana żaloba po stracie wyobrazonego dziecka lub obniżenie własnej wartości. Natomiast rozpoznanie objawów miłości „rozumnej” (np. dostosowanie oczekiwań do możliwości dziecka, koncentracja na potrzebach wszystkich członków rodziny, w tym własnych) lub „uszcześliwiającej” (np. doświadczanie radości z własnego dziecka) wskazuje na rekonstrukcję obrazu siebie i systemu osobistych wartości (jako czynników adaptacji psychicznej do własnej roli życiowej).

Kształtowanie się postawy rodzica wobec własnego dziecka zależy także (zgodnie z cyrkularnym podejściem do rodziny) od samego dziecka, a ściślej od poziomu i jakości jego funkcjonowania, związanego ze specyfiką zaburzenia rozwoju (Twardowski, 1999). Chociaż głębokość zaburzenia zwykle koreluje z poziomem stanu stresu u rodzica, to zależność ta podlega wpływowi także innych czynników pośredniczących (Shin; Dykens; i inni, za: Glidden i Schoolcraft, 2009). Należy do nich postępy rozwoju dziecka oraz jego zachowania interpersonalne, czyli poziom intelektualnego rozwoju i społecznego przystosowania (Schlallock i inni, 2010). Zgodnie z ustaleniami Amerykańskiego Stowarzyszenia Zaburzeń Intelektualnych i Rozwojowych (AAIDD), szczególne znaczenie przypisuje się zdolnościom przystosowawczym, które obejmują następujące umiejętności:

- Poznawcze – językowe, czytanie, pisanie, znajomość czasu, liczby, pieniędzy;
- Społeczne – przestrzeganie norm, ochrona przed wykorzystaniem (ostrożność), utrzymywanie relacji społecznych, rozwiązywanie problemów społecznych, adekwatna samoocena;
- Praktyczne – samoobsługa, troska o siebie (zdrowie, bezpieczeństwo), umiejętności zawodowe, gospodarowanie pieniędzmi, podróżowanie, plany/rutyna, używanie urządzeń komunikacji.

Poznanie poziomu opanowania tych kompetencji umożliwia polska wersja testu **ABAS-3 (Adaptive Behavior Assessment System-3)** Harrisona i Oaklanda, adoptowana przez zespół W. Otrębskiego (2019). Narzędzie pozwala na określenie profilu wyników (wyrażonych w postaci IQ) dotyczących 10

specyficznych umiejętności: Komunikacja, Życie w społeczności, Funkcjonalne umiejętności poznawcze, Życie domowe/szkolne, Zdrowie i bezpieczeństwo, Wypoczynek, Samoobsługa, Kierowanie sobą, Uspołecznienie, Praca. Ponadto dostarcza też Ogólnej Miary Adaptacji (także w postaci IQ). Polskie badania normalizacyjne obejmują grupę od 1 do 20 roku życia.

Rozpoznanie poszczególnych aspektów postawy rodzicielskiej możliwe jest w oparciu o narzędzia oparte na technikach: opisowych (szczególnie komponenty poznawczej) i obserwacyjnych (szczególnie komponenty emocjonalnej i behawioralnej). Narzędzia mogą koncentrować się na subiektywnej perspektywie rodzica, małżonka lub samego dziecka. Badanie postawy rodzicielskiej w ocenie samego rodzica najczęściej realizowane jest najczęściej w oparciu o narzędzia kwestionariuszowe. Przykładem narzędzia opartego na samoopisie jest **Test Kompetencji Rodzicielskich (TKR)**, A. Matczak i A. Jaworowskiej (2017). Test przeznaczony jest do oceny kompetencji rodzicielskich sprzyjających kształtowaniu u dziecka autonomii i umiejętności samoregulacyjnych oraz poczucia skuteczności. Jego zaletą jest odwoływanie się do konkretnych, choć hipotetycznych zdarzeń z życia dziecka, co zwiększa u badanego rodzica poczucie uczestnictwa. Test opiera się bowiem 30 krótkich historyjek opisujących różne problemowe sytuacje wychowawcze (związane z kłopotami dziecka, jego niewłaściwym zachowaniem lub trudnymi czy niemożliwymi do spełnienia żądaniami), choć niektóre historie dotyczą wydarzeń o charakterze pozytywnym, np. sukcesów dziecka. Historyjki dotyczą dzieci w różnym wieku i różnych dziedzin aktywności (nauka szkolna, obowiązki domowe, kontakty z rówieśnikami, rozrywka), a opisane zachowania rodzicielskie różnią się stopniem sprawowanej nad dzieckiem kontroli, sztywności systemu wymagań oraz zaangażowaniem emocjonalnym. Do poszczególnych historyjek przypisane są trzy możliwe sposoby zachowania rodzica, a badany ma w stosunku do każdego z nich ocenić prawdopodobieństwo, z jakim tak właśnie by się zachował. Ponadto test umożliwia ocenę skłonności rodzica do popełniania błędów wychowawczych typu: rygorizm, permissywność, nadopiekuńczość i bezradność. Zastosowanie tego typu narzędzi (opartych na samo-opisie), budzi pewne zastrzeżenia, gdyż rodzic może się obawiać wyrażania prawdziwych opinii a sprawa nastawienia wobec

własnego dziecka ma charakter intymny, dlatego uzyskane wyniki mogą odzwierciedlać społecznie oczekiwany a nie rzeczywisty obraz postawy wobec własnego niepełnosprawnego dziecka. Ponadto negatywne odczucia wobec dziecka mogą być w sposób nieświadomy tłumione lub deformowane (Stemplewska-Żakowicz, 2016). Przesłanki te skłaniają do stosowania technik projekcyjnych np. **Testu Niedokończonych Zdań – RISB** J. Rottera w adaptacji A. Jaworowskiej i A. Matczak (1998) (szczegółowiej opisanego w par.dot. sytuacji psychologicznej dziecka pełnosprawnego).

Przepracowaniu własnej postawy rodzicielskiej w oparciu o konfrontację z wzorami wyniesionymi z dzieciństwa mogą służyć techniki introspekcyjne. Na przykład narzędzie **Inwentarz Rodzicielskich Technik Wychowawczych (IRTW)** A. Gały⁶ (za: Otrębski, 1989), oparty na koncepcji motywacji altruistycznej Martina L. Hoffmana. Narzędzie typu retrospekcyjnego odnosi się do wspomnień z okresu przedszkolnego, wieku około 10 roku życia lub szkoły średniej. Zadaniem badanego jest rozpoznanie jednego z 3 możliwych zachowań rodzica (matki lub ojca) w sytuacjach konfliktowych, które reprezentują następujące techniki wychowania: podkreślania mocy, przewagi nad dziećmi, wycofywania miłości, wprowadzania w zasady. Narzędzie nie posiada norm, może zatem mieć zastosowanie do analizy jakościowej lub badań porównawczych.

Perspektywę retrospektywną wykorzystuje także **Kwestionariusz PCR** (*A Parent-Child Relations Questionnaire*) A. Roe i M. Siegelman w opracowaniu W. Kowalskiego (1982), przeznaczony jest do pomiaru charakterystycznego zachowania rodziców w stosunku do swych dzieci, przy czym zachowania te poznawane są z perspektywy młodzieży lub osób dorosłych. Przedmiot badania jest zatem zbieżny z doświadczeniem społecznym rozumianym jako świadoma, poznawcza reprezentacja celowych zachowań innych wobec jednostki (Kurtek, 2015a). Kwestionariusz dociera do doświadczeń: postawy kochającej (*Loving*), odrzucającej (*Rejecting*), wymagającej (*Demanding*), liberalnej (*Casual*) oraz ochraniającej (*Protecting*).

⁶ Inwentarz Rodzicielskich Technik Wychowawczych (IRTW) A. Gały jest dostępny w Pracowni Testów KUL (nr inwentarzowy 339/2p).

Narzędzie oparte jest na 50 pozycjach testowych dotyczących konkretnych zachowań rodziców wobec dzieci⁷. Postawy własnych rodziców mogły odegrać istotną rolę w kształtowaniu aktualnych nastawień wobec niepełnosprawnego dziecka, dlatego rozpoznanie ich stanowić może podstawę do przepracowania nabytych w procesie społecznego uczenia się postaw i ich dopasowanie do dziecka ze specjalnymi możliwościami i potrzebami rozwojowymi.

Postawa rodzica podlega rozpoznaniu i interpretacji przez dziecko niepełnosprawne intelektualnie, efektem tego jest specyficzna reprezentacja poznawcza matki i ojca (uzależniona od umysłowych możliwości kodowania zdarzeń). Zachowania rodzica mogą być rejestrowane na poziomie enaktywnym, ikonicznym lub/i werbalnym. A zatem narzędzia badawcze wykorzystujące perspektywę dziecka do oceny postaw rodzica powinny być dostosowane do rodzaju aktywizowanych przez dziecko sposobów rejestracji sytuacji. W przypadku dzieci o niższym wieku umysłowym tj. na poziomie inteligencji sensoryczno-motorycznej, badania powinny opierać się na technikach obserwacyjnych, które umożliwiają analizę specyficznych aktów komunikacyjnych dziecka wobec ojca lub matki. Ujawniany styl przywiązania (unikowy, bezpieczny lub ambiwalentny) stanowi wskaźnik pierwotnych nastawień afektywnych wobec rodzica. W przypadku dzieci, które osiągnęły zdolność wyobrazeniowego reprezentowania obiektu ojca, matki oraz rodzeństwa możliwe staje się wykorzystanie technik opartych na rysunku (w tym Rysunku Rodziny Cormana w adaptacji M. Braun-Gałkowskiej, 1991), zabawie tematycznej, słowie (np. Testu Zdań Niedokończonych w opracowaniu J. Kostrzewskiego). Zastosowana wówczas może być **Metoda obrazkowa J. Kagana i J. Lemkina** (za: Minczakiewicz, 1990) do badania postaw rodziców wobec dziecka. Test obejmuje 10 kart (osobno wersja dla chłopców i dla dziewcząt) z obrazkami przedstawiającymi pozytywne i negatywne zachowania wobec dziecka. Badany projektuje, to kim jest postać udaremniająca lub zaspakajająca jego

⁷ Wykorzystanie pojęć konkretnych czyni to narzędzie dostępnym poznawczo nie tylko dla osób pełnosprawnych, ale także dla młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną.

potrzeby (np. pokazano czyjąś rękę podającą dziecku lody – *czyja to ręka?* Dziecko dostaje klapsa od osoby której nie widać na rysunku – *od kogo ten klaps?*).

Analiza postaw rodzicielskich w percepcji dziecka może także odbywać się z wykorzystaniem technik werbalnych, opartych na wymiarze świadomym (tj. wywiadzie lub kwestionariuszu). Przykładem wywiadu z dzieckiem jest **Test Percepcji Rodziców (TPR)** – „Moja matka”, „Mój Ojciec”, „Moi rodzice” (Minczakiewicz, 1990). Umożliwia on analizę odbieranych przez dziecko stanów uczuciowych i zachowań ze strony matki i ojca oraz poziom spójności między nimi.

Nowym narzędziem, opracowanym specjalnie do poznania doświadczeń młodzieży z lekką NI z rodzicami jest **Indeks Schematów Rodziców** („*Moi rodzice*” ADAO-R) (Kurtek, 2015a) (zał. 1 w aneksie). Test oparty jest na Teorii Schematów Społecznych B. Wojciszke (1986). Schemat rodzica na poziomie skryptowym akcentuje specyficzne intencjonalne działanie wobec dziecka. Powtarzające się epizody zachowań rodzica skłaniają dziecko do formowania wiedzy uogólnionej, przyjmującej postać schematu poznawczego. Schemat ten pozbawiony jest elementów konkretnych i przypadkowych na rzecz zgeneralizowanych. A zatem powtarzalne zachowania matki lub ojca formują sieć przekonań i oczekiwań wobec nich. Narzędzie umożliwia poznanie nasilenia:

- reprezentacji akceptacji, która odzwierciedla działania afirmujące, potwierdzające wartość dziecka i schematów odrzucenia, które stanowią ich zaprzeczenie i ujawniają się w formie działań poniżających, lekceważących, deprecjonujących;
- reprezentacji autonomii, które uwidaczniają się w postaci zachowań upodmiotowujących, respektujących samodzielne sądy, preferencje i potrzeby oraz schematów dominacji, wyrażających się poprzez działania uprzedmiotowujące lub wyręczające ze strony rodzica.

Schematy poznawcze dzieci i młodzieży z lekką NI mogą przyczyniać się do określonych działań wobec rodziców. Szczególne znaczenie dla relacji rodzinnych mają zachowania w sytuacjach trudnych. Dzieci potrafiące prospołecznie radzić sobie w konfliktach z rodzicami mają lepsze relacje z nimi

niż te, które aktywizują strategie antyspołeczne (szczególnie agresywne). Poznanie strategii zaradczych stosowanych w sytuacjach poniżenia lub dominacji ze strony rodziców możliwe jest w oparciu o projekcyjny **test R-PDPI** (Kurtek, 2015b)⁸ (zał. nr 4 w aneksie – poszerzony o możliwość badania typów atrybucji przyczynowej). Narzędzie to obejmuje sytuacje trudne związane nie tylko z relacjami z rodzicami, ale także z nauczycielami i rówieśnikami z klasy szkolnej (poniżenie i dominacja ze strony rodzica i nauczyciela oraz przemocy i izolacji ze strony rówieśników). Poszczególne pozycje testowe przyjęły postać konkretnych negatywnych zdarzeń, sytuacji z życia szkolnego i domowego, opisanych językiem konkretnym, adekwatnym do obniżonych możliwości poznawczych młodzieży z lekką NI. Narzędzie ma charakter otwarty i jest ustrukturalizowana językowo, gdyż badany pytany jest o własne zachowanie w obliczu określonych zachowań osób znaczących. Technika aktywizuje poczucie uczestnictwa, przywołując typowe sytuacje trudne z przestrzeni domowej lub szkolnej i skłania do samodzielnego projektowania własnych działań zaradczych. Przykładem takiej prowokacji, skłaniającej do swobodnej reakcji są scenki:

1. *Wyobraź sobie, że masz sympatię (tzn. Kogoś, kto Ci się podoba) i lubisz się z nią/nim spotykać. Pewnego dnia w domu tato mówi Ci, że to nie jest odpowiednia osoba dla Ciebie i zabrania Ci spotykać się z nią. Jak się zachowasz wobec taty?*
2. *Wyobraź sobie, że zarobiłeś na wakacjach trochę pieniędzy i zaplanowałeś, że wydasz je na swoje potrzeby (np. kosmetyki, ubrania, słodczyce). Kiedy wracasz do domu, mama każe Ci kupić sobie za te pieniądze książki do szkoły na przyszły rok. Jak się zachowasz wobec mamy?*

Ujawnione przez badanego działania zaradcze analizowane są jakościowo, oddzielnie dla każdej sytuacji w oparciu o zestaw kategorii, opracowanych na podstawie Strategicznego Podejścia do Radzenia Sobie S. Hobfolla (2006), który uwzględnia następujące wymiary: aktywność-pasywność, pro-antyspo-

⁸ Szczegóły dotyczące procedury powstania i kategorie interpretacyjne zaprezentowano w ogólnie dostępnym czasopiśmie (Kurtek, 2015b).

łeczność, bezpośredniość-pośredniość. Dodatkowo zestaw szczegółowych kategorii został uzupełniony o poznawcze i behawioralne formy unikowości zaproponowane przez S. Hartley i W. McLean (2008). Jakościowa interpretacja pozwala na ustalenie następujących tendencji zaradczych: asertywnych, kompromisowych, ugodowych, agresywności bezpośredniej lub pośredniej, przewartościowania, poszukiwania alternatywnych – pośrednich sposobów gratyfikacji własnych potrzeb oraz strategii pasywnych poznawczo i behawioralnie.

Rozpoznanie dominującego stylu radzenia sobie może stanowić podstawę dla ewentualnej interwencji psychologicznej. Badania własne autora wskazały na istotne znaczenie mediacyjne atrybucji przyczynowej w radzeniu sobie młodzieży z lekką NI w społecznych sytuacjach trudnych z matką oraz ojcem (Kurtek, 2016b). Uwzględniając koncepcję atrybucji G. Kelley'a (1973) można przewidywać, iż rozszerzenie repertuaru interpretacji negatywnych zachowań innych osób wobec podmiotu opierać się może na treningu poznawczym ukierunkowanym na predykatory atrybucji przyczynowej tj. spójność, wybiórczość, konsensus, powszechność zachowań. Analiza spójności sprowadza się do wspomnień dotyczących powtarzalności lub zmienności określonych zachowań (np. poniżania) danej osoby wobec adolescenta z lekką NI. Podważenie stabilności takich zachowań przyczynić się może do przeniesienia atrybucji z negatywnych na sytuacyjne, a tym samym wycofanie tendencji agresywnych na rzecz prospołecznych.

2.2.1.3. Poznawanie więzi małżeńskiej rodziców dziecka z Niepełnosprawnością Intelektualną

Poza relacją dziecka z rodzicami (systemem rodzic-dziecko) istotne znaczenie dla funkcjonowania całego systemu ma więź między małżonkami (systemem małżeński). Analizę więzi między mężczyzną a kobietą sprowadzona zostanie do dwóch aspektów: a/ co łączy dwojga i b/ jak niepełnosprawność dziecka zakłóca to, co łączy ich związek. Pierwszy aspekt sprowadza się do wydobycia wymiarów, które skłaniają małżonków do bycia

razem. Można tu wymienić czynniki: fizjologiczne (związane z namiętnością, atrakcyjnością fizyczną), uczuciowe (oparte na intymności i gotowości do dzielenia osobistych przeżyć), wolicjonalne (związane ze zobowiązaniem, świadomym wyborem współdziałania w określonym obszarze). Ustalenia te wpisują się Trójczynnikiem koncepcję miłości R. Sternberga (za: Wojciszke, 2001), zgodnie z którą miłość tworzą takie komponenty jak: *namiętność, intymność i zobowiązanie*. Namiętność – opiera się głównie na pociągu fizycznym do drugiej osoby a jego spełnieniem jest zjednoczenie seksualne z ukochaną osobą. Owocem gratyfikacji namiętności są pozytywne emocje (np. radość, szczęście), zaś oznaką deprywacji – emocje negatywne (np. zazdrość, poczucie samotności). Kolejny element związku: intymność – wyraża się w doświadczeniu bliskości uczuciowej. Oznacza ona gotowość do dzielenia się własnymi przeżyciami i empatycznego odzwierciedlenia emocji partnera. Intymność wymaga poczucia zaufania i bezpieczeństwa, bez których trudno otwierać świat prywatnych, niedostępnych dla innych osób radości, pragnień, lęków czy zwątpień. Doświadczenie zrozumienia, szacunku i wsparcia emocjonalnego konstytuuje intymną więź małżonków. Natomiast zaangażowanie, można rozważać z dwu perspektyw: krótko i długoterminowej. W pierwszym przypadku o zaangażowaniu świadczy podjęcie decyzji o związaniu się z daną osobą (jawna deklaracja w postaci oświadczenia, złożenia ślubu). Natomiast o zaangażowaniu długoterminowym świadczą wszelkie działania mające na celu ochronę i utrzymanie relacji: świadome ukierunkowanie wysiłku i ponoszenie wyrzeczeń w celu budowania relacji (w tym rozwiązywanie problemów), dostosowywanie własnych działań do wspólnego dobra, wywiązywanie się z obowiązków.

Uzupełnieniem Trójczynnikowego modelu Sternberga jest koncepcja Dobranego Związku Małżeńskiego wg J. Rostowskiego (1987). Autor wskazuje na wagę intymności, ale także podkreśla rolę innych czynników: podobieństwa, samorealizacji oraz rozczarowania w ocenie jakości małżeństwa. Czynnik intymności jest tu pojmowany jako wysoki poziom satysfakcji z bycia w bliskiej relacji z partnerem, a charakteryzuje go potrzeba tworzenia relacji otwartej, polegającej na zaufaniu, bliskości i szczerości. Samorealizacja – pozwala na spełnianie własnych zadań życiowych, realizowanie siebie

i budowanie swojego systemu wartości. Czynnikiem podobieństwa odnosi się do zgodności małżonków w zakresie wspólnie ustalanych celów i podejmowanych decyzji. Chodzi tu także o zbieżność poglądów obojga w różnych obszarach życia w związku, np. dotyczące spędzania wolnego czasu czy kwestii wychowania dzieci. Z kolei ostatni czynnik, czyli rozczarowanie stanowi o poczuciu porażki życiowej, wynikającej z zawarcia związku małżeńskiego. Rozczarowanie jest silnie powiązane ze zmniejszonym poczuciem odpowiedzialności za związek i w związku z tym pojawiających się myśli o rozstaniu z partnerem, rozwodzie i podjęciem nowego życia samemu.

Podobne elementy tworzące miłość małżeńską wyodrębniła M. Braun-Gałkowska (1985). Autorka wykorzystując model rozwojowy, wskazała na stopniowe dojrzewanie dziecka, młodzieńca, i w końcu osoby dorosłej do miłości w oparciu o dojrzewające, specyficzne mechanizmy psychiczne. Istotą miłości wczesnodziecięcej jest potrzeba przywierania, bliskości dotykowej z matką (ojcem), która stanowi bazę dla kształtowania czynnika namiętności. W okresie późnego dzieciństwa pojawia się potrzeba ekskluzywnych relacji z rówieśnikiem tej samej płci. Doświadczenie zdrady, zerwania, opuszczenia czy ujawnienia wspólnych tajemnic paczki lub diady stanowi wskaźnik dojrzewającej potrzeby wyłączności, stanowiącej podstawę wierności i lojalności związku. Zdolność do decentracji poznawczej w okresie adolescencji umożliwia rozwój rozumienia empatycznego i daje podstawę do intymnej wymiany emocjonalnej. Zaś wykształcenie zdolności odpowiedzialności za siebie i innych umożliwia allocentryczne działania na rzecz drugiej osoby i tym samym konstytuuje czynnik zobowiązania w ramach „miłości aktywnej”. W ten sposób dochodzi do stopniowego kształtowania się dojrzałej miłości opartej na: bliskości, wyłączności, współodczuwaniu i aktywnym wspieraniu małżonka.

W opisanych powyżej koncepcjach miłości można dostrzec założenia podejścia personalistycznego, zgodnie z którym szczęście osobiste stanowi wtórny skutek bezinteresownego zaangażowania na rzecz małżonka (jako osoby). Alternatywę stanowi podejście eudajmonistyczne, które uzależnia szczęście w związku od dopasowania relacji do indywidualnych motywów partnerów (szczególnie obserwowane w komponencie: samorealizacji i roz-

czarowania). Można zatem wskazać dwa typy orientacji w związku: eudajmonistyczny („na Siebie”) i personalistyczny („na Ciebie”).

Rodzaj tej orientacji może mieć duże znaczenie w reagowaniu na zmiany, jakim naturalnie podlega związek, a także na zmiany nieoczekiwane, szczególnie o charakterze traumatycznym. Do takich zwykle należy niepełnosprawność intelektualna dziecka. Sposób radzenia sobie małżeństwa, czyli utrzymania dobrostanu w zakresie opisanych czynników więzi stanowi poważne wyzwanie i z pewnością zmienia się w czasie (co można obserwować w ramach badań podłużnych). Jednak dominujące badania poprzeczne akcentują ryzyko negatywnego wpływu niepełnosprawności intelektualnej dla jakości systemu małżeńskiego. Zaburzenie więzi zagraża poszczególnym czynnikom miłości małżeńskiej: namiętności, intymności, zaangażowaniu i zgodnym współdziałaniu oraz samorealizacji. Tym samym stwarza ryzyko dla rozczarowania związkiem. Zależnie bowiem od spostrzeganych przyczyn stanu zdrowia dziecka oraz subiektywnego prawdopodobieństwa poczęcia kolejnego niepełnosprawnego dziecka zagrożona jest aktywność seksualna, istotna dla gratyfikacji fizjologicznego czynnika więzi tj. namiętności. Zadaniowe podejście rodziców do wychowania, rehabilitacji i zabezpieczenia finansowego choć początkowo wzmacnia zgodne zaangażowanie małżonków na rzecz dziecka, to stanowi czynnik ryzyka zaniedbania emocjonalnych potrzeb związku. Szczególnie koncentracja matki na niepełnosprawnym dziecku powoduje, że ich małżeństwo przestaje być intymnym związkiem kobiety z mężczyzną i sprowadza się do współpracy przy rehabilitacji dziecka. Kobieta staje się wówczas przede wszystkim matką, a przestaje być ona i być przyjacielem i partnerką (Karwowska, 2007; Kluczyńska, 2003). Pomimo dużego zaangażowania emocjonalnego rodziców w relacje z partnerem, brak we wzajemnych stosunkach komplementarności i zrozumienia (Stelter, 2014). W obliczu narastających problemów, obowiązków, konfliktów małżonkowie mogą odczuwać nie tylko utratę możliwości samorealizacji w związku, ale także rozczarowania nim. Pojawia się wówczas wzajemna obcość, poczucie oddalenia, niezrozumienia a nawet odrzucenia. Towarzyszy im wówczas poczucie straty, które pozbawia ich oczekiwań i czyni ich zamkniętymi w sobie (Buczyński, 2001; Pisula, 1998). Niektórzy ojcowie ograniczając się

w swej roli do stereotypowych zajęć praktycznych, dotyczących utrzymania domu, mogą reagować chorobami psychosomatycznymi (Stelter, 2009a). Inni opuszczają rodzinę i zaczynają inwestować w nowe relacje partnerskie lub alternatywne obszary życia (Twardowski, 1999; Pisula, 1998, 2007). Izolacja od rodziny osłabia więź małżeńską i jest czynnikiem dezintegracji małżeństwa. Przedstawiony scenariusz można traktować jako dominujący, ale nie jedyny⁹.

Powyzsze zagrożenia relacji małżeńskiej stanowią wyzwania dla systemu pomocy. Rozpoznaniu jakości związku służyć mogą narzędzia badawcze. Uznaje się, że poziom satysfakcji ze związku szacowany jest na podstawie subiektywnych ocen respondentów, co uzasadnia stosowanie narzędzi kwestionariuszowych. Na szczególną uwagę zasługują narzędzia oparte na opisanych powyżej koncepcjach i docierające do zagrożonych czynników więzi małżeńskiej¹⁰. Do pomiaru satysfakcji małżeńskiej wykorzystać można **Kwestionariusz Dobranego Małżeństwa** opracowany przez M. Plopa i J. Rostowskiego (Plopa, 2008). Składa się on z 32 twierdzeń i bada poziom satysfakcji małżeńskiej w czterech szczegółowych wymiarach:

- a) *Intymność* – mierzy poziom satysfakcji z bycia w bliskiej relacji z partnerem. Przejawia się to w potrzebie budowania relacji otwartych, bliskich, zaangażowanych, do pracy nad relacją, trosce o nią. Wysoki poziom intymności oznacza bliskie związanie partnerów, przekonanie o wzajemnej miłości;
- b) *Samorealizacja* – mierzy poziom satysfakcji małżeństwa, w którym można realizować samego siebie. Role, które jednostka pełni właśnie

⁹ Niektóre badania pokazują, że pomimo ryzyka negatywnych następstw obserwuje się również sytuacje pozytywnego zaangażowania męża we wspieraniu emocjonalnym małżonki (Stelter, 2014).

¹⁰ Niestety dotychczas nie został walidowany test miłości oparty na wspomnianej Triangulacyjnej koncepcji miłości. Można jednak dla badań porównawczych (inter-grupowych) lub longitudinalnych (intra-grupowych) wykorzystać zestaw przetłumaczonych i rekomendowanych przez B. Wojciszke (2001) pozycji testowych eksplorujących trzy wymiary miłości: namiętność, intymność i zaangażowanie. Pozwala ona na ocenę zmian i nasilenia poszczególnych komponentów, i tym samym wskazuje kierunki wsparcia małżonków.

jako małżonek i członek rodziny dają jej satysfakcję. Przy wysokim poziomie na tej skali małżeństwo staje się dla partnerów ważną częścią satysfakcjonującego życia;

- c) *Podobieństwo* – mierzy poziom zgodności małżonków w kwestii ważnych celów małżeńskich i rodzinnych takich jak: czas wolny, rozwój związku, tradycje rodziny, wychowanie dzieci, organizacja życia w rodzinie;
- d) *Rozczarowanie* – mierzy poziom rozczarowania małżeństwem, wskazuje, na ile bycie w związku ogranicza poczucie niezależności i autonomii małżonka, jak mocno wycofany lub unikający jest partner i nie podejmuje odpowiedzialności za relację.

Wszystkie wymiary zsumowane dają wynik ogólny – odzwierciedlając ogólny poziom satysfakcji małżeńskiej (jednak wynik z wymiaru Rozczarowania wymaga inwersji).

Rozpoznaniu potrzeb małżonków służyć może także **Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM)**, opracowany przez M. Plopę (2008). Kwestionariusz bada jakość komunikacji małżeńskiej w trzech wymiarach:

- a) *Wsparcie* – jest określane jako okazywanie szacunku partnerowi poprzez zainteresowanie problemami partnera, docenianie jego starań, codzienna troska o partnera jak też uczestnictwo we wspólnym rozwiązywaniu sytuacji problemowych;
- b) *Zaangażowanie* – jest określane jako umiejętność okazywania sobie uczuć, co skutkuje wzajemnym zrozumieniem i bliskością w związku, staraniem atrakcyjnego spędzania wspólnego czasu, zaznaczanie wyjątkowości i wagi osoby oraz relacji z partnerem jak również dążenie do zapobiegania konfliktom;
- c) *Deprecjacja* – odnosi się do komunikatów i zachowań agresywnych wobec partnera a także prób dominacji i kontroli, braku szacunku wobec partnera w związku.

Kwestionariusz ten posiada dwie postacie: jedna z nich przeznaczona jest do oceny własnych zachowań komunikacyjnych, druga – do oceny zachowań partnera. Każda z tych form ma po 30 pozycji testowych. Poziom wsparcia i zaangażowania można dodatkowo analizować bardziej szczegó-

łowo (wsparcie lub zaangażowanie zorientowane na ogólne samopoczucie partnera oraz wsparcie lub zaangażowanie zorientowane na konkretne problemy partnera).

Analiza profilu małżeństwa w zakresie poziomu czynników wzmacniających (namiętność, intymność, podobieństwo i samorealizację) i osłabiających (rozczarowanie, deprecjacja) w percepcji obu małżonków stanowi punkt wyjścia dla wyboru strategii pomocowych. Należy jednak pamiętać o fazie rozwoju związku, w której udział poszczególnych czynników (fizjologicznego, uczuciowego i wolicjonalnego) jest specyficzny. Małżeństwo w wieku senioralnym nie potrzebuje tak silnych porywów namiętności jak rozpoczynające swoją wspólną podróż.

2.2.1.4. Poznawanie sytuacji psychologicznej rodzeństwa oraz roli starszego pokolenia

Diagnoza rodziny nie powinna pomijać sytuacji psychologicznej rodzeństwa, gdyż obecność dziecka niepełnosprawnego modyfikuje warunki rozwojowe zdrowego potomstwa. Badania empiryczne nie wskazują na specyficzny profil funkcjonowania rodzeństwa, bowiem ich sytuacja psychospołeczna jest zmienna z uwagi m.in. na zróżnicowane zadania rozwojowe (różnice wiekowe względem niepełnosprawnego rodzeństwa), specyficzne potrzeby i możliwości rozumienia sytuacji w poszczególnych okresach życia, a także postawy niepełnosprawnego rodzeństwa oraz rodziców (związane z procesem adaptacji do sytuacji życiowej) (Hannah, Midlarsky, za: Glidden i Schoolcraft, 2009; Stelter, 2014).

W badaniach dotyczących pełnosprawnego rodzeństwa przebijają dwa nurty: pozytywny i negatywny. Oblicze negatywne koncentruje się na zagrożeniach i stratach zaś oblicze pozytywne na szansach i korzyściach (zestawione zbiorczo w tabeli nr 3).

Tabela 3. Zagrożenia i szanse rozwoju pełnosprawnego rodzeństwa w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym

Zagrożenia związane z:		Szanse na:	
nadmierną koncentracją rodziców na dziecku z NI	negatywną postawą niepełnosprawnego intelektualnie rodzeństwa	Dojrzałość osobową	Dojrzałość społeczną
a/ deprywacja potrzeb: bliskości, autonomii (zaniedbanie i obciążenie opieką nad niepełnosprawnym rodzeństwem); b/ nierówność doceniania sprawnego i niepełnosprawnego dziecka (poczucie niesprawiedliwości, krzywdy); c/ konieczność tłumienia negatywnych uczuć wobec niepełnosprawnego rodzeństwa i rodziców; d/ lęk przed dziedzicznym charakterem niepełnosprawności; e/ konieczność wsparcia lub przejęcia opieki w sytuacji niewydolności lub braku rodziców	a/ zachowania impulsywne, agresywne, niestosowne społecznie, nieprzewidywalne (przeżycia: strachu, wstydu); b/ zachowania infantylnie, stereotypowe	a/ samokrytycyzm; b/ pozytywny obraz siebie; c/ docenianie własnej sprawności.	a/ odpowiedzialność społeczną; b/ wrażliwość na potrzeby i problemy innych, (oswojenie z cierpieniem i ograniczeniami); c/ tolerancyjność; d/ zaangażowane społecznie

Źródło: opracowanie własne.

Niektóre badania wskazują na trudności adaptacyjne u pełnosprawnego rodzeństwa związane z przeciążeniem zadaniami przy jednoczesnym zaniechaniu emocjonalnym. Szczególnie obciążane bywają starsze siostry niepełnosprawnego rodzeństwa (Gallimore i inni, za: Schaffer, 2013). Jednocześnie

dzieci zdrowe przyjmują od matek mniej pozytywnych i więcej negatywnych emocji w porównaniu z niepełnosprawnym rodzeństwem. Dodatkowo w percepcji zdrowego rodzeństwa, to niesprawne intelektualnie dziecko jest faworyzowane przez rodziców. Odbija się to niekorzystnie na niepełnosprawnym potomstwie, gdyż dzieci nieobciążone deficytem intelektualnym częściej okazują niepełnosprawnemu bratu lub siostrze niechęć czy wrogość niż akceptację (Stelter, 2014). Często rodzice koncentrując opiekę na dziecku niepełnosprawnym intelektualnie, wymagają od pełnosprawnego brata lub siostry większej samodzielności i odpowiedzialności, co może przekraczać ich możliwości rozwojowe. Czasem rodzice, aby zminimalizować poczucie osobistej porażki rodzicielskiej inwestują w pełnosprawne dziecko stawiając mu zawyżone wymagania oraz nie uwzględniając jego inklinacji i tendencji rozwojowych. U młodzieży obserwuje się lęk wobec wartości reprodukcyjnej tj. dziedziczenie niepełnosprawności przez ich w przyszłości planowane dzieci. Wykazują oni ponadto większe zaniepokojenie przyszłym losem niesprawnego rodzeństwa w związku z ograniczoną wydolnością opiekuńczą rodziców lub ich brakiem. Sytuację komplikują dodatkowo obawy o stosunek przyszłych partnerów życiowych i pełnosprawnych dzieci wobec ewentualnej konieczności opiekowania się niepełnosprawnym rodzeństwem, szczególnie w przełomowych momentach życia rodzinnego (np. wskutek pogorszenia zdrowia lub śmierci rodzica) (Gliidden i Schoolcraft, 2009). Oczywiście zakres niezbędnego wsparcia zależeć będzie od poziomu uzyskanej samodzielności przez osobę niepełnosprawną intelektualnie.

Istnieją także badania wskazujące na pozytywne aspekty funkcjonowania w zakresie cech osobowości u rodzeństwa niepełnosprawnych intelektualnie dzieci (Pisula, 2007). Należą do nich korzyści związane z dojrzałością społeczną i osobową. Wychowywanie się wraz z niepełnosprawnym bratem czy siostrą może przyczynić się do poszerzania strategii radzenia sobie, rozwoju kompetencji społecznych i zachowań empatycznych, co ułatwia nabywanie kompetencji interpersonalnych. Współżycie z niepełnosprawnym intelektualnie rodzeństwem może być także okazją do rozwijania postaw prospołecznych i tolerancji dla inności. Sprostanie tym wyzwaniom stwarza szanse na kształtowanie pozytywnego obrazu siebie.

Niewątpliwie niepełnosprawność intelektualna brata lub siostry stanowi czynnik obciążający, ale ostateczne skutki zależą od zastosowanych strategii radzenia sobie. Dlatego warto odwołać się ponownie do modelu stresu i radzenia sobie, aby zrozumieć psychospołeczne funkcjonowanie rodzeństwa. A zatem diagnozę należy skoncentrować na poznaniu sytuacji trudnych przeżywanych przez rodzeństwo, analizie strategii radzenia sobie i konsekwencjach osobowościowych tych zmagania (szczególnie w zakresie obrazu siebie). W poznaniu tych strategii mogą służyć narzędzia kwestionariuszowe¹¹. Z kolei skuteczność aktywności zaradczej może być oceniona w oparciu o narzędzia diagnozy zaburzeń internalizacyjnych i eksternalizacyjnych np. z użyciem profilu **CBCL** (*Child Behavior Checklist*) T. Achenbacha (Dąbrowska, 2005b).

Trudności adaptacyjne pełnosprawnego rodzeństwa stanowią czynnik obciążający system rodzinny i dlatego wskazane jest monitorowanie ich stanu psychicznego i postępów rozwojowych. Diagnoza sytuacji psychologicznej rodzeństwa powinna zatem uwzględniać szeroki wachlarz zagrożeń związanych z gratyfikacją potrzeb emocjonalnych (np. zaniedbanie, nadmierne obowiązki domowe), poznawczych (np. infantylicyzacja ze strony niepełnosprawnego intelektualnie rodzeństwa, ograniczenie możliwości rozwoju własnych pasji), a także społecznych (obciążenie wstydem i piętnem nienormalności brata lub siostry) (por. Mroczkowska, za: Kościelska, 1998). Rola brata lub siostry stanowi nie tylko zagrożenie, ale także szanse rozwoju społecznego (np. opiekuńczości, odpowiedzialności). Ocena sytuacji rodzinnej pełnosprawnego rodzeństwa może być przeprowadzona z wykorzystaniem bardzo

¹¹ Szczegółowy przegląd różnych kwestionariuszy do badania radzenia sobie dzieci i młodzieży znajduje się w pozycji R. Sikory i E. Pisuli (2002). Na uwagę zasługują: *The Schoolager's Coping Strategies Inventory – SCSI* – Ryan-Wenger w adaptacji E. Pisuli (1996), 26-itemowe narzędzie oparte na samoopisie dla dzieci w wieku 8–12 r.ż.; *Kwestionariusz radzenia sobie ze stresem przez młodzież (Adolescence Coping Checklist – ACC)*, autorstwa E. Frydenberg i R. Lewis do badania młodzieży między 11 a 19 rokiem życia; kwestionariusz do badania strategii radzenia sobie młodzieży w średnim wieku szkolnym w społecznych sytuacjach trudnych (SRST) D. Boreckiej-Biernat (2003). Metoda zawiera opis 30 sytuacji trudnych, do których odnoszą się 3 sposoby radzenia sobie ze stresem – agresywny, unikowy lub racjonalny.

popularnej metody (wykorzystywanej także w badaniach dzieci niepełnosprawnych o ile osiągnęły poziom wyobrażeń przedoperacyjnych) – **Testu Stosunków Rodziny** (Bene i Anthony, 1984). Narzędzie składa się z kartonowych figur, które symbolizują poszczególnych członków rodziny osoby badanej. Zadaniem badanego jest przypisanie poszczególnym postaciom stwierdzeń, które wyrażają nastawienie emocjonalne wobec pozostałych członków rodziny. Test odwołuje się zatem do kodu wyobraźniowego, co czyni go dostępnym dla dzieci, które osiągnęły przedoperacyjny poziom reprezentacji rzeczywistości (czyli z umiarkowanym i w ograniczonym stopniu ze znacznym stopniem niepełnosprawności intelektualnej). Umożliwia on charakterystykę stosunków emocjonalnych w rodzinie z perspektywy zarówno rodziców jak i dzieci (posiada wersję dla młodszych i starszych dzieci, oraz par małżeńskich). Pozwala na poznanie subiektywnej perspektywy bilansu emocjonalnego (proporcji i równowagi w zakresie emocji pozytywnych i negatywnych, otrzymywanych i okazywanych). Umożliwia także poznanie poziomu Poblążliwości i Nadopiekuńczości rodziców w ocenie dziecka. Wielostronna optyka analiz umożliwia rozpoznanie zbieżności i różnic w percepcji systemu rodzinnego i stanowić może przesłankę do oceny skuteczności komunikowania się oraz podjęcia stosownych działań naprawczych. W niektórych badaniach stwierdzono bowiem lepsze postrzeganie matki przez dzieci niż oceniają to same matki oraz gorsze postrzeganie ojca przez dzieci niż relacjonują to sami ojcowie (Stelter, Harwas-Napierała, 2010; Minczakiewicz, 1990).

Przydatny w ocenie doświadczeń domowych pełnosprawnego rodzeństwa może być także **Test Zdań Niedokończonych Rottera**, w adaptacji A. Jaworowskiej i A. Matczak (1998). Test składa się z 40 zdań, które badany uzupełnia pierwszą myślą jaka przychodzi mu do głowy. Jest to zatem narzędzie projekcyjne i eksploruje następujące aspekty: stosunek do swego domu, do rodziny, do ojca, do matki, do nauczycieli i szkoły, do rodzeństwa, do siebie, do ludzi, do przeszłości i przyszłości. Ponadto obejmuje takie obszary jak: sprawy płci, mechanizmy obronne, lęki i obawy, poczucie winy, radości, przykrości i smutku. W interpretacji należy: a) wyodrębnić aspekty subiektywnie ważne dla badanego (wskaźnikiem jest ładunek emocjonalny zdań

oraz ilość powtórzeń, persewercji tematu). Poza analizą treściową (zależną od teoretycznej orientacji badacza), warto zwrócić uwagę na aspekty formalne wypowiedzi takie jak: a) opuszczenia, zdania urwane, skreślenia lub wypowiedzi lakoniczne, stereotypowe, zbyt ogólne – które mogą wskazywać na trudności lub niechęci wypowiadania się na dany temat; b) unikanie odnoszenia zdań do własnej osoby – sugeruje uchylanie się przed ujawnieniem siebie przed diagnostą; c) wypowiedzi długie, złożone – wskazywać mogą zarówno na refleksyjny styl poznawczy, jak i zaangażowanie motywacyjne w badanie (w przypadku uzupełnienia dwoma zdaniami warto zanalizować relację między nimi w zakresie: spójności treściowej, poziomu uszczegółowienia); d) poziom graficzny pisma – który może wskazywać na stan emocjonalny, poziom perfekcjonizmu, postawę wobec badania, potrzebę aprobaty społecznej oraz oczywiście specyficzne trudności w pisaniu; e) sprzeczności znaczeniowe – które mogą wskazywać na wewnętrzne konflikty badanego. Test pozwala zatem na jakościową analizę psychologiczną, ale wymaga ostrożności w interpretacji wyników, z uwagi na wieloczynnikową naturę obserwowanych wskaźników (m.in. poziom wykształcenia, poziom umiejętności językowych, stan psychofizyczny badanego).

W opisie funkcjonowania rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie bardzo często ważną rolę pełnią dziadkowie. To ich konstruktywne zaangażowanie pozwala amortyzować przeciążenia, przewycięzać sytuacje kryzysowe i adaptować się do szczególnej misji życiowej (Kościelska, 1998). Jakość wsparcia uwarunkowana jest jednak specyfiką ich zasobów: somatycznych, ekonomicznych, psychologicznych, społecznych oraz duchowych. Oferowane wsparcie może być adekwatne, jeśli uzupełnia rzeczywiste braki, potrzeby systemu rodzinnego, ale może także być szkodliwe, jeśli udaremnia więzi rodziców z dzieckiem lub osłabia relację małżeńską. Dziadkowie mogą zatem pełnić konstruktywną rolę, jeśli wspierają funkcjonalność przeciążonego systemu rodzinnego lub destruktywną, gdy próbują osłabić naturalne więzi przez nadmierne wyręczanie, oskarżenia, szukanie winnych czy izolowanie się. Możliwy jest także, paradoksalnie, pozytywny efekt szkodliwych działań dziadka lub babci, o ile wyzwoli się mechanizm uodpornienia zasobów systemu rodzinnego. Pamiętać jednak należy, iż przeciążona rodzina może

być na skraju wyczerpania tych zasobów, i tym samym niezdolna do przewycięzania kolejnych trudności. Jednocześnie zauważyć należy, iż znaczenie dziadków wzrasta w kontekście samotnego rodzicielstwa.

Diagnoza jakościowa relacji z dziadkami możliwa jest w oparciu o techniki obserwacyjne (w przypadku częstego współuczestniczenia w życiu rodzinnym) a także nieustrukturalizowany wywiad dotyczący różnych aspektów wsparcia: a) spostrzeganej oferty (np. *W jakim zakresie możesz liczyć na pomoc /własnej mamy/teściowej/babci lub własnego ojca/teścia/dziadka?*); b) dopasowania oczekiwań do świadczonej pomocy (*Czy uzyskujesz od nich to, czego od nich oczekujesz?*); c) satysfakcji (*Jak oceniasz świadczoną Ci przez nich pomoc?*). Wśród kwestionariuszowych form na uwagę zasługują **Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS)** R. Schwarzera i U. Schutz w adaptacji A. Łuszczynskiej i M. Kowalskiej (Łuszczynska i in., 2006). Narzędzie obejmuje 6 skal: wsparcie spostrzegane, wsparcie aktualnie otrzymywane, zapotrzebowanie na wsparcie, poszukiwanie wsparcia, wsparcie buforująco-ochronne oraz udzielanie wsparcia przez osobę bliską (tę część kwestionariusza wypełnia osoba bliska dla badanego). Skale pozwalają także zmierzyć poziom wsparcia: emocjonalnego, instrumentalnego i informacyjnego oraz poziom zadowolenia z niego.

Uwzględnienie perspektywy intrapsychicznej i relacyjnej pozwala zrozumieć jakość funkcjonowania rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie i przybliżyć do syntetycznego spojrzenia na ten system.

2.2.1.5. Globalna diagnoza systemu – rodziny z dzieckiem z Niepełnosprawnością Intelektualną

Zachowania poszczególnych członków rodziny modyfikują funkcjonowanie, podsystemów (np. rodzicielskiego, małżeńskiego, rodzeństwa), a tym samym całego systemu i odwrotnie, specyfika systemu wpływa na decyzje i działania jednostek. Należy zatem dążyć do poznania specyfiki funkcjonowania systemu rodzinnego. Analiza funkcjonalności systemu koncentruje się na różnych jej aspektach np.: spójności, elastyczności, komunikacji, konflik-

towości (Moos i Moos; Olson, Tiesel i Gorall, za: Glidden i Schoolcraft, 2009), zdolności adaptacji w trudnych sytuacjach, zadowoleniu (Epstein, Ryan, Bishop, Miller i Keitner; Skinner, Steinhauer i Sitarenios; Beavers i Hampson, za: Glidden i Schoolcraft, 2009), intruzyjności, bliskości z opiekunczością (Green i Werner, za: Glidden i Schoolcraft, 2009).

Zadaniem systemu z dzieckiem z NI jest dopasowanie się do aktualnych możliwości i potrzeb swych członków. W zależności od aktualnego poziomu zasobów i wyzwań–zagrożeń realizuje on politykę inwestowania lub oszczędzania. Stąd obserwować można zarówno systemy „ubogie” (oszczędzające) – izolujące dziecko niepełnosprawne (typ rodziny obojętnej i odrzucającej), jak i systemy „bogate” (inwestujące) – skoncentrowane na tym dziecku (chodzi tu zarówno o rodziców, rodzeństwo i dziadków). Niektóre z tych inwestycji nie uwzględniają możliwości rozwojowych dziecka stosując wymagania zbyt wysokie (typ rodziny dążącej do likwidacji dysfunkcji) lub zbyt niskie (typ lękowo-ochronny). Jednak zarówno w pierwszym jak i drugim przypadku następuje przesunięcie do centrum systemu osoby dziecka (koncentracja na nim) z ograniczeniem lub pomijaniem pozostałych członków systemu. Weryfikacja efektywności inwestowania zarówno w zakresie zysków jak i kosztów po stronie dziecka jak i inwestora mogą modyfikować dążenia w systemie. Zmiany te mogą powodować lepsze dopasowanie relacji i uwolnienie dziecka NI z pozycji centralnej (typ normalizujący). Możliwe jednak są także scenariusze negatywne a trudna sytuacja rodziny odbija się niekorzystnie na relacjach wewnątrzrodzinnych (Kozubska, 2000; Minczakiewicz, 2007; Żywanowska, 2011). Można zatem obserwować różne oblicza rodzin z dzieckiem z NI: izolujące lub skoncentrowane na dziecku, przy czym koncentracja ta może w różnym stopniu uwzględniać możliwości dziecka i potrzeby innych członków.

Diagnoza może koncentrować się na perspektywie subiektywnej – dzięki narzędziom samoopisowym, lub obiektywnej – dzięki technikom obserwacyjnym (nie należy żadnej z perspektyw dyskredytować, bo każda ma swoją wartość diagnostyczną, zależnie od przyjętych rozstrzygnięć teoretycznych i przedmiotu badań). Wartość adaptowanych, sprawdzonych narzędzi badawczych jest oczywista szczególnie dla analiz międzykulturowych, które

wymagają zastosowania homogenicznych testów. Niestety wiele kwestionariuszy wykorzystywanych w wymiarze europejskim nie doczekało się zadawalających polskich adaptacji¹². Szczególnie cenne są narzędzia określające funkcjonalność systemu rodzinnego jak np. **Kwestionariusze do Oceny Rodziny** adoptowane w Polsce w oparciu o oryginalny test FAM-III (*Family Assessment Measure*) przez Manfreda Cierpka (Namysłowska i inni, 2002). Narzędzie opiera się na funkcjonalnym modelu rodziny, obejmującym następujące wymiary: Wypełnianie zadań, Pełnienie ról, Emocjonalność, Wartości i normy, Zaangażowanie uczuciowe, Komunikacja, Kontrola. Wymiary te badane są w oparciu o baterię narzędzi: *Kwestionariusz Rodzinny* (40 pozycji analizujących system) *Kwestionariusz Relacji Dwuosobowych* (28 stwierdzeń eksplorujących poszczególne relacje) i *Kwestionariusz Samooceny* (28 pozycji ujawniających ocenę siebie w zakresie poszczególnych wymiarów). Narzędzie uwzględnia zróżnicowaną rangę tych wymiarów w poszczególnych fazach cyklu rozwojowego rodziny (1. Małżeństwo; 2. Rodzina z niemowlęciem; 3. Rodzina z najstarszym dzieckiem do 11 roku życia; 4. Rodzina z najstarszym dzieckiem od 12 roku życia; 5. Rodzina po odejściu dzieci z domu). W fazie 3 i 4 wszystkie osoby od 12 roku życia wypełniają *Kwestionariusz Rodzinny* i *Kwestionariusz Samooceny* a ponadto oceniają ze swojego punktu widzenia własne relacje z poszczególnymi członkami rodziny w oparciu o *Kwestionariusz Relacji Dwuosobowych*. Natomiast w fazie 1, 2 i 5 małżonkowie wypełniają wyłącznie ten ostatni kwestionariusz. Z uwagi na opóźnienie wieku umysłowego w stosunku do wieku chronologicznego u dzieci z NI należy ograniczyć możliwość przeprowadzenia tego testu do młodzieży z lekką NI¹³. Z uwagi na obszerny materiał badawczy narzędzie wyposażone jest w obliczeniowy program komputerowy (w przypadku rodziny 4-osobowej analizie poddane może być 20 arkuszy kwestionariuszy). Najbardziej diagnostyczny w zakresie różnicowania rodziny zdrowej

¹² Szczegółowa analiza w pozycji M. Górskiej-Michałowskiej (2011).

¹³ W odniesieniu do dzieci z NI wartość technik kwestionariuszowych jest jednak ograniczona z uwagi na opóźnienia rozwoju językowego. Jednocześnie rola technik obserwacyjnych oraz opartych na kodzie obrazowym i enaktywnym wzrasta w ich przypadku.

od wymagającej wsparcia stanowi *Kwestionariusz Relacji Dwustronnych*. Prace normalizacyjne nie zostały dotychczas opublikowane.

Interesującą propozycję poznania rodziny jako całości stanowią **Skale Oceny Rodziny (SOR)** A. Margasińskiego (2011), które są polską adaptacją narzędzia FACES-IV (*Flexibility and Cohesion Evaluation Scales*) D. Olsona dla dzieci od 12 roku życia i dorosłych (tu także możliwe jest badanie młodzieży z lekką NI). Kwestionariusz ten składa się z 62 pozycji testowych, do których badany ustosunkowuje się na skali pięciostopniowej (od *całkowicie się nie zgadzam* do *całkowicie się zgadzam*). Bazę teoretyczną testu stanowi Model Kołowy stworzony przez Davida H. Olsona, uwzględniający dwa wymiary funkcjonowania rodziny: spójność i elastyczność. W oparciu o te wymiary wyodrębnia się takie cechy systemu jak: Zrównoważona Spójność, Niezwiązanie, Splątanie, Zrównoważona Elastyczność, Sztywność, Chaotyczność). Ponadto uwzględniono dwie skale mierzące Komunikację oraz Zadowolenie z życia rodzinnego. Narzędzie dostarcza nie tylko wyników z poszczególnych skal, ale także rezultaty trzech ogólnych właściwości systemu tj.: spójności, elastyczności i końcowy, stanowiący miarę prawidłowości funkcjonowania rodziny. Narzędzie to wyposażone jest w tymczasowe normy stenowe i centylowe dla mężów, żon, synów i córek (nie uwzględnia się jednak populacji osób niepełnosprawnych). Narzędzie zostało pozytywnie zweryfikowane w zakresie właściwości psychometrycznych (zgodność wewnętrzna skal oraz zgodność struktury kwestionariusza z modelem Olsona). Należy jednak zauważyć, iż tylko skale mierzące zrównoważoną spójność i zrównoważoną elastyczność oraz komunikację i zadowolenie z życia rodzinnego można stosować w praktyce diagnostycznej. Natomiast pozostałe zaleca się do stosowania wyłącznie w badaniach naukowych dotyczących problematyki rodziny.

W przypadku badania dzieci i młodzieży w wieku 5–15 lat wykorzystać można narzędzie znane jako **Diagnoza Więzi Rodzinnych Dzieci i Młodzieży [WIEZI DiM]** – A. Lewandowskiej-Walter, M. Błażek i W. Bruskiego (2013). Narzędzie opiera się na technice zabawowej i pozwala z perspektywy dziecka ocenić spójność systemu rodzinnego, czyli siłę i jakość więzi uczuciowej pomiędzy członkami rodziny, a także hierarchię osób

ważnych w życiu dziecka oraz zewnętrzne i wewnętrzne granice systemu. Badanie umożliwia poznanie dziecięcej oceny umiejętności opiekuńczo-wychowawczych własnych rodziców oraz poziomu gratyfikacji potrzeb zarówno przez ojca jak i matkę. Narzędzie jest szczególnie cenne w kryzysowych momentach życia rodzinnego, kiedy system zostaje wystawiony na próbę (np. separacja lub rozwód rodziców, rekonstrukcja rodziny, umieszczenie dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej, choroba w rodzinie). Technika zabawowa stwarza możliwość projekcji trudnych doświadczeń, co w przypadku dzieci z NI jest szczególnie ważne (obniżone kompetencje poznawcze, trudności radzenia sobie z emocjonalną warstwą doświadczeń). Konwencja zabawowa jest także skuteczna dla młodzieży, gdyż redukuje niepokój, poczucie zdradzania tajemnicy, poziom stresu związanego z sytuacją diagnostyczną. W przypadku badania dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, zabawa sprzyja wyrażaniu emocji, ale także eksperymentowaniu z różnymi sposobami poradzenia sobie z nimi. Zabawa redukuje napięcie związane z doświadczaniem dyskomfortu emocjonalnego, pojawiającego się w kryzysowej sytuacji, i sprawia, że omawianie nieprzyjemnych przeżyć staje się możliwe, a tematy z nimi związane są bardziej dostępne. Tym samym procedura diagnostyczna może pełnić funkcję psychokorekcyjną dla badanych.

Uchwyceniu perspektywy dziecka służyć może także **Test Relacji Rodzinnych (TRR)** autorstwa A. Lewandowskiej-Walter i M. Błazek (2016). Narzędzie przeznaczone jest do badania dzieci w wieku od 6 do 14 lat. Posiada wersję dla dzieci młodszych (od 6 do 9 lat) i wersję dla dzieci starszych (od 10 do 14 lat). Test umożliwia zdobycie informacji o strukturze rodziny oraz stosunkach uczuciowych w rodzinie. Materiałem testowym są: zestaw figurek symbolizujących członków rodziny, zestaw wiadomości SMS (komunikatów wysyłanych poszczególnym członkom rodziny), dwa smartfony (z których dziecko wysyła wiadomości) oraz plansza, która służy do rozmieszczenia poszczególnych osób i tym samym oznaczeniu hierarchii w rodzinie.

Poznanie perspektyw poszczególnych członków rodziny pozwala szacować różne aspekty funkcjonalne systemu i stanowi podstawę dla sformułowania potrzeb rehabilitacyjnych.

2.2.2. Diagnoza społecznego środowiska szkolnego Uczniów z Niepełnosprawnością Intelektualną

Uczniowie z NI podlegają obowiązkowi szkolnemu, który może być realizowany w ramach placówek specjalnych, integracyjnych lub masowych (z uwzględnieniem adekwatnego programu i form nauczania) (Bidziński, 2009). Diagnoza tych środowisk zakłada świadomość zjawisk zachodzących w szkołach. Na szczególną uwagę zasługuje społeczna przestrzeń funkcjonowania ucznia (pominięte tu zostaną aspekty dopasowania architektonicznego oraz dydaktycznego, związanego z realizacją zadań edukacyjnych). Doświadczenia społeczne ucznia z NI związane są z relacjami z nauczycielem oraz rówieśnikami szkolnymi. Nomotetyczne badania porównawcze najczęściej dotyczą obiektywnych i subiektywnych wskaźników adaptacji społecznej ucznia. W większości są one niekorzystne dla środowisk włączających, których standardy nieformalne często przekraczają możliwości ucznia z NI. Obserwuje się bowiem, że spośród różnych grup uczniów niepełnosprawnych, omawiana populacja jest w największym stopniu narażona na przemoc rówieśniczą (Mikrut, 2004), odrzucenie i osamotnienie w szkolnictwie włączającym (Chodkowska, 2004; Kornaś, 2004; Rudek, 2005; Stelter, 2009b). Niestety, także nauczyciele przejawiają nieprzychylny stosunek do dzieci z lekką NI, zasilają one bowiem grupę uczniów z trudnościami w nauce, „niedopasowanych” do oczekiwań nauczyciela (Chrzanowska, 2005). Wartość szkolnictwa integracyjnego kwestionują także objawy pozornej życzliwości oraz ubóstwo kontaktów koleżeńskich (Kościelak, 1995; Maciarz, 2003; Lipińska-Lokś, 2003; Szumski, 2006). Wskutek czego obserwowane jest zjawisko „segregacji w integracji”, wynikające zarówno z procesów rówieśniczej marginalizacji jak i auto-marginalizacji (Sadowska, 2016). Zjawiska te należy interpretować zarówno w kontekście czynników sytuacyjnych, jak i wewnętrznych (osobniczych). Uwzględniając wagę różnorodnych predyktorów funkcjonowania społecznego ucznia z NI, poniższe analizy skoncentrowane są wyłącznie na rozpoznawaniu relacji szkolnych.

Jakość relacji szkolnych należy rozpatrywać łącznie, jako wynik wzajemnych oddziaływań partnerów. Warto zatem przedmiotem diagnozy uczynić

wzajemne postawy nauczycieli i uczniów (pełnosprawnych i niepełnosprawnych intelektualnie). Długotrwałość i intensywność tych relacji skłania do przyjęcia założenia, iż osoby te stają się znaczącymi w procesie rozwoju ucznia z NI.

Poznanie doświadczeń społecznych może opierać się na wskaźnikach subiektywnych lub/i obiektywnych. Dla pierwszych adekwatne są techniki samoopisowe i projekcyjne zaś dla drugich techniki obserwacyjne, eksperymentalne oraz metody socjometryczne (Stemplewska-Żakowicz, 2016; Zwierzyńska, 2008). Wybór technik zależy od przyjętej koncepcji teoretycznej, która kierować może diagnostę na wymiar behawioralny, świadomy lub nieświadomy.

Chociaż techniki samoopisowe mogą dostarczać wyników przetworzonych przez jednostkę (zarówno przez czynniki motywacyjne np. lęk przed oceną, jak i poznawcze np. ograniczona pamięć, niepełne rozumienie pojęć), to mają one podstawowe znaczenie dla poznania subiektywnych reprezentacji doświadczeń społecznych. Dostarczają one jednak informacji wyłącznie z poziomu świadomego. Jeśli badanemu stworzy się warunki bezpieczeństwa i akceptacji dla spontanicznej autoekspresji a język dostosowany będzie do możliwości ucznia z NI, to wyniki mogą trafnie odzwierciedlać subiektywny obraz formowany przez jednostkę. Przykładem autorskiego narzędzia kwestionariuszowego ukierunkowanego na poznanie doświadczeń pomocy i przemocy oraz bliskości i izolacji ze strony rówieśników z klasy szkolnej jest Indeks schematów rówieśników szkolnych **Moi szkolni koledzy i koleżanki – IE-PP-R** (*Inkluzja–Ekskluzja, Pomoc–Przemoc*) dedykowany dla uczniów z lekką NI (Kurtek, 2016a) (zał. 3 w aneksie). Narzędzie oparte zostało na Teorii Schematów Społecznych B. Wojciszke (1986). Zgodnie z nią, istotą schematów osób lub grup są specyficzne celowe działania tych podmiotów. Za kluczowe dla relacji z rówieśnikami uznano doświadczenia związane z celowymi działaniami w zakresie wymiarów: pomoc–przemoc oraz bliskość–izolacja (Lipińska-Lokś, 2003; Chodkowska, 2004; Mikrut, 2007; Stelter, 2009b). Indeks składa się z 23 zdań reprezentujących konkretne pozytywne i negatywne zachowania rówieśników wobec ucznia. Zadaniem badanego jest ocena częstości tych zachowań na 4-stopniowej skali typu

Likerta. Weryfikacja wartości psychometrycznej narzędzia oparta została na badaniach dobranej 103 osobowej grupy uczniów SOSW (48 chłopców i 55 dziewcząt) z potwierdzoną lekką NI w wieku od 18 do 21 roku życia, zarówno ze środowiska miejskiego, jak i wiejskiego¹⁴. Indeks IE-PP-R umożliwia poznanie nasilenia wymienionych typów doświadczeń pozytywnych i negatywnych. Na obecnym etapie może służyć do badań porównawczych i jakościowych (brak normalizacji).

Analogiczne założenia teoretyczne i procedura metodologiczna była podstawą do opracowania Indeksu schematów nauczycieli u uczniów z lekką NI **Moi Nauczyciele – AD-AO-N** (*Autonomia–Dominacja, Akceptacja–Odrzucenie*) (Kurtek, 2015c) – zał. nr 2 w aneksie. Narzędzie składa się z 22 pozycji testowych, sformułowanych w postaci zdań prostych w oparciu o język konkretny, opisujący negatywne i pozytywne działania nauczyciela wobec ucznia. Zadaniem respondenta jest wskazanie częstotliwości takich zachowań na 4-stopniowej skali typu Likerta. Służy ono poznaniu nasilenia reprezentacji jawnych doświadczeń autonomii oraz dominacji i akceptacji oraz odrzucenia ze strony nauczycieli. To narzędzie również spełnia kryteria dobroci psychometrycznej, ale podobnie jak poprzedni indeks nie posiada jeszcze norm standaryzujących wynik surowy.

Na polskim rynku istnieją ponadto inne narzędzia kwestionariuszowe, które mogą mieć zastosowanie do badania relacji szkolnych uczniów z lekką NI. Należą do nich:

- **Skala Oszacowań do Oceny Funkcjonowania Młodzieży w Rolach Społecznych** w opracowaniu M. Ignaczaka (za: Giryński, 1989). Narzędzie koncentruje się na subiektywnej ocenie dopasowania zachowania adolescenta z lekką NI do roli: szkolnej (obowiązki dydaktyczne, interakcje z nauczycielem), rodzinnej i towarzyskiej;
- **Skala Jakości Życia Ucznia w Szkole** S. Sadowskiej (2006) do rozpoznania subiektywnej oceny ucznia w zakresie poszczególnych relacji

¹⁴ Analiza trafności teoretycznej oparta na eksploracyjnej analizie czynnikowej z rotacją (*Oblamin*) zaś zgodność wewnątrzna pozycji w ramach czynników oparta o współczynnik Alpha-Cronbacha.

szkolnych. Stosunki z nauczycielami oraz rówieśnikami obejmują analogiczne składniki: życzliwość z ich strony, zaufanie do nich, pomoc od nich, partnerskie stosunki z nimi. Dodatkowo relacje z nauczycielami tworzy aspekt: możliwość zgłaszania i realizacji własnych pomysłów, zaś do relacji z rówieśnikami zalicza się składnik: liczby kolegów/koleżanek;

- **Kwuestionariusze *Klasa wobec mnie (A)* i *Ja wobec klasy (B)*** autorstwa A. Zwierzyńskiej i A. Matuszewskiego (2006), ukierunkowane na diagnozę poziomu nieprzystosowania społecznego dzieci w klasie szkolnej w wieku od 10 do 15 r. ż. Pierwszy w wymienionych kwestionariuszy obejmuje doświadczenia: Obojętności, Zaangażowania, Niedocenienia oraz Izolacji ze strony rówieśników, zaś drugi opisuje nasilenie Egocentryzmu, Agresywności oraz Izolacji wobec rówieśników. Odpowiedzi badanych oparte są na 5 stopniowej skali typu Likerta. Narzędzie posiada normy dla pełnosprawnych intelektualnie chłopców i dziewcząt z klas IV–VI szkoły podstawowej i I–III klasy gimnazjum. Skalę uzupełnia kwestionariusz obserwacyjny „Klasa wobec ucznia-uczeń wobec klasy” pozwalający uwzględnić perspektywę nauczyciela na relację ucznia z pozostałymi rówieśnikami.

Jak zasygnalizowano powyżej wiele raportów badawczych wskazuje na ryzyko negatywnej pozycji społecznej ucznia z NI w inkluzywnych placówkach edukacyjnych, a także doświadczenia przemocy w różnego typu placówkach. Z tego powodu ważnym wyzwaniem rewalidacyjnym jest rozpoznanie i przeciwdziałanie takim doświadczeniom. Przykładem prostego narzędzia do rozpoznania jednostek, doświadczających mobbingu rówieśniczego jest skala **MOB-7** (wersja rozszerzona MOB-20) P. Kwiatkowskiego i A. Szcótki (2005), pozytywnie zweryfikowana w zakresie dobroci psychometrycznej.

Niestety dane samoopisowe nie doszacowują zjawiska przemocy. Ofiary mogą bowiem mieć skłonność do ukrywania swych doświadczeń z lęku przed konfrontacją z prześladowcą i zwiększeniem z jego strony agresywnych działań. Tym bardziej prześladowca obawia się ujawniać własne agresywne zachowania, zagrożone sankcjami szkolnymi. Dlatego poznawanie niebezpiecz-

nych zjawisk związanych z przemocą wymaga zastosowania triangulacji różnych metod. Wydaje się, że dane obserwacyjne mogły by tu mieć charakter rozstrzygający, jednak obserwacja nie obejmuje wszystkich miejsc, momentów i przestrzeni w których dochodzić może do agresji. Zastosowanie obserwacyjnych próbek czasowych (np. na przerwie) lub zdarzeń, wymagających szczegółowej operacjonalizacji (np. bezpośrednich aktów agresji słownej lub pośrednich form zemsty), dostarcza ograniczonej choć wiarygodnej informacji. Warto zatem rozpoznać sytuację oprzeć na zeznaniach świadków (rówieśników), wykorzystując metody socjometryczne. Godną polecenia jest jej odmiana: „**Zgadnij Kto?**”, w której uczniowie przypisują określone zachowania lub doświadczenia swym rówieśnikom (mogą one oczywiście być związane z rolą mobbera i ofiary). Wartościową techniką jest także **Plebiscyt Życzliwości i Niechęci** wskazujący na pozycje socjometryczną ucznia, poziom jego atrakcyjności. Szeregowanie rangowe pozwala rozpoznać miejsce ucznia w zakresie różnych aspektów funkcjonowania (np. prowokacyjności, wymuszania, bicia, wyśmiewania, samotności). Spójność tych odpowiedzi wskazuje na rzetelność danych i stanowi podstawę interwencji.

Choć zjawisko przemocy odnosi się najczęściej do relacji rówieśniczych, to może ono funkcjonować w różnych relacjach szkolnych, przybierając bardziej maskowane, subtelne formy presji. Może w nią być także uwikłany nauczyciel (zarówno w roli ofiary jak i napastnika), szczególnie doświadczający wypalenia zawodowego. Zaburzenia kontaktu interpersonalnego mogą wynikać zarówno ze zmęczenia emocjonalnego, negatywnej oceny własnych osiągnięć, dehumanizacji relacji z uczniami lub personelem szkolnym. Wśród mężczyzn częściej obserwuje się skłonność do przedmiotowego traktowania uczniów, zaś wśród kobiet dominuje wyczerpanie emocjonalne (Sekulowicz, 2006). Symptomatologia wypalenia nauczycieli może jednak przybierać różne postacie o charakterze intrapunitwnym (np. dominujące uczucie zmęczenia, zaniedbywanie aktywności fizycznej, zaburzenia snu, utrata wagi, zaburzenia apetytu, obniżenie potrzeb seksualnych, utrzymujące się resentymenty i urazy, lęk i poczucie pustki) lub ekstrapunitwnym (np. przejawy irytacji, złości, rytunowe relacje z podopiecznymi (Grab, 2000).

Poznanie dominujących objawów wypalenia zawodowego możliwe jest w oparciu o techniki samoopisowe oraz obserwacyjne. Dużą popularnością cieszą się polskie adaptacje **Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego C. Maslach** (*MBI-Maslach Burnout Inventory*)¹⁵. Przykładem takiego narzędzia, dedykowanego dla nauczycieli szkolnictwa specjalnego, jest wersja kwestionariusza MBI zaproponowana przez A. Korzon (za: Sekułowicz, 2002). Obejmuje on cztery aspekty wypalenia: wyczerpanie emocjonalne (EE), depersonalizację (DP), osiągnięcia osobiste (PA), i osobiste zaangażowanie (PI). Poznanie specyficznego układu tych zmiennych pozwala sformułować stosowne działania wspierające nauczyciela w jego misji.

Badania własne autora wskazały na specyficzny układ czynników osobowościowych przystosowania vs wypalenia zawodowego w grupie nauczycieli szkół specjalnych (Kurtek, 2010). Najbardziej przystosowani do zawodu są osoby ekstrawertywne, o niskim poziomie neurotyczności i wysokim poczuciu własnej wartości. Dzięki otwartości na nowe doświadczenia i odporności na stymulację oraz „wewnętrznej zgodzie na siebie” potrafią być lepiej dopasowani do nieoczekiwanych, zróżnicowanych wyzwań edukacyjno-terapeutycznych. Negatywny autoportret jak samo spełniające się proroctwo wyzwala nastawienie na porażkę a nie sukces, tym samym utrudnia twórcze działania nauczyciela oraz motywuje do bezpiecznych, ale rutynowych czynności (por. Tucholska, 2003). Uczeń z niepełnosprawnością umysłową jest na tyle wymagającym podmiotem, iż standardowe formy nauczania i wychowania mogą okazywać się nieskuteczne, co naraża nauczyciela na kolejne niepowodzenia i utrwala jego poczucie bezradności i nieskuteczności. Wówczas jego aktywność zawodowa przypominać może objawy wyuczonej bezradności. Nauczyciel wypalony zamiast wspomagać proces rozwoju stanowi czynnik upośledzający, ograniczający wyzwolenie potencjału u ucznia z niepełnosprawnością. Jego dyrektywność związana z podwyższoną skłonnością do depersonalizacji osłabia aktywność komu-

¹⁵ W odniesieniu do wypalenia w zawodzie nauczyciela powstały między innymi narzędzia: A. Korzon (za: Sekułowicz, 2006), T. Pasikowski, (2000) W. Świętochowskiego (2011), S. Tucholskiej (2003).

nikacyjną, badawczą dziecka i formuje negatywny obraz siebie u wychowanka (por. Kościelska, 1998, 107–120). Wyniki tych badań zachęcają do sformułowania postulatów dotyczących organizacji edukacji specjalnej. Po pierwsze kandydaci do tego zawodu powinni charakteryzować się nie tylko kompetencjami poznawczymi potwierdzonymi świadectwem maturalnym, ale również otwartością na różne wyzwania i odpornością na niepowodzenia, co charakteryzuje jednostki raczej ekstrawertywne, stabilne emocjonalnie, wykazujące pozytywną samoocenę. Selekcja osobowościowa na poziomie rekrutacji do zawodu nauczyciela napotyka jednak na liczne kontrowersje. Potrzeby uczelni i samych zainteresowanych studentów stanowią obecnie wystarczające uzasadnienie dla rekrutacji (o ile brak jest ewidentnych przeciwwskazań zdrowotnych).

To skłania do sformułowania kolejnego postulatu rehabilitacyjnego – edukacja studenta do zawodu nauczyciela powinna być uzupełniana o różne formy wspomagania rozwoju osobowości, w tym radzenia sobie z przeciążeniem w pracy. Realizacja tego postulatu wymaga konieczności diagnozy obszarów nieradzenia sobie nauczycieli aktywnych zawodowo i ich wsparcia (emocjonalnego, wartościującego, instrumentalnego lub informacyjnego, zależnie od potrzeb). Zanim bowiem w postępującym procesie wypalania zasobów pracownika uruchomią się praktyki depersonalizujące ucznia, symptomy mają charakter wewnętrzny (ukryty). Zarówno w kontekście teorii postępującego rozczarowania J. Edelwicha i A. Brodskiego (za: Błaszczak, Rowicka, 2019) jak i sekwencyjnego niedopasowania w relacji pracownik – praca wg C. Maslach (1998) początkowe symptomy mają naturę intrapsychiczną (chodzi o wyczerpanie emocjonalne i niezadowolenie z efektów pracy). Działania wspierające nauczyciela w tym okresie mogą osłabić lub zablokować jego obronne nastawienia przejawiające się w różnych formach depersonalizacji ucznia. Wsparcie obniżające wyczerpanie emocjonalne może polegać na różnych formach treningu radzenia sobie ze stresem natomiast poczucie braku satysfakcji z osiągnięć zawodowych może zostać osłabione dzięki szkoleniom podnoszącym kompetencje osobowościowe, społeczne i instrumentalne nauczyciela (bezpośrednio związane z procesem dydaktyczno-terapeutycznym dzieci i młodzieży z lekką NI).

Doświadczenia szkolne ucznia z NI mogą mieć charakter pozytywny lub negatywny. Świadoma reprezentacja zdarzeń trudnych (negatywnych) wymaga dużej siły struktury ego, zdolności do wglądu i przepracowania ich. Z tego powodu znaczącą rolę w poznaniu osobistych doświadczeń pełnią techniki projekcyjne. Przykładem narzędzia ukierunkowanym na poznanie niejawnych szkolnych doświadczeń społecznych jest **Test Stosunków Szkolnych** E. Zwierzyńskiej (2000). Materiał testowy obejmuje 12 czarno-białych obrazków przedstawiających dziecko z relacjach interpersonalnych z nauczycielem, uczniami w kontekście różnych sytuacji związanych ze szkołą. Zadaniem badanego jest ułożenie opowiadanie do każdego obrazka. Wypowiedzi podlegają interpretacji jakościowej w oparciu o następujące wymiary doświadczeń szkolnych: otwartość vs unikanie kontaktu (typu *do – od*), pomaganie vs szkodzenie (typu *dla – przeciw*), dominowanie vs podporządkowanie (typu *nad – pod*). Następnie dokonuje się interpretacji ilościowej poszczególnych rodzajów doświadczeń z różnymi partnerami, co pozwala wskazać na dominujące i deficytowe typy relacji.

Relacje rówieśnicze oraz relacje z nauczycielem mają charakter dwustronny, dlatego warto także diagnozować zachowania ucznia z NI wobec innych. Wskaźniki obserwacyjne należy uznać za bardziej wiarygodne do diagnozy zachowania niż wskaźniki samoopisowe, podatne na tendencyjne przetworzenie przez badanego. Należy jednak przypomnieć, że warunkiem trafności obserwacji jest sprecyzowanie zmiennych teoretycznych w terminach odnoszących się do zachowania – czyli dokładna operacjonalizacja zmiennych. Diagnosta powinien określić przedmiot swej obserwacji i wskazać na formy jego ekspresji. Analiza zachowań może sprowadzać się do wyodrębnienia określonej klasy zjawisk (jakościowe kodowanie zachowań na zasadzie 0–1) lub/i precyzowania nasilenia tych zachowań na skalach ilościowych typu Likerta lub Osgooda.

Szczególnie ważnym czynnikiem adaptacji ucznia z NI jest sposób zmagania się z różnymi społecznymi sytuacjami trudnymi. Poznaniu tego zachowania może służyć autorska **Skala Radzenia Sobie z Agresją** („Gdy rówieśnik go wkurza” – wersja dla nauczyciela), która opiera się na Strategicznym

podejściu do radzenia sobie (SACS) S. Hobfolla (2006)¹⁶. Zadaniem nauczyciela jest ocena częstości zachowań poradczych konkretnego ucznia w sytuacjach agresji (fizycznej lub werbalnej) ze strony rówieśnika na skali typu Likerta (0 – nigdy, 1 – rzadko, 2 – czasami, 3 – często, 4 – prawie zawsze) – (tabela 4).

Tabela 4. Egzemplifikacja ogólnych kategorii radzenia sobie z agresją rówieśniczą

Antyspołeczne bezpośrednie	Antyspołeczne pośrednie	Prospołeczne bezpośrednie	Prospołeczne pośrednie	Bierne
Podnosi głos; Krzyczy; Przeżywa; Bije lub stawia się do bicia; Odreagowuje gestem „fuck You”	Obraża się; Nastawia innych, żeby mu/jej zaszkodzić; Rozpowszechnia krzywdzące plotki o Nim/Niej; Mści się, stara się odegrać	Prosi, aby go nie wkurzać; Mówi – „daj mi spokój, odczep się” (wobec rówieśnika); Pyta rzeczowo – „o co Ci chodzi”; Broni się stanowczo ale nie agresywnie	Trzyma nerwy na wodzy; Stara się obrócić sytuację w żart; Potrafi się opanować; Prosi o pomoc innych.	Nie zwraca na to uwagi; Daje za wygraną; Odchodzi; Zajmuje się czymś innym.

Źródło: opracowanie własne.

Analogicznie kategorie teoretyczne mogą służyć w opracowywaniu skal obserwacyjnych ukierunkowanych na poznanie zachowania wobec różnych innych uczestników życia szkolnego w określonych sytuacjach trudnych. Przykładem tego jest autorska **Skala Radzenia Sobie z Krytyką** („Gdy Nauczyciel Cię krytykuje” – wersja dla nauczyciela). Poniżej w tabeli 5 zaprezentowano kategorie zachowań odnoszących się do aktywności ucznia wobec

¹⁶ Na tym podejściu opracowano narzędzie: Test RA-ODPI – radzenia sobie i atrybucji w społecznych sytuacjach trudnych, zaprezentowane w załączniku nr 4 w aneksie.

nauczyciela w sytuacji krytyki (która stanowi nieodłączny element działalności dydaktyczno-wychowawczej).

Tabela 5. Ogólne i behawioralne kategorie zachowań zaradczych w sytuacjach krytyki ze strony nauczyciela

Antyspołeczne bezpośrednie	Antyspołeczne pośrednie	Prospołeczne bezpośrednie	Prospołeczne pośrednie	Bierne
Podnosi głos; Krzyczy lub ubliża; Traci panowanie i nad sobą; Bezpośrednio ujawnia zdenerwowanie; Odreagowuje złość mową ciała, gestem np. „fuck You”	Obraża się, dąsa; Skarży się komuś; Patrzy „krzywym okiem” na Nauczyciela; Ma gdzieś krytykę, olewa to.	Prosi, o wyjaśnienie sytuacji; Stara się zrozumieć powód krytyki; Broni swego stanowiska ale nie agresywnie; Potrafi wysłuchać uwagi nauczyciela.	Korzysta z pomocy innych aby rozwiązać problem; Trzyma nerwy „na wodzy”, potrafi się opanować; Ma zdrowy dystans do siebie i swych porażek. Stara się pozytywnie przyjąć krytykę i poprawić.	Nie zwraca na to uwagi, jakby nie docierało do niego; Daje za wygraną, wygłąda na przegranego; Rezygnuje z poprawy; Zajmuje się czymś innym, żeby nie przeżywać kłopotliwej sytuacji.

Źródło: opracowanie własne.

Dominacja określonych typów zmagania: prospołecznych lub antyspołecznych pozwala przewidywać jakość szkolnych relacji z rówieśnikami i nauczycielami.

Przydatnym narzędziem do poznania zachowań ucznia z NI stanowi także **Arkusze obserwacyjny ucznia** autorstwa B. Markowskiej i H. Szafranca (1977), oparty na pośredniej formie obserwacji (relacji ze strony nauczyciela). Pozwala on na analizę różnych aspektów funkcjonowania społecznego, tj. zachowania antyspołecznego, zahamowania, uspołecznienia,

zainteresowań seksualnych oraz ich nasilenia u ucznia w wieku od 6 do 14 roku życia.

Bardziej szczegółowa eksploracja zachowań agresywnych w oparciu o technikę obserwacyjną możliwa jest w oparciu o **Arkusz Obserwacyjny Zachowań Agresywnych Ucznia (AOZAU)** A. Mikruta (2005). Narzędzie to skonstruowane zostało na potrzebę analizy zróżnicowanych form ekspresji i mechanizmów agresji u uczniów z lekką NI. Pozwala bowiem na wyróżnienie agresji: słownej, fizycznej, naśladowczej, instrumentalnej, przemieszanej.

Diagnoza ukierunkowana może być nie tylko na poznanie aktywności samego ucznia, ale także jego ogólnej sytuacji społecznej, w kontekście pozostałych relacji rówieśniczych (pozycji socjometrycznej) – zał. 5 w aneksie. Poznanie tego „klasowego rezonansu” ucznia a także struktury atrakcyjności w całej grupie możliwe jest dzięki klasycznej metodzie socjometrii Moreno. Pozwala ona na ocenę poziomu atrakcyjności i odrzucenia poszczególnych jednostek w ramach grupy na podstawie ilości pozytywnych oraz negatywnych wyborów przez innych uczniów (np. *z kim chętnie siedzisz w ławce?*, *z kim wolałbyś nie siedzieć w jednej ławce?*). Możliwe jest ponadto określenie wskaźników ekspansywności negatywnej i pozytywnej, które oznaczają nasilenie wskazanych tendencji. Analiza ilościowa umożliwia nie tylko charakterystykę poszczególnych uczniów, ale jest także opis funkcjonowania całej grupy. Służą temu wskaźniki: spoistości (opartego na wzajemności wyborów), zwartości (opartej na proporcji odwzajemnionych u nieodwzajemnionych wyborów) i integracji (opartej na ilości osób izolowanych w klasie) (Zwierzyńska, 2008).

Rozpoznawanie sytuacji psychospołecznej dzieci i młodzieży z NI ma charakter prawdopodobny, gdyż opiera się na indukcyjnym (a więc zawodnym) wnioskowaniu. To skłania do ostrożności w formułowaniu diagnoz oraz gotowości do ich weryfikacji. Odzwierciedlanie złożonych, dynamicznych i cyrkularnych zjawisk w postaci „zatrzymanej” zawsze będzie formą uproszczenia rzeczywistości. Jednak podważenie wartości takich prób uniemożliwiłoby orientację i skuteczne kontrolowanie zjawisk życia społecznego.

2.2.3. Diagnoza postaw społecznych wobec osób z Niepełnosprawnością Intelktualną – jako kluczowego elementu Egzosystemu

W ramach podejścia ekosystemowego akcentuje się rolę egzosystemu dla funkcjonowania poszczególnych środowisk rozwoju i wychowania dziecka z NI w tym: rodziny i klasy szkolnej. Wpisuje się to w obowiązujący współcześnie społeczny model rehabilitacji, który akcentuje wagę relacji społecznych dla rozwoju osoby z NI. Wśród koncepcji wskazujących na istotne znaczenie doświadczeń społecznych dla rozwoju osoby z NI należą teorie: rozwoju ja (Evans, 2001; Kościelska, 1998), waloryzacji roli społecznej W. Wolfensberga (Kijak, 2017) naznaczenia oraz dystansu społecznego (Speck, 2005; Wyczesany, Gajdzica, 2006; Parchomiuk, Szabała, 2012). Teorie te akcentują rolę postaw społecznych dla rozwoju i rehabilitacji psychicznej oraz społecznej¹⁷. Dlatego rozdział ten poświęcono specyfice tych postaw oraz narzędziom poznawania postaw wobec osób z NI.

Postawę definiuje się jako względnie trwałą skłonność podmiotu do kognitywnego i afektywnego ustosunkowania wobec obiektu (przedmiotu, zdarzenia, idei lub innych osób) (Wojciszke, 2005). Postawy społeczne aktywizują różne przestrzenie w obrębie działającego podmiotu: (przekonania, uczucia, skłonności behawioralne, oceny, motywy) oraz doświadczającego przedmiotu (intrapsychiczne przeżycia, przyczynowe atrybucje oraz obserwowalne i nieobserwowalne dopasowania). Waga postaw społecznych wzrasta w kontekście osób zależnych, o obniżonych zdolnościach interpretowania i radzenia sobie ze stresem społecznym. Do grupy takiej należą jednostki z NI. Poznawcze deficyty tych osób (różne w zależności od stopnia deficytu) w zakresie różnicowania i wyjaśniania zachowań uczestników życia rodzinnego, szkolnego czy zawodowego zmniejszają gotowość intelektualnej analizy i ograniczają wielostronną interpretację postaw innych. Skutkiem czego jest przewaga mechanizmów upraszczania rzeczywistości i modelowania

¹⁷ Stosunek osób z niepełnosprawnością intelektualną wobec jednostek pełnosprawnych jest także istotny (ułatwia lub utrudnia) dla społecznych procesów inkluzji oraz ekskluzji (Larkowa, 1987). Został on jednak pominięty w tym opracowaniu z uwagi na asymetryczną odpowiedzialność obu partnerów za jakość tej relacji.

społecznych schematów funkcjonowania (Lewin, za Otrębski, 2007). Ograniczona aktywizacja poznawczej rekonstrukcji zachowań innych zwiększa skłonność do zależności od kontekstu. Dominacja regulacji zewnętrznej nad wewnętrzną zostaje wzmacniana przez charakterystyczne cechy osobowe takie jak: wyuczona bezradność oraz zewnętrzne umiejscowienie kontroli (Kościelak, 1987; Peppi, Alesi, 2005). A zatem wiarygodność danych zewnętrznych, w tym postaw innych osób wobec nich (szczególnie osób i grup znaczących) jest wysoka i łatwo podlega uwewnętrznieniu. To tłumaczy zależność i zmienność samooceny od czynnika kontekstualnego (Evans, 2001).

Postawa osób pełnosprawnych wobec niepełnosprawnych intelektualnie jest zjawiskiem złożonym, można bowiem analizować je w aspekcie: poznawczym (przekonań i sądów dotyczących różnych przestrzeni funkcjonowania, np. rodzinnej, edukacyjnej, zawodowej, seksualnej), afektywnym (treści, znaku i nasilenia emocji) oraz behawioralnym (współdziałania vs izolacji w różnych kontekstach uczestnictwa). Analizy mogą uwzględniać zarówno wskazane cechy treściowe, jak i formalne np. poziom złożoności, spójności (Mądrzycki, 1977). Dotychczas zakładano, iż poszczególne aspekty postawy (poznawcze, afektywne i behawioralne) reprezentowane przez podmiot są ze sobą spójne, ale wiele doniesień empirycznych wskazuje także na ich odrębność. O ile deklarowane poglądy są zwykle pozytywne to aktualizowane wobec osób niepełnosprawnych emocje i zachowania – raczej negatywne (Larkowa, 1980; Sękowski, 2001; Zasępa, 1998; Ouellette-Kuntz, Burge, Brown i Arsenault, 2010; Papuda-Dolińska, 2012). To skłania do traktowania postawy jako zjawiska niejednorodnego, uwikłanego w różne mechanizmy psychologiczne (głównie afektywne, wolicjonalne i refleksyjne) i społeczne (dominujące ideologie, naciski społeczne).

Analiza przekonań o osobach z NI wskazuje na obecność wielu nieprawdziwych stereotypów. Wciąż obecne są mity, zgodnie z którymi osoby te:

- „są zawsze dziećmi, nigdy nie staną się dorośli;
- nie potrafią i nie mogą żyć samodzielnie;
- najlepiej czują się wśród innych upośledzonych;
- nie są w stanie kierować swoim życiem;
- wymagają wzmożonej kontroli dla jej bezpieczeństwa;

- wymagają ustrukturalizowanego środowiska oraz systematycznej i zaplanowanej opieki” (Stelter, 2009b, 22–23).

Wizerunek ten stanowi przejaw nadgeneralizacji głębszych stopni NI na całą populację i stanowić może czynnik utrudniający a nawet udaremniający rozwój jednostki. Fenomen rozwoju zależny jest bowiem nie tylko od zadatków wrodzonych, ale także jakości doświadczeń społecznych, oferty rehabilitacyjnej i aktywności własnej. Implementacja ogólnych zasad rozwoju poznawczego człowieka do tej grupy osób stanowi szansę na przewyciężenie statycznego wizerunku osoby z NI na rzecz dynamicznego. Niepełnosprawność ta jest bowiem efektem procesu upośledzania umysłu nie tylko przez czynniki biologiczne uszkodzające mózg, ale także czynniki psychologiczne (np. wyuczoną bezradność czy lęk przed porażką) i niedopasowanie oddziaływań opiekuńczych oraz edukacyjnych do strefy najbliższego rozwoju (Kościelska, 1998).

Przyjmując za kluczowy kognitywny element postawy, podstawowe znaczenie mają techniki oparte na samoopisie (czyli kwestionariusze, skale), zaś w poznaniu wymiaru afektywnego i behawioralnego istotną rolę przypisać należy technikom eksperymentalnym i obserwacyjnym. Przyjęcie określonego rozstrzygnięcia teoretycznego stanowi punkt wyjścia dla procesu diagnostycznego.

2.2.3.1. Wybrane narzędzia do pomiaru postaw wobec osób z niepełnosprawnością oparte na technice samoopisu

Na rynku polskim dominują kwestionariuszowe formy pomiaru postawy wobec osób z niepełnosprawnością, które koncentrują się na deklaratywnym opisie własnych przekonań, afektów czy zachowań. Najbardziej popularna jest **Skala Postaw wobec Osób Niepełnosprawnych (PWON)** A. Sękowskiego (1994) – zał. 6 w aneksie. Zauważyć jednak należy, iż autor za podstawę operacjonalizacji stosunku przyjął założenie o podobieństwie jako wskaźniku pozytywności. A zatem postawy pozytywne wobec osób niepełnosprawnych ujawniają się poprzez podobieństwo tych osób do pełnosprawnych

w zakresie: zachowania, możliwości, preferencji i innych form życia. Dostrzeganie różnic w tych zakresach wiąże ze zjawiskiem dysonansu poznawczego, czyli przykrego napięcia, powstającego wskutek rozbieżności pomiędzy obrazem człowieka pełnosprawnego a niepełnosprawnego. Im więcej dostrzega się podobieństw w zachowaniu osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych, tym dysonans poznawczy jest mniejszy i postawa bardziej pozytywna. Wykorzystanie tego kwestionariusza ma zatem większe zastosowanie w kulturach kolektywistycznych, akcentujących znaczenie podobieństwa, kooperacji, współzależności, bowiem w kulturach indywidualistycznych, odmiennosc jednostki stanowi naturalny czynnik różnicujący społeczność i nie przyczynia się bezpośrednio do negatywnego naznaczenia osoby niepełnosprawnej. Podejście to znalazło potwierdzenie w badaniach postaw osób niepełnosprawnych wobec innych osób niepełnosprawnych (Kirenko, Korczyński, 2000). Uzyskano bowiem przewagę pozytywnych odniesień w tych właśnie relacjach jednostek o podobnej tożsamości psychospołecznej. Narzędzie PWON oparte jest na skali typu Likerta. Składa się ono z 30 twierdzeń, do których badany ustosunkowuje się zależnie od swych przekonań. Ma możliwość wyboru jednego spośród sześciu następujących możliwości do każdego kolejnego stwierdzenia: zdecydowanie zgadzam się, zgadzam się, raczej zgadzam się, raczej nie zgadzam się, nie zgadzam się, zdecydowanie nie zgadzam. Skala składa się z piętnastu twierdzeń pozytywnych oraz piętnastu twierdzeń negatywnych, które podkreślają ograniczenia funkcjonalne jakie powoduje niepełnosprawność (Sękowski, 1994). Ogólny wskaźnik nasilenia pozytywnej postawy oblicza się według następującej zasady:

- w odniesieniu tylko do twierdzeń pozytywnych zmienia się znak;
- następnie sumuje się wszystkie punkty uwzględniając wspomnianą zmianę znaków,
- w uzyskanej sumie zmienia się znak, a następnie dodaje się do niej 90 punktów.

Procedura ta umożliwia uzyskanie wyłącznie pozytywnych wyników w granicach od zera do 180 pkt, przy czym im wyższy jest wynik tym bardziej pozytywna postawa (Kirenko, Korczyński, 2000). Analiza odpowiedzi na poszczególne twierdzenia pozwala na jakościową charakterystykę

respondentów w zakresie świadomych: przekonań, emocji i nastawień behawioralnych wobec osób niepełnosprawnych.

Kolejną propozycję stanowi **Kwestionariusz Szacunku Warunkowego wobec osób z niepełnosprawnością** (*CRPDQ – The Conditional Respect for Persons with Disabilities Questionnaire*) – zał. 7 w aneksie. Narzędzie przeznaczone jest do badania szacunku warunkowego wobec osób niepełnosprawnych a procedura opracowywania zaprezentowana została w osobnej publikacji (Kurtek, 2018). Kwestionariusz został pozytywnie zweryfikowany psychometrycznie w zakresie trafności teoretycznej (eksploracyjna analiza czynnikowa) i treściowej (zgodność sędziów kompetentnych) oraz rzetelności (stabilność bezwzględna i zgodność wewnętrzna pozycji testowych). Pomiar szacunku jako pozytywnego sądu ewaluacyjnego, dotyczącego innego człowieka lub grupy, opierać się może na wskaźnikach: deklarowanych lub behawioralnych, wyrażających określone tendencje afektywne (techniki kwestionariuszowe opierają się na pierwszym typie wskaźnika, zaś obserwacyjne na drugim). Proponowane narzędzie CRPDQ wykorzystuje wypowiedzi słowne jako przejaw szczegółowych sądów ewaluacyjnych o osobach z niepełnosprawnością, stanowi zatem rodzaj kwestionariusza. Podstawę teoretyczną testu stanowi *Koncepcja Przekonań Normatywnych* J. Reykowskiego (1990), zgodnie z którą istotne znaczenie dla formowania się szacunku wobec osób z niepełnosprawnością ma ogólny system przekonań indywidualnych i zbiorowych. System ten można uporządkować według następujących aspektów formalnych: poziom ogólności, centralności i dostępności introspekcyjnej. Przekonania zatem mogą być: ogólne i szczegółowe, nadrzędne i peryferyjne, utajone lub uświadomione. Z kolei treściowa charakterystyka opiera się na przeciwstawnych wymiarach relacji między jednostką a otoczeniem tj.: indywidualizm vs kolektywizm, egalitaryzm vs elitaryzm, antagonizm vs synergia oraz produktywność vs receptywność. Na przykład w kolektywnych systemach społecznych aktywność jednostki postrzegana jest jako wypadkowa uwarunkowań społecznych, zaś w indywidualistycznym systemie organizacji życia społecznego akcentuje się rolę jednostki i jej osobistego zaangażowania w kreowaniu własnej egzystencji. Zatem zgodnie z tym wymiarem pozytywna ocena przypada

osobom budującym relacje interpersonalne i realizującym interes społeczny, gotowym do poświęceń i podporządkowania (kolektywizm) lub niezależnym, zdolnym do podejmowania własnych decyzji i osiągającym sukcesy (indywidualizm). Narzędzie CRPDQ umożliwia analizę znaczenia poniższych wymiarów przekonań określonych grup lub jednostek dla ich szacunku warunkowego wobec osób z niepełnosprawnością:

1. *Indywidualna Produktywność (IP)* – podejmuje zadania życiowe ukierunkowane na wytworzenie dzieła, głównie dla dobra osobistego.
2. *Indywidualna Receptywność (IR)* – nie podejmuje zadań życiowych obarczając nimi (zadaniami) innych.
3. *Indywidualna Synergia (IS)* – konstruktywnie zarządza swymi emocjami dla własnego komfortu psychicznego.
4. *Indywidualny Antagonizm (IA)* – podejmuje działania antyspołeczne dla własnej korzyści, kosztem innych.
5. *Kolektywna Synergia (KS)* – ujawnia zdolność do współdziałania i współodczuwania z innymi ludźmi.

Badanie polega na szacowaniu znaczenia 33 poszczególnych form aktywności osoby z niepełnosprawnością (związanych z powyższymi wymiarami przekonań normatywnych) na 7-punktowej skali dwubiegunowej (od -3 – to zachowanie w wysokim stopniu obniża mój szacunek do +3 – to zachowanie w wysokim stopniu zwiększa mój szacunek wobec osoby z niepełnosprawnością).

Narzędzie na obecnym etapie rozwoju może mieć zastosowanie w badaniach nomotetycznych do porównywania różnych grup w zakresie zarówno ogólnego poziomu szacunku warunkowego, jak i poznania wagi poszczególnych aspektów funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością dla nabywania lub utraty szacunku. Badania idiograficzne skoncentrowane mogą być wyłącznie na analizie profilu wyodrębnionych pięciu kategorii przekonań normatywnych w formowaniu szacunku warunkowego wobec osób z niepełnosprawnością.

Ogólny poziom szacunku warunkowego uzyskuje się poprzez zsumowanie wartości bezwzględnej ze wszystkich pozycji testu. Nasilenie uzyska-

nego w ten sposób ogólnego rezultatu wskazuje na wagę wyodrębnionych w teście właściwości osoby z niepełnosprawnością dla ogólnego szacunku warunkowego u respondenta. Tak więc, niższy wynik sugerować będzie niewielkie znaczenie działań osoby z niepełnosprawnością dla formowania szacunku wobec niej (dominacja szacunku bezwarunkowego), zaś wyższy – wskazywać będzie na istotny udział aktywności życiowej osoby z niepełnosprawnością w formowaniu szacunku wobec niej (dominacja szacunku warunkowego).

Wyniki ogólne z wartości względnych (uzyskanych przez zsumowanie uzyskanych punktów z 33 pozycji testowych) mogą także dostarczyć interesujących danych. O ile ujemne rezultaty wskazywać będą na krytycyzm respondenta (niedoceniając zachowań pożądaných oraz przeceniając działań niepożądanych w formowaniu się szacunku), to wyniki dodatnie interpretować można jako przejaw wyrozumiałości, łagodności w ocenie zachowań negatywnych i docenianiu działań pozytywnych w formowaniu szacunku wobec osoby z niepełnosprawnością.

Z kolei analizy profilowej dokonać można w oparciu o sumowanie względnych wartości poszczególnych pozycji testowych zasilających Indywidualną: Produktywność, Receptywność, Synergę i Antagonizm oraz Kolektywną Synergę. Jednak z uwagi na różnorodność pozycji testowych w poszczególnych kategoriach (w granicach: od 5 do 7), aby dokonywać bezpośrednich porównań znaczenia wyodrębnionych typów przekonań normatywnych, należy przemnożyć uzyskane sumy przez stosowny wskaźnik. Dla kategorii opartych na 5 pozycjach testowych (KS) jest to wskaźnik – 1. Dla kategorii opartych na 6 itemach (IS, IA) wskaźnik wynosi 5/6; zaś dla kategorii opartej na 8 itemach (IP, IR) – 5/8. Analiza profilowa umożliwi poznanie konkretnych systemów ewaluacji osoby niepełnosprawnej w określonych środowiskach społecznych, a tym samym szacowanie ryzyka utraty lub szansy zyskania szacunku w danej społeczności. Analiza profilu oczekiwań (szczególnie ocenionych na poziomie +3 oraz szczególnie nagannych -3) stanowić może podstawę dla programowania procesu rehabilitacji społecznej osoby z niepełnosprawnością. Przy czym działania te mogą być ukierunkowane zarówno na wspomaganie rozwoju kompetencji osób z niepełnosprawnością,

jak i na modyfikację aktualnych kryteriów ewaluacji, prezentowanych przez badane środowiska.

Wniknięcie w zróżnicowane aspekty integracji osób pełnosprawnych z niepełnosprawnymi możliwie jest w oparciu o narzędzia samoopisowe, nawiązujące do koncepcji dystansu społecznego (Gajdzica, 2012; Komorowska, 2011; Parchomiuk, Szabała, 2012). Zgodnie z nią zaangażowanie osoby pełnosprawnej w relację z osobą niepełnosprawną zależy od charakteru współistnienia, sprecyzowanego poprzez poziom intymności i trwałości tej relacji. Zakłada się tu większą gotowość do kontaktu pośredniego (np. respektowanie prawa osób niepełnosprawnych do zawierania małżeństw) niż bezpośredniego (np. akceptacja własnego związku małżeńskiego z osobą niepełnosprawną). Do najbardziej popularnych narzędzi badania dystansu społecznego należy **Skala E. Bogardusa** (za: Babbie, 2009, 196–197). Umożliwia ona pomiar skłonności do uczestniczenia w zróżnicowanych, co do poziomu intymności, relacjach z innymi grupami społecznymi. Poszczególne pytania wchodzące w jej skład odznaczają się kumulatywnością: od niskiego do wysokiego poziomu integracji społecznej, od stosunku pośredniego i nieosobistego (np. udział osób niepełnosprawnych w produkcjach filmowych) do bezpośredniego zażyłego, serdecznego. Różny poziom intensywności związku, reprezentowany w pytaniu pozwala wyznaczać optymalny (oczekiwany) poziom dystansu-bliskości związku z perspektywy badanego. Zgodnie z propozycją Z. Gajdzicy (2012), adaptacja tej skali do oceny poziomu dystansu społecznego wobec osób z NI może przyjąć formę następujących kwestii:

1. Wybudowanie domu pomocy społecznej dla osób z upośledzeniem umysłowym w Twoim sąsiedztwie;
2. Zaakceptowanie osoby upośledzonej umysłowo jako Twojego sąsiada;
3. Zaakceptowanie osoby upośledzonej umysłowo jako współpracownika w jednym pokoju;
4. Zaakceptowanie osoby upośledzonej umysłowo jako kolegi z klasy swojego dziecka;
5. Zaakceptowanie osoby upośledzonej umysłowo jako przyjaciela;
6. Zaakceptowanie osoby upośledzonej umysłowo jako bliskiego członka rodziny.

Badani proszeni o ustosunkowanie się („zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „nie wiem”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie”) do tych propozycji. Numer wybranego stwierdzenia oznaczał zarazem wartość liczbową oceny deklarowanego poziomu bliskości.

Szczegółowy charakter pytań zależy od celów diagnostycznych i badanych przestrzeni integracji. Analiza problematyki dystansu społecznego w przekrojowych badaniach kanadyjskich (Ouellette-Kuntz i inni, 2010), opierała się na następujących twierdzeniach:

1. *I would allow my child to accept an invitation to a birthday-party given for a child with an intellectual disability* (tłum własne – pozwoliłbym, aby moje dziecko przyjęło zaproszenie na urodzinowe przyjęcie dziecka z NI);
2. *I am willing for my child to have children who have intellectual disabilities as close personal friends* (tłum. własne – chcę aby moje dziecko przyjaźniło się z dziećmi z NI);
3. *I have no objection to attending the movies or a play in the company of people who have intellectual disabilities* (tłum. własne – Nie mam zastrzeżeń do uczestniczenia w wydarzeniach kulturalnych w towarzystwie osób z NI);
4. *I would rather not have people with an intellectual disability as dinner guests with my friends who are not intellectually disabled. (R)*¹⁸ (tłum. własne – Wolałbym nie gościć na obiedzie osób z NI);
5. *I would rather not have a person with an intellectual disability swim in the same pool that I am in. (R)* (tłum. własne – Wolałbym nie korzystać wspólnie z osobą z NI z tego samego basenu);
6. *I would be willing to introduce a person with an intellectual disability to friends and neighbours in my hometown* (tłum. własne – Chętnie przedstawiłbym osobę z NI znajomym i sąsiadom w moim miejscu zamieszkania);

¹⁸ R – oznacza konieczność odwrócenia punktacji, bo pozycja ma charakter negatywny dla bliskości społecznej.

7. *I would be willing to go to a competent barber or hairdresser with an intellectual disability* (tłum. własne – Chętnie skorzystam z usług wykwalifikowanego golibrody lub fryzjera z NI);
8. *I would rather not have people who have intellectual disabilities live in the same apartment building I live in* (tłum. własne – Wolałbym nie mieszkać wspólnie z ludźmi z NI w jednym bloku).

Narzędzia do diagnozy postaw mogą mieć charakter ustrukturalizowany lub otwarty. Interesującą propozycję badawczą stanowi nieustrukturalizowane „**Koło Shalita**”, przeznaczone do badania różnych konstruktów umysłowych różnych grup lub jednostek (Kelly, za: Pervin i John, 2002, 407–433). Kluczowe znaczenia ma sformułowanie pytania otwartego, eksplorującego określone przestrzenie deskryptywno-ewaluacyjne. Może ono być zastosowane także do diagnozy postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych. W przypadku postawienia pytania – *Jakie są charakterystyczne cechy osoby niepełnosprawnej intelektualnie w stopniu lekkim*, zadaniem osoby badanej jest wypisanie w specjalnym diagramie (tj. kole podzielonym na segmenty) charakterystycznych cech tych osób, a następnie przydzielenie tym charakterystykom stosownych rang (rangi są powtarzalne, więc wymienione właściwości nie muszą różnić się w zakresie ich roli w badanym konstrukcie). Ilość cech zależy od przewidywanej specyfikacji problemu w danej próbie badawczej, ale zwykle jedynie około 2% osób wykorzystuje więcej niż 11 segmentów, dlatego 12 segmentowa wersja diagramu zwykle jest wystarczająca (Zarek, 2013). Po przypisaniu rang, zadaniem badanego jest wartościowanie wymienionych cech symbolami +, – lub cyfrą 0 (dwa plusy to ocena bardzo pozytywna, jeden plus – pozytywna, analogicznie dla ocen negatywnych ze wskaźnikiem minus, zero – odzwierciedla ocenę pośrednią. Interpretacja opiera się na analizie wskaźników pierwotnych i złożonych. Do pierwszych należą:

- Zakres (Z) – liczba wymienionych przez respondenta cech w opisie obiektu;
- Artykulacja (A) – liczba rang przypisanych tym cechom;
- Pozytywny ładunek afektywny (Ł+) – liczba pozytywnych ocen (plusów) przypisanych podanym cechom;

- Negatywny ładunek afektywny ($\Sigma-$) – liczba negatywnych ocen (minusów) przypisanych podanym cechom.

Do wskaźników złożonych struktury postawy należą:

- Indeks redukcji (R) – czyli stopień organizacji umysłowej reprezentacji osób z niepełnosprawnością. Największy stopień redukcji ma miejsce, gdy, poszczególne cechy są spostrzegane jako jednakowo ważne (ta sama ranga). Natomiast najmniejszy stopień redukcji obserwuje się w przypadku pełnego zróżnicowania rang dla poszczególnych cech (wówczas liczba rang odpowiada liczbie cech). Niski stopień redukcji wskazuje wysoki poziom organizacji, złożoności konstruktów. Indeks redukcji wyraża się wzorem: $R = [Z - (A - 1)]/Z$. A zatem R bliskie wartości 0 – oznacza niską reedukację i duże zróżnicowanie rang, zaś R bliskie wartości 1 – interpretuje się odwrotnie.
- Indeks emocjonalności (E) – odnosi się do stopnia nasycenia afektywnego badanych obiektów, zaangażowania w dany obszar (bez względu na kierunek); Shalit wskazywał, że wyższa wartość tego indeksu oznacza większą motywację do zmiany własnych relacji z danym obszarem rzeczywistości. Indeks emocjonalności wyraża się wzorem: $E = (\Sigma L+, L-)/Z$.
- Indeks inklinacji wartościującej (I) – to stopień odchylenia w wartościowaniu w kierunku pozytywnym lub negatywnym (wskaźnik zadowolenia lub niezadowolenia, jakie jednostka czerpie z kontaktów z danym obszarem rzeczywistości). Indeks inklinacji wartościującej wyraża się wzorem: $I = \sum(L/r)$, gdzie L – liczba znaków plus lub minus, r – ranga przypisana danej właściwości. Maksymalna wielkość tego wskaźnika przy 10 cechach (gdy wszystkim cechom przypisze się rangę 1 i ocenę (++) wyniesie 20. Zaś najniższa wartość tego indeksu (–20) powstanie przy maksymalnych rangach dla poszczególnych cech, ocenionych jako szkodliwe (– –). Wysoki wynik interpretuje się jako wskaźnik pozytywnego postrzegania osób z niepełnosprawnością, zaś niski – jako wskaźnik negatywnej atrybucji tej grupy społecznej.

2.2.3.2. Wybrane narzędzia do pomiaru postaw wobec osób z niepełnosprawnością oparte na testach

Diagnoza postaw społecznych wobec osób z niepełnosprawnością nie ogranicza się do technik typu self-report. W odniesieniu do zagadnień społecznie drażliwych, podatnych na procesy wpływu społecznego, za wartościowe należy uznać techniki eksperymentalne, ukierunkowane na poznanie postaw ukrytych. Niektóre wyniki badań empirycznych wskazują bowiem na większe związki nieświadomych niż jawnych postaw z zachowaniem wobec osób niepełnosprawnych (Sękowski, 2001). Poznanie wymiaru utajonego mogłoby mieć istotne znaczenie w predykcji i wyjaśnianiu zachowań wobec osób niepełnosprawnych, szczególnie w kontekstach sytuacyjnych preferujących działania automatyczne, takich jak: presja czasowa, przeciążenie poznawcze (Maison, 2004). Z tego powodu za interesujące należy uznać nowy test do badania postaw ukrytych wobec osób niepełnosprawnych sensorycznie, intelektualnie i ruchowo **IAT-VIMD** (*Implicit Association Test on the Visual, Intellectual and Motor Disabled* (Kurtek, 2021)). Umożliwia on badanie skłonności do faworyzowania lub dewaluacji wymienionych kategorii osób z niepełnosprawnością (w tym stosunku wobec osób z NI: wersja IAT-ID). Narzędzie oparte jest na technice *IAT* i teorii poznania utajonego (Greenwald i Banaji, 1996; Greenwald, McGhee i Schwartz, 1998), która nawiązuje do koncepcji dualizmu postaw, zakładającej niezależność dwóch systemów ustosunkowań do innych: utajonego i jawnego. O ile postawy utajone opierają się na szybkich, automatycznych mechanizmach pobudzeń emocjonalnych, to postawy jawne – na powolnych, świadomych mechanizmach rozumowania poznawczego (Chaiken i Trope, 1999; Wilson, Lindsey i Schooler, 2000). Potwierdzają to współczesne badania neuropsychologiczne, które wskazujące, iż sygnały rozkodowywane są już na poziomie podkorowym, bez udziału procesów świadomych (LeDoux, 1996). Metoda IAT-ID (wersja dotycząca wyłącznie osób z NI) oparta jest na pomiarze i porównaniu czasów reakcji w tzw. *warunkach spójnych i niespójnych*. Zakłada się, iż reakcja na obiekty afektywnie spójne jest krótsza niż na obiekty niespójne, które z uwagi na ambiwalencję wytwarzają opór decy-

zyjny, i tym samym wydłużenie czasu reakcji. A zatem wolniejsze kategoryzowanie obiektów pozytywnych (przyjemnych) z osobami niepełnosprawnymi niż pełnosprawnymi oraz szybsze łączenie obiektów negatywnych z osobami niepełnosprawnymi niż grupą porównawczą wskazuje na spójność w zakresie waloryzacji jednostek niepełnosprawnych lub dewaloryzacji pełnosprawnych. Konstrukcja techniki (zestawienie koniunkcyjnych zbiorów obiektów: afektywnych i deskryptywnych) nie pozwala jednak ustalić czy różnice w czasie, oznaczają sympatię do określonej grupy (np. własnego odniesienia) i niechęć do kojarzenia jej z negatywnymi obiektami (waloryzacja swoich) czy awersję do grupy porównawczej i opór do pozytywnego kojarzenia jej (dewaloryzacja innych). Uznaje się jednak że, im wyższy wskaźnik różnicy czasowej, tym większe prawdopodobieństwo zaistnienia obu procesów. Ponadto z uwagi na większą uniwersalność procesu faworyzowania „swoich” niż dyskryminacji „obcych”, zaleca się interpretację w kategoriach waloryzowania grupy własnego odniesienia niż dyskryminacji grupy porównawczej (Jarymowicz, 2006). Powyższe ograniczenia nie przekreślają jednak wartości metody, szczególnie w badaniu dynamiki procesów integracyjnych, zakładających równorzędność partnerów interakcji. Mierzenie szybkości kategoryzowania obiektów wymaga zastosowania precyzyjnych narzędzi pomiarowych, dlatego badanie przeprowadza się z wykorzystaniem komputera. Badanie autorskim testem IAT-ID opiera się na obrazowym kodzie bodźców, który wydaje się bardziej adekwatny do uruchamiania skojarzeń afektywnych osób (Feroni i Bel-Bahar, 2010). Test ten składa się z części wstępnej (przykładu) oraz części zasadniczej, opartej na kategoryzacji prostej (zbiory jednorodne) i złożonej (zbiory niejednorodne) wg następującego schematu badawczego:

1. *Kategoryzacja przykładowa wizerunków osób do jednego z dwóch zbiorów (pełnosprawni vs niepełnosprawni) bez presji czasowej.*
2. *Kategoryzacja prosta 10 wizerunków osób do 2 wskazanych powyżej zbiorów (z pomiarem czasu od zadania 2–6).*
3. *Kategoryzacja prosta 10 obrazów kwiatów i insektów do dwóch zbiorów: Insekty vs Kwiaty.*

4. *Kategoryzacja złożona 36 obiektów: osób pełnosprawnych lub z niepełnosprawnością, insektów i kwiatów (po 9 na każdy typ obiektu) do jednego z dwóch zbiorów złożonych: Kwiaty i Osoby pełnosprawne vs Insekty i Osoby niepełnosprawne (kategoryzacja zakładana jako spójna lub niespójna) – poprzedzona przykładem.*
5. *Kategoryzacja prosta 10 obiektów do jednego z dwóch zbiorów (pełnosprawni vs niepełnosprawni) – zadanie analogiczne do zad. 2 ale z odwróceniem umiejscowienia zbiorów, w celu uniknięcia transferu czynnościowego.*
6. *Kategoryzacja złożona 36 obiektów: osób pełnosprawnych lub z niepełnosprawnością, insektów i kwiatów (po 9 na każdy typ obiektu) do jednego z dwóch zbiorów złożonych: Kwiaty i Osoby niepełnosprawne vs Insekty i Osoby pełnosprawne (kategoryzacja zakładana jako niespójna lub spójna).*

W badaniu przyjęto 9 bodźców z każdej kategorii, co pozostaje w zgodzie z zaleceniami twórcy techniki, aby ilość obiektów kategoryzacyjnych mieściła się w granicach od 5 do 25 (Greenwald i inni, 1998). Aby ułatwić osobie testowanej pełną koncentrację, badanie powinno przebiegać w warunkach wolnych od dystraktorów wzrokowych i dźwiękowych, gdyż w oparciu o te modalności przebiega test. Wskaźnik efektu IAT oblicza się na podstawie różnicy między uśrednionymi czasami kategoryzacji w warunkach zakładanych jako spójne vs niespójne. Do analizy włącza się tylko reakcje mieszczące się w granicach: 300–3000 milisekund (Greenwald i inni, 1998). Odpowiedzi spoza tego zakresu uznawane są za przypadkowe lub wynikające z dekoncentracji. Analiza istotności różnic we wskazanych warunkach pozwala wnioskować o procesach faworyzowania vs dewaluacji osób z NI.

Pomiar postaw społecznych wobec osób z NI może także być prowadzony z wykorzystaniem technik projekcyjnych. E. Górak-Sosnowska (2008) zaproponowała narzędzie do oceny dystansu wobec różnych grup narodowych i etnicznych, Pomysł polega na rozplanowaniu przez badanego sześciu namiotów na planie pola namiotowego o wymiarach 18,5 cm x 7,5 cm dla Amerykanów, Arabów, Cyganów, Czechów, Hindusów i Niemców (zaznaczyć należy, iż namiot Polaków znajdował się na środku tego pola). Badanie opiera

się na założeniu, że im większą niechęć do danej grupy, tym większa odległość od namiotu Polaków. Technika ta może znaleźć zastosowanie w estymacji optymalnego dystansu osób pełnosprawnych z różnymi grupami osób z niepełnosprawnością i odwrotnie a tym samym pomagać w projektowaniu działań integracyjnych w różnych środowiskach społecznych.

Dokonany przegląd możliwości eksploracji postaw społecznych wobec osób z niepełnosprawnością (szczególnie – intelektualną) z pewnością nie jest kompletny. Przyjmując jednak typologie R. Cattella (za: Pervin, John, 2002, s. 29–33) zwrócono uwagę na dane typu S (self-report czyli samoopisowe) oraz typu T (testowe) które docierają do poszczególnych komponentów postawy. Warto zainteresowania są poszukiwania narzędzi opartych o dane typu O (obserwacyjne), np. skali szacunkowych, które odzwierciedlać mogą konkretny lub uogólniony charakter zachowań (tendycyjność spostrzeżenia innych może być weryfikowane poziomem zgodności oceniających). Interesujące mogłyby być także próby badania z wykorzystaniem danych typu L (life), oparte na analizie minionych faktów i zdarzeń z życia badanego. Mogłoby to być szczególnie cenne do poznania dynamicznego aspektu postawy, która choć stanowi względnie trwałe odniesienie, to podlegać może procesowi modyfikacji.

ZAKOŃCZENIE

Przedstawiona praca pozwoliła uporządkować różne metody, techniki i narzędzia badawcze, które mogą pomóc w poznaniu specyficznych i niespecyficznych aspektów funkcjonowania rodziny i szkoły dziecka i adolescenta z niepełnosprawnością intelektualną. Rola tych środowisk jest nie do przecenienia w odniesieniu do osób poszkodowanych na zdrowiu somatycznym, psychicznym, a także społecznym. Jednocześnie poziom obciążenia różnymi sytuacjami trudnymi czyni te środowiska bardziej podatnymi na dystress i niedopasowanie do potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka. Rozpoznanie korzystnych i niekorzystnych zjawisk życia rodzinnego i szkolnego stanowi podstawę działań pomocowych. Rzetelna i trafna diagnoza aspektów wydolności vs niewydolności może pomóc w formowaniu indywidualnych profili potrzeb tych środowisk i tym samym zwiększać szanse na bardziej pomyślny proces rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną.

Warto podkreślić, że podwyższone ryzyko zakłóceń w realizacji zadań rozwojowych i zaburzeń zachowania dziecka i adolescenta z NI stwarza zagrożenie niewydolności środowisk opiekuńczo-wychowawczych. Dlatego pomoc rodzinie i szkole w poszukiwaniu optymalnych sposobów radzenia sobie z trudnościami stanowił podstawowy motyw tego opracowania. Pomoc ta ma pośredni wpływ na funkcjonowanie dzieci i młodzieży z NI, gdyż jakość doświadczeń społecznych stanowi nie tylko treściowy budulec skryptów życiowych, ale także przyczynia się do wspomaganie rozwoju poznawczego. Warunkiem wstępnym wartościowej diagnozy jest jednak

otwarcie się danego środowiska na poznanie a następnie ujawnienie różnych aspektów funkcjonowania. Pojawić się zatem mogą blokady w fazach: docierania i przekazywania uzyskanych wyników. Dotarcie do tych środowisk nie jest jednak łatwe, gdyż każde wytwarza swoiste granice przepuszczalności danych. Można powiedzieć, że każda rodzina i szkoła dokonuje mniej lub bardziej uświadomionej autodiagnozy i filtruje dostępność danych dla różnych podmiotów zewnętrznych. Badacz zwykle dąży do wydobywania obiektywnych informacji ale badany może dążyć do ich utajnienia. W środowiskach tych istnieje wiele ukrywanych, wstydlivych problemów, trudności, zakłóceń na poziomie intrapsychnicznym i interpersonalnym. Dane te są blokowane zgodnie z potrzebą dobrostanu psychicznego, autoafirmacji, lub pozytywnego wizerunku społecznego, a tym samym są trudno dostępne. Można oczywiście stosować praktykę triangulacji technik badawczych, ale czy diagnoza ma wartość samą w sobie? Pojawia się tu problem etyki badań, zwłaszcza gdy rozpowszechnienie uzyskanych wyników mogło by zaszkodzić w wymienionych obszarach systemowi społecznemu rodziny lub szkoły, zamiast go poprawić. Dlatego niezwykle ważne jest, aby diagnoza miała charakter interakcyjny tzn., „aby była procesem uzgadniania definicji problemu pacjenta i sposobów jego rozwiązania między psychologiem a osobą badaną” (Kowalik, Brzeziński, 2000, 235). Oznacza to współuczestniczenie badanego (szczególnie jako osoby, która samodzielnie tworzy subiektywny obraz sytuacji) w rozpoznaniu i współuczestniczenie w decyzji o udostępnianiu diagnozy. Każda osoba i środowisko wytwarza bowiem swoiste mechanizmy adaptacji (czasem z punktu widzenia diagnosty – patologicznej) i ich zmiana wymaga gotowości psychicznej poszczególnych członków. Diagnosta powinien zatem dostrzegać nie tylko korzyści ale także zagrożenia jakie wiążą się z procesem diagnozy. Otwieranie trudnych tematów wymaga terapeutycznej czujności. Zgodnie z ideą podmiotowości, nie chodzi o to, aby „rozebrać” człowieka i zbadać jego układy funkcjonalne ale pomóc mu odzyskać sprawność, aby lepiej mógł żyć. W procesie diagnozy dociera się do opisanych w poszczególnych mikrośrodkach problemów, które mogą wymagać nieoczekiwanej interwencji ze strony badacza. Zgodnie z założen-

niem tej publikacji wartość diagnozy określana jest przez jej użyteczność dla badanego podmiotu, uczestnika badania. Dlatego diagnoza jest pojęciem aktem wspólnego (diagnosty i badanego) wyruszenia w nieznaną podróż, która owocować może różnymi zwrotami akcji i koniecznością modyfikowania celu i drogi dalszej przygody z drugim „ja” lub „oni”.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwiktanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa, Fundacja IPN.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Babbie, E. (2009). *Podstawy badań społecznych*. Przeł. W. Betkiewicz. Warszawa, PWN.
- Baker, D.J., Blumberg, E.R. (2011). Positive Psychology for Persons with Intellectual and Developmental Disabilities W: R.J. Fletcher (red.), *Psychotherapy for Individuals with Intellectual Disability* (67–90). New York, NADD Press.
- Basaran, A., Karadavut, K.I., Uneri, S., Bulbuloglu, O., Atasoy, N. (2013). The effect of having a children with cerebral palsy on quality of life, burn-out, depression and anxiety scores: a comparative study, *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 49, 815–822. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.2.233>.
- Bene, E., Anthony, J. (1984). *Podręcznik do testu stosunków rodzinnych*. Warszawa, Wydawnictwo Radia i Telewizji.
- Bidziński, K. (2009). Formy kształcenia dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W: W. Pilecka i M. Rutkowski (red.), *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w drodze ku dorosłości. Psychopedagogiczne podstawy edukacji, rewalidacji i terapii trudności w uczeniu się* (106–123). Kraków, OW Impuls.

- Błaszczak, I., Rowicka, A. (2019). Wypalenie zawodowe nauczycieli – prezentacja wybranych koncepcji i badań. *STUDIA Z TEORII WYCHOWANIA*, 2(27), 67–91.
- Borecka-Biernat, D. (2003). Kwestionariusz radzenia sobie w trudnych społecznie sytuacjach. *Przegląd Psychologiczny*, 46(1), 9–36.
- Borowicz, A. (2012). Stres rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością słuchową. *Niepełnosprawność, zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 2, 55–80.
- Borzyszkowa (2002). Rodzina z dzieckiem upośledzonym umysłowo.
- Braun-Gałkowska, M. (1985). *Miłość aktywna*. Warszawa, Pax.
- Braun-Gałkowska, M. (1987). *Psychologia domowa. Małżeństwo-dzieci-rodzina*. Olsztyn, Warmińskie Wydawnictwo Diecezjalne.
- Braun-Gałkowska, M. (1991). *Metody badania systemu rodzinnego*. Lublin, Wydawnictwo TN KUL.
- Bronfenbrenner, U. (1976). Ekologia rozwoju człowieka. Historia i perspektywy, *Psychologia Wychowawcza*, 5, 537–549.
- Brzeziński, J., Kowalik, S. (2000). Społeczne uwarunkowania diagnozy klinicznej. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (187–364). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Buczyński Ofm, F.(2001). Funkcjonowanie ojców w sytuacji zagrożenia życia ich dziecka W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa* (390–405). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Chaiken, S., Trope Y. (1999). *Dual process theories in social cognition*. New York, Guilford Press.
- Chodkowska, M. (2004). *Socjopedagogiczne problemy edukacji integracyjnej dzieci z obciążeniami biologicznymi i środowiskowymi*. Warszawa, WSP TWP.
- Chrzanowska, I. (2004). *Wypalenie zawodowe u nauczycieli a ocenianie osiągnięć szkolnych uczniów upośledzonych umysłowo*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Chrzanowska, I. (2005). Szansa na społeczną akceptację? Uczniowie upośledzeni umysłowo w kształceniu integracyjnym i ogólnodostępnym. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Sfery życia osób z Nie-*

- pełnosprawnością Intelktualną*. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Dąbrowska, M. (2005a). *Zjawisko wypalenia wśród matek dzieci niepełnosprawnych*. Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Dąbrowska, J. (2005b). Diagnostowanie niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży: Arkusz Obserwacyjny T.M. Achenbacha (Teachers Report Form – TRF/6-18) i jego zastosowanie. *Szkice Humanistyczne*, 1/2 (5), 63-86.
- Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67 (1), 89-97.
- Detterman, D.K., Gabriel, L.T. & Ruthsatz, J.M. (2000). Intelligence and mental retardation: Past, present, and future. W: R.J. Sternberg (red.), *Handbook of intelligence* (141–158). Cambridge, Cambridge University Press.
- Dever, R.B. & Knapczyk, D.R. (1997). *Teaching persons with mental retardation. A model for curriculum development and teaching*. Boston, Mc Graw Hill.
- Evans, D. (2001). Rozwój pojęcia Ja u dzieci z upośledzeniem umysłowym: czynniki organiczne i kontekstualne. *Nowiny Psychologiczne*, 4, 35–53.
- Fletcher, R.J. (2011). Introduction. W: R.J. Fletcher (red.), *Psychotherapy for Individuals with Intellectual Disability* (1–12). New York, NADD Press.
- Foroni, F. & Bel-Bahar, T. (2010). Picture-IAT versus Word-IAT: Level of stimulus representation influences on the IAT. *European Journal of Social Psychology*, 40, 321–337.
- Gajdzica, Z. (2012). Dystans społeczny wobec osób z upośledzeniem umysłowym jako czynnik determinujący ich marginalizację. *Chowanna*, 1, 83–92.
- Gardner, H. (2009). *Inteligencje wielorakie: nowe horyzonty w teorii i praktyce*. Warszawa, MT Biznes.

- Girimaji, S.Ch. & Pradeep, A.J.V. (2018). Intellectual disability in international classification of Diseases-11: A developmental perspective. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 34(5), 68–74.
- Giryński, A. (1989). *Funkcjonowanie młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim w rolach społecznych*. Warszawa, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej.
- Glidden, L.M., Schoolcraft, S.A. (2009). Family Assessment and Social Support. W: J.W. Jacobson, J.A. Mulick, & J. Rojahn (red.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*, (391–424). Springer.
- Głodkowska, J. (1999). *Poznanie ucznia szkoły specjalnej. Wrażliwość edukacyjna dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim: Diagnostyka i Interpretacja*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne SA.
- Głodkowska, J. (2012). *Konstruowanie umysłowej reprezentacji świata. Diagnostyka, możliwości rozwojowe i edukacyjne dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną w aspekcie stałości i zmienności w pedagogice specjalnej*. Kraków, OW Impuls.
- Gnitecki, J. (1993). *Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej*. Zielona Góra, Wydawnictwo WSP.
- Górak-Sosnowska, K. (2008). Edukacja wielokulturowa a płeć: stosunek młodzieży licealnej do wybranych narodów. *Przegląd Pedagogiczny*, 2, 87–96.
- Górska-Michałowska, M. (2011). Przegląd najważniejszych metod kwestionariuszowych oceny funkcjonowania rodzin. W: M. Świącicka (red.), *Metody diagnostyki w psychologii klinicznej dziecka i rodzin* (143–168). Warszawa, Wydawnictwo Paradygmat.
- Grab, S. (2000). Zmęczenie pracą czy zawodowe wypalenie. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 3, 1–5.
- Greenwald, A.G., & Banaji, M.R. (1996). Utajone poznanie społeczne: postawy, wartościowanie siebie i stereotypy. *Przegląd Psychologiczny*, 38, 11–48.

- Greenwald, A.G., McGhee, D.E., & Schwartz, J.L.K. (1998). Measuring individual differences in implicate cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464–1480.
- Gruszczyk-Kolczyńska, E. (2009). *Wspomaganie rozwoju umysłowego oraz edukacja matematyczna dzieci w ostatnim roku wychowania przedszkolnego i w pierwszym roku szkolnej edukacji*. Warszawa, Edukacja Polska.
- Grzeżołowska-Klarkowska, H.J. (1986). *Mechanizmy obronne osobowości*. Warszawa, PWN.
- Hall, C.S., Lindzey, G. (1994). *Teorie osobowości*. Wydawnictwo naukowe PWN.
- Hartley, S.L. & MacLean, W.E. Jr. (2008). Coping strategies of adults with mild intellectual disability for stressful social interactions. *Journal of Mental Health Research in Developmental Disabilities*, 1, 109–127.
- Hastings, R.P. & Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 222–232.
- Heszen, I. (2014). *Psychologia stresu*. Warszawa, Wydawnictwo PWN.
- Hobfoll, S. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk, GWP.
- Hoddap, R.M. (2002). Parenting children with mental retardation. W: M.H. Bornstein (red.), *Handbook of parenting* (355–381). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Horowitz, F.D., Haritos, C. (1998). The organism and the environment: implications for understanding mental retardation W: J.Ade Univ. Burack, R.M. Hodapp, E. Zigler (red.), *Handbook of mental retardation and development*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Howard, W.L. (2003). *Exceptional children: An introduction to special education*. New York, Person Education Inc.
- Janowski, K., Steuden, S., Kuryłowicz, J., Nieśpiałowska-Steuden, M. (2009). The Disease-Related Appraisals Scale: a tool to measure subjective perception of the disease situation. W: K Janowski, S. Steuden (red.),

- Biopsychosocial aspects of health and disease*, 1 (108–125). Lublin, CPPP Scientific Press.
- Jarymowicz, M. (1983). Różnicowanie „ja-inni” i funkcjonowanie w świecie społecznym. W: J. Jarymowicz, Z. Smoleńska (red.), *Poznawcze regulatory funkcjonowania społecznego* (87–122). Wrocław-Warszawa, Ossolineum.
- Jarymowicz, M. (2006). *O przejawach faworyzowania swoich względem obcych i rzekomej nieuchronności zjawiska*. Warszawa, Instytut Psychologii PAN.
- Jaworowska, A., Matczak, A. (1998). *Test Niedokończonych Zdań Rottera RISB. Podręcznik*. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia Pomiaru Stresu i Radzenia sobie*. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Karwowska, M. (2007). *Macierzyństwo wobec dziecka niepełnosprawnego intelektualnie*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Kaufman, J. (2011). Psychotherapy for Individuals who have Intellectual Disabilities and are mourning. W: R.J. Fletcher (red.), *Psychotherapy for Individuals with Intellectual Disability* (171–194). New York, NADD Press.
- Kawula, S., Brągiel, J., Janke, A. (2001). *Zagadnienie przemocy wobec dziecka w rodzinie*. Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kelley, H.H. (1973). The process of causal attribution. *American Psychologist*, 28, 107–128.
- Kijak, R. (2017). Dorośli z głębszą niepełnosprawnością intelektualną jako partnerzy, małżonkowie i rodzice. OW Impuls, Kraków
- Kirenko J., Korczyński, M. (2000). Niepełnosprawni wobec niepełnosprawności. *Annales UMCS, Sectio D*, tom LV, VII, 18.
- Kirenko, J. (2007). Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności, Lublin, Wydawnictwo UMCS.

- Kluczyńska, S. (2003). Dodaj skrzydeł swojemu dziecku. *Integracja*, 5(62), 31–40.
- Komorowska, S. (2011). Postawy społeczne uczniów klas gimnazjalnych w stosunku do osób niepełnosprawnych. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 2(13), 5–19.
- Kornaś, D. (2004). Relacje między dziećmi pełno- i niepełnosprawnymi w klasie integracyjnej w wieku wczesnoszkolnym. W: G. Dryżałowska, H. Żuraw (red.), *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych* (302–311). Warszawa, Żak.
- Kossakowska, M., Zielazny, P. (2013). Obraz choroby i korzyści psychospołeczne u osób zakażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 22, 3, 117–185.
- Kostrzewski, J. (2006). Niepełnosprawność umysłowa: Poglądy, Metody Diagnozy i Wsparcia. W: A. Czapięga (red.), *Psychologiczne wspomaganie rozwoju psychicznego dziecka. Teoria i badania*, 13–33. Wrocław, WTN.
- Kościelak, R. (1987). *Poczucie umiejscowienia kontroli i samoocena młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim*. Gdańsk, Wydawnictwo UG.
- Kościelak, R. (1995). *Integracja społeczna niepełnosprawnych umysłowo*. Gdańsk, Wydawnictwo UG.
- Kościelska, M. (1998). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kowalik, S. (2018). *Stosowana psychologia rehabilitacji*. Warszawa, Wydawnictwo naukowe Scholar.
- Kowalik, S., Brzeziński, Z. (2000). Diagnoza psychologiczna. W: H. Sęk (red.), *Społeczna psychologia kliniczna* (230-213-239). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kowalski W.S. (1982), *Metoda kwestionariuszowa w badaniach psychologicznych środowiska rodzinnego*. Lublin, UMCS.
- Kozubska, A. (2000). *Opieka i wychowanie w rodzinie dziecka upośledzonego umysłowo w stopniu lekkim*. Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.

- Krause, A. (2010). Dziecko niepełnosprawne w rodzinie w perspektywie zmiany społecznej. W: A. Żyta (red.), *Rodzina osób z niepełnosprawnością intelektualną wobec wyzwań współczesności*, 15–24. Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Kurtek P. (2009). Perspektywy analizy problemów rozwojowych dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Perspektywa rozwojowa. W: W. Pilecka, M. Rutkowski (red.), *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w drodze ku dorosłości. Psychopedagogiczne podstawy edukacji, rewalidacji i terapii trudności w uczeniu się* (36–47). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kurtek P. (2010). Osobowościowe uwarunkowania wypalenia zawodowego nauczycieli szkolnictwa specjalnego. *Edukacja. Studia. Badania. Innowacje*, 4, 104–112.
- Kurtek, P. (2015a). Indeks schematów rodziców u młodzieży z lekką NI – eksperymentalna wersja kwestionariusza („Moi Rodzice” AD-AO-R), *Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo*, 3(29), 69–85.
- Kurtek, P. (2015b). Projekcyjny test radzenia sobie młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną w sytuacjach trudnych z osobami znaczącymi (R-PDPI) – wersja eksperymentalna. *Psychologia Rozwojowa*, 3 (20), 77–94.
- Kurtek, P. (2015c). Indeks schematów nauczycieli u uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną – eksperymentalna wersja kwestionariusza („Moi Nauczyciele” AD-AO-N). *Szkoła Specjalna*, 5, 325–337.
- Kurtek, P. (2016a). Indeks schematów rówieśników szkolnych u uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną („Moi szkolni koledzy i koleżanki” IE-PP-R) – eksperymentalna wersja kwestionariusza. *Kultura i Edukacja*, 1, 217–229.
- Kurtek, P. (2016b). *Schematy i atrybucje osób znaczących w regulacji aktywności zaradczej młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną w społecznych sytuacjach trudnych. Wybrane koszty pro- i antyspołecznego radzenia sobie*. Warszawa, Żak.

- Kurtek, P. (2018). The Conditional Respect for Persons with Disabilities Questionnaire (CRPD-Q). *Roczniki Psychologiczne*, 4, 327–344. doi: 10.18290/rpsych.2018.21.4-3.
- Kurtek, P. (2021). The Test of Implicit Attitudes Towards Persons with Visual, Intellectual and Motor Disabilities (IAT-VIMD): A Preliminary Study. *Roczniki Psychologiczne*, 1, 43–64. doi.org/10.18290/rpsych2113.
- Kwiatkowski, P., Szecówka, A. (2005). Mobbing w kontekście doświadczania przemocy w klasie szkolnej (Nowe narzędzie diagnostyczne). *Szkoła Specjalna*, 5, 331–345.
- Larkowa H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*. Warszawa, PWN.
- Larkowa, H. (1980). Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy. W: A. Hulek (red), *Pedagogika Rewalidacyjna* (478–491). Warszawa, PWN.
- LeDoux, J. (1996/2000). *Mózg emocjonalny*. Warszawa, Media Rodzina.
- Lewandowska-Walter, A., Błażek, M. (2016). *Test relacji rodzinnych TRR*. Gdańsk, Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.
- Lewandowska-Walter, A., Błażek, M., Bruski, W. (2013). *Diagnoza Więzi Rodzinnych Dzieci i Młodzieży [WIĘZI DiM]*. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.
- Lipińska-Lokś, J. (2003). Psychospołeczna sytuacja dzieci z Niepełnosprawnością Intelktualną w klasach integracyjnych. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*, (249–256). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A. et al. (2002). Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports, 10th edn. *American Association on Mental Retardation*, Washington, DC.
- Łojek, E., Stańczak, J. i A. Wójcik, A. (2015). *Kwestionariusz do Pomiaru Depresji*. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP
- Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu*. Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

- Łuszczynska, A., Kowalska, M., Schwarzer, R., Schultz, U. (2006). Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich właściwościami psychometrycznymi. *Studia Psychologiczne*, 3 (44), 17–27.
- Maciarz, A. (2003). Integracja edukacyjna w świetle oczekiwań i doświadczeń dzieci niepełnosprawnych. *Szkoła Specjalna*, 4, 196–201.
- Maison, D. (2004). *Utajone postawy konsumenckie. Analiza możliwości wykorzystania metody IAT*. Gdańsk, GWP.
- Margasiński, A. (2011). *Skale Oceny Rodziny – polska adaptacja FACES-IV (Flexibility and Cohesion Evaluation Scales) Davida H. Olsona*. Podręcznik. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Markowska, B., Szafraniec, H. (1977). Podręcznik do Arkusza Zachowania się Ucznia B. Markowskiej. W: M. Choynowski (red.), *Testy psychologiczne w poradnictwie wychowawczo–zawodowym*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Maslach C., Jackson S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists Press, Paolo Alto.
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. W: C.L. Cooper (red.), *Theories of organizational stress* (68–85). New York, Oxford University Press.
- Matczak, A., Jaworowska, A. (2017). Test Kompetencji Rodzicielskich (KTR). Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Mądrzycki, T. (1977). *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*. Warszawa, WSiP.
- Mikrut, A. (2004). Poczucie bezpieczeństwa a agresywność uczniów z lekkim upośledzeniem umysłowym. *Szkoła Specjalna*, 4, 273–285.
- Mikrut, A. (2005). *Agresja młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną: uwarunkowania i przejawy*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Mikrut, A. (2007). Stygmat „upośledzenie umysłowe” a ryzyko zostania ofiarą przemocy. *Szkoła Specjalna*, 3, 184–191.

- Minczakiewicz, E. (1990). Postawy uczuciowe dzieci upośledzonych umysłowo wobec rodziców. W: J. Pańczyk (red.), *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, 1, 264–280. Warszawa, Wydawnictwo WSPS.
- Minczakiewicz, E. (2007). Agresja jako skutek deprywacji potrzeb i rozluźnienia więzi w rodzinie w kontekście niepełnosprawności intelektualnej jej członków. *Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo*, 2, 71–107.
- Miniszewska, J. (2019). Bycie z chorobą. Przystosowanie do wybranych przewlekłych chorób somatycznych z perspektywy psychologii pozytywnej i koncepcji poznawczych. Łódź, Wydawnictwo UŁ.
- Miśkowiec, D., Kwarta, P., Witusik, A., Pietras, T. (2013). Wzór zachowania typu A jako predyktor choroby niedokrwiennej serca – czy wciąż aktualny problem. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 22(2), 129–136.
- Murray, H., Kluckhohn, C. (1948). *Personality in nature, society, and culture*. New York, Alfred A. Knopf.
- Namysłowska, I., Paszkiewicz, E., Siewierska, A., de Barbaro, B., Furgał, M., Drożdżowicz, L., Józefik, B., Beauvale, A. (2002). Kwestionariusze Manfreda Cierpki do Oceny Rodziny. *Psychiatria Polska*, 36, 17–28.
- Obuchowska, I. (2003). Osoby niepełnosprawne: diagnoza dla rozwoju. W: M. Kościelska i B. Aouil (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność w niesprawności* (18–24). Bydgoszcz, Akademia Bydgoska.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa, Diffin.
- Oleś, P. (2002). Rozwój osobowości. W: B. Harwas-Napierała i J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych* (131–177). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ostrowska, A., Sikorska, J., Gęsiarz, B. (2001). *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*. Warszawa, Instytut Spraw Publicznych.

- Otrębski, W. (1989). Techniki wychowawcze ojców dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim. *Roczniki Filozoficzne*, 4, (37/38), 91–106.
- Otrębski, W. (2007). *Interakcyjny model rehabilitacji zawodowej osób z upośledzeniem umysłowym*. Lublin, Wydawnictwo KUL.
- Otrębski, W., Domagała-Zyśk, E., Rutkowska, K., Sudoł A., Wiącek, G. (2019). ABAS 3 – System Oceny Zachowań Adaptacyjnych. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Ouellette-Kuntz, H., Burge, P., Brown H. K & Arsenault, E. (2010). Public Attitudes Towards Individuals with Intellectual Disabilities as Measured by the Concept of Social Distance. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 132–142.
- Paluchowski, W.J. (2007). *Diagnoza psychologiczna. Proces-narzędzia-standardy*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Pańczyk, J. (1990). *Metody dydaktyczne wykorzystywane przez nauczycieli przedmiotów ogólnokształcących szkół podstawowych dla lekko upośledzonych umysłowo*. Warszawa, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Papuda-Dolińska, B. (2012). Postawy wobec osób z niepełnosprawnością: na podstawie opinii polskich i holenderskich studentów. *Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa*, 4, 129–143.
- Parchomiuk, M., Szabała, B. (2012). *Dystans społeczny wobec osób z niepełnosprawnością jako problem pedagogiki specjalnej. Przyczyny – konsekwencje – przeciwdziałanie*. Lublin, UMCS.
- Pasikowski, T. (2000). Polska adaptacja Maslach Burnout Inventory. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie* (135–148). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pasikowski, T., Sęk, H., Greenglass, E., Taubert, S. (2002). The proactive coping inventory – Polish adaptation. *Polish Psychological Bulletin*, 33, 41–46.
- Pepi, A., Alesi, M. (2005). Attribution style in adolescents with Down's syndrome. *European Journal of Special Needs Education*, 20(4), 419–432.

- Pervin, L.A., John, O.P. (2002). *Osobowość. Teoria i badania*. Kraków, UJ.
- Pilecka, W. (2009). Perspektywy analizy problemów rozwojowych dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Perspektywa systemowo-ekologiczna. W: W. Pilecka, M. Rutkowski (red.), *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w drodze ku dorosłości. Psychopedagogiczne podstawy edukacji, rewalidacji i terapii trudności w uczeniu się* (22–36). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pisula, E. (1992). *Stres rodzicielski i zespół wypalania się u rodziców dzieci autystycznych*. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Pisula, E. (1996). Radzenie sobie ze stresem przez młodzież upośledzoną umysłowo i w normie intelektualnej. *Psychologia Wychowawcza*, 1, 30–37.
- Pisula, E. (1998). *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa, Wydawnictwo UW.
- Pisula, E. (2007). *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Warszawa, Wydawnictwo UW.
- Plopa, M. (2005). *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Plopa, M. (2008). *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Ramey, C.T. & Ramey, S.L. (2006). Early learning and school readiness: Can early intervention make a difference? W: N.F. Watt, C.C. Ayoub, R.H. Bradley, J.E. Puma, & W.A. Lebeouf (red.), *The crisis in youth mental health: Critical issues and effective programs. Early intervention programs and policies* (291–317). Westport, Praeger Press.
- Reykowski, J. (1990). Ukryte założenia normatywne jako osiowy składnik mentalności. W: J. Reykowski, K. Skarżyńska i M. Ziółkowski (red.), *Orientacje społeczne jako element mentalności* (11–52). Poznań, Wydawnictwo Nakom.
- Roskam, I., Brianda, M. E., Mikołajczak, M., (2018). A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The

- Parental Burnout ssesment (PBA), *Frontiers in Psychology*, 9. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>.
- Rostowski J., (1987). *Zarys psychologii małżeństwa*. Warszawa, PWN.
- Rudek, I. (2005). Tolerancja dzieci wobec niepełnosprawnych rówieśników. *Auxilium Socjale. Wsparcie Społeczne*, 1, 65–76.
- Sadowska, S. (2006). Szkolne stosunki interpersonalne w ocenach zadowolenia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. *Szkoła Specjalna*, 4, 252–265.
- Sadowska, S. (2016). Kształcenie integracyjne dzieci z niepełnosprawnością intelektualną – krytyczny bilans pierwszych strukturalnych zmian w systemie edukacji, *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 23(2), 125–144. doi: [10.12775/PBE.2016.076](https://doi.org/10.12775/PBE.2016.076).
- Schaffer, H.R. (2013). *Psychologia dziecka*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Schlalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A, Bradley, V.J. et al (2010). *Intellectual disability. Definition, classification, and system of support. 11th edition*. Washington, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schlalock, R.L., Luckasson, R.A., Shogren, K.A. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(2), 116-124.
- Sekułowicz M. (2002). *Wypalenie zawodowe u nauczycieli pracujących z osobami z niepełnosprawnością intelektualną*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Sekułowicz, M. (2002). *Wypalenie zawodowe nauczycieli pracujących z osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Przyczyny – symptomy – zapobieganie – przewyciężanie*. Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Sekułowicz, M. (2006). Analiza wypalenia zawodowego nauczycieli szkolnictwa specjalnego – ocena zjawiska. *Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo*, 1, 127–137.

- Sekułowicz, M., Kwiatkowski, P. (2013). Wypalanie się sił u rodziców dzieci z niepełnosprawnością – konstrukcja nowego narzędzia badawczego. *Studia Edukacyjne*, 25, 29–50.
- Sękowski A. (2001). Tendencje integracyjne a postawy wobec osób niepełnosprawnych. W: Z Palak (red.), *Pedagogika specjalna w reformowanym ustroju edukacyjnym* (135–147). Lublin, Wydawnictwo UMCS.
- Sękowski, A. (1994). *Psychospołeczne determinanty postaw wobec inwalidów*. Lublin, TN KUL.
- Siek, S. (1986). *Struktura osobowości*. Warszawa, Wydawnictwo ATK.
- Sikora, E. Pisula, E. (2002). *Przyczyny stresu i strategie radzenia sobie ze stresem u młodzieży w wieku 14–16 lat*, *Polskie Forum Psychologiczne*, 2(2), 110–122.
- Siperstein, G.N., Norins, J., Mohler, A. (2009). Social Acceptance and Attitude Change: Fifty Years of Research. W: J. W. Jacobson, J.A. Mulick, J. Rojahn (red.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (133-156). Springer.
- Sousa, D.A. (2007). *How the special needs brain learns*. London, Sage Publication.
- Speck, O. (2005). *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Speck, O. (2013). *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Podręcznik dla celów wychowawczych i edukacyjnych*. Gdańsk, Harmonia Universalis.
- Sprangers, M.A.G., Schwartz, C.E. (2010). Do not throw out the baby with the bath water: Build on current approaches to realize conceptual clarity. Response to Ubel, Peeters, and Smith. *Quality of Life Research*, 19, 4, 477–479.
- Stanisławski, K. (2019). The Coping Circumplex Model: An Integrative Model of the Structure of Coping With Stress. *Frontiers in Psychology*, Open access, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00694>.
- Stelter, Ż. (2009a). Rodzina z dzieckiem niesprawnym intelektualnie jako wartość. W: B. Harwas-Napierała (red.), *Rodzina jako wartość w rozwoju człowieka* (109–140). Poznań, Wydawnictwo UAM.

- Stelter, Ż. (2009b). *Dorastanie osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa, Wydawnictwo Scholar.
- Stelter, Ż. (2014). Znaczenie dziecka niepełnosprawnego dla systemu rodzinnego. *Spółeczeństwo i Rodzina*, 35(2), 105–123.
- Stelter, Ż., Harwas-Napierała, B. (2010). Stosunki emocjonalne w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie. *Czasopismo Psychologiczne*, 2(16), 199–207.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2016). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., Szczepaniak, P. (2005). Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Podręcznik. Warszawa, PTP.
- Szczygieł, D., Sekułowicz, M., Kwiatkowski, P., Roskam, I. & Mikołajczak, M. (2020). Validation of the Polish version of the Parental Burnout Assessment (PBA), *New Directions for Child and Adolescent Development*, doi: <https://doi.org/10.1002/cad.20385>.
- Szumski, G. (2006). *Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych. Sens i granice zmiany edukacyjnej*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Świętochowski, W. (2011). Wypalenie zawodowe nauczycieli akademickich i nauczycieli szkoły średniej – analiza porównawcza. *Medyna Pracy*, 62(2), 133–143.
- Talik, E., Szewczyk, L. (2008). Ocena równoważności kulturowej religijnych strategii radzenia sobie ze stresem na podstawie adaptacji kwestionariusza RCOPE – Kennetha I. Pargamenta. *Przegląd Psychologiczny*, 51(4), 513–538.
- Tucholska, S. (2003). *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*. Lublin, Wydawnictwo Naukowe KUL.
- Twardowski A. (2003). Wczesne wspomaganie rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne intelektualnie. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy*

- osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną* (101–109). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Twardowski, A. (1999). Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie* (18–54). Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Varghese, R.T., Venkatesan, S. (2013). A Comparative Study of Maternal Burnout in Autism and Hearing Impairment. *International Journal of Psychology and Psychiatry*, 101-108. doi.org/10.5958/j.2320-6233.1.2.016.
- Wadsworth, B.J. (1998). *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*. Warszawa, WSiP.
- Wilson, T.D., Lindsey, S. & Schooler, T.Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 107, 101–126.
- Wrześniewski, K. (2000). Style i strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek i Z. Ratajczak (red.). *Człowiek w sytuacji stresu* (44-63). Katowice, Wydawnictwo UŚ.
- Wojciszke, B. (1986). *Teoria schematów społecznych. Struktura i funkcjonowanie jednostkowej wiedzy o otoczeniu społecznym*. Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN.
- Wojciszke, B. (2001). *Psychologia Miłości. Namiętność, Intymność, Zaangażowanie*. Gdańsk, GWP.
- Wojciszke, B. (2005). Postawy i ich zmiana. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (79–106). Gdańsk, GWP.
- Wyczęsany, J., Gajdzica, Z. (2006). *Uwarunkowania edukacji i rehabilitacji uczniów o specjalnych potrzebach rozwoju*. Kraków, Wydawnictwo Akademii Pedagogicznej.
- Zarek, A. (2013). Obraz siebie u osób po pierwszym zawale serca, pacjentów z wybranymi chorobami dermatologicznymi i osób zdrowych. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 59(2), 29–38.
- Zasępa, E. (1998). Postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, 9, 278–286.

- Zasępa, E. (2016). *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną. Procesy poznawcze*. Kraków OW Impuls.
- Zigler, E. (1999), The individual with Mental Retardation as a Whole Person. W: E. Zigler, D. Bennet-Gates (red.). *Personality Development in Individuals with Mental Retardation*, 1–16. Cambridge, University Press.
- Zwierzyniecka, E. (2008). *Poznawanie klasy szkolnej. Poradnik dla nauczycieli*. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno Pedagogicznej MEN.
- Zwierzynska, E. (2000). *Test Stosunków Szkolnych. Podręcznik*. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Zwierzynska, E. i Matuszewski, A. (2006). *KWM Kwestionariusze „Klasa Wobec Mnie”, „Ja Wobec Klasy”*. Warszawa, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN.
- Żywanowska, A. (2011). Czynniki środowiska rodzinnego z zachowania agresywne osób niepełnosprawnych intelektualnie. W: M. Chodkowska, D. Osik-Chudowolska (red.), *Osoba z upośledzeniem umysłowym w realiach współczesnego świata* (127–142). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

ANEKS

Załączniki:

1. Indeksy schematów rodziców – „Moi rodzice” AD-AO-R (Autonomii-Dominacji, Akceptacji-Odrzucenia) (oprac. P. Kurtek).
2. Indeks schematów nauczycieli – „Moi Nauczyciele” AD-AO-N (Autonomii-Dominacji, Akceptacji-Odrzucenia) (oprac. P. Kurtek).
3. Indeks schematów rówieśników z klasy szkolnej – „Moi szkolni koledzy i koleżanki” IE-PP-R (Przemocy-Pomocy; Ekskluzji-Inkluzji) (oprac. P. Kurtek).
4. Test radzenia sobie i atrybucji w społecznych sytuacjach trudnych – Test RA-ODPI (oprac. P. Kurtek).
5. Skala poziomu akceptacji społecznej w środowisku szkolnym (oprac. P. Kurtek).
6. Skala postaw wobec osób niepełnosprawnych A. Sękowskiego.
7. Skala szacunku warunkowego wobec osób z niepełnosprawnościami (oprac. Paweł Kurtek).

Załącznik nr 1
Indeksy schematów rodziców – „Moi rodzice”
AD-AO-R (Autonomii-Dominacji, Akceptacji-Odrzucenia)

Moi rodzice (AD-AO-R); oprac. P. Kurtek

Imię lub pseudonim..... wiek..... Płeć: K M; Data.....

INSTRUKCJA:

Poniżej znajdują się różne zdania opisujące zachowania matek wobec własnych dorastających dzieci.

Przypomnij sobie codzienne zachowania Twojej mamy wobec Ciebie.

Czy lepiej do niej pasuje opis z lewej czy prawej strony? Gdy zdecydujesz, które zachowanie jest bardziej prawdziwe – podkreśl jedną z odpowiedzi:

TAK – gdy dokładnie taka jest / lub RACZEJ TAK – gdy trochę taka jest.

Nie ma tutaj dobrych albo złych odpowiedzi. Każda odpowiedź jest dobra jeśli jest szczerą.

Przeczytaj zdanie i podkreśl tylko jedną odpowiedź w każdym wierszu.

MOJA MAMA

1. Gdy jestem smutny/a lub zdenerwowany pociesza mnie i uspakaja czy Gdy jestem smutny/a lub zdenerwowany nie zwraca na mnie uwagi

TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
-----	------------	-------------------------------------	------------	-----

2. Narzuca mi co mam sobie kupić za swoje pieniądze (kieszonkowe) czy Pozwala mi wydawać moje pieniądze w taki sposób w jaki chcę

TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
-----	------------	-------------------------------------	------------	-----

3. Narzeka na mnie czy Dobrze o mnie mówi

TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
-----	------------	-------------------------------------	------------	-----

4. Pozwala mi kolegować się (kumplować) z kim ja chcę czy Narzuca mi z kim mam się kolegować a z kim nie

TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
-----	------------	-------------------------------------	------------	-----

5. Zachęca mnie do rozmowy na różne tematy czy Jest zbyt zajęta aby z nią porozmawiać

TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
-----	------------	-------------------------------------	------------	-----

6. W czasie zakupów sama decyduje co mi kupić	czy			W czasie zakupów pozwala abym ja dokonał/a wyboru
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
7. Mówi do mnie w sposób ciepły i serdeczny	czy			Krzyczy na mnie
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
8. Karze mnie i krytykuje	czy			Chwali mnie
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
9. Ma dla mnie czas, gdy ją o coś poproszę	czy			Jest zbyt zajęta, żeby z nią porozmawiać
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
10. Nie obchodzą ją moje lekcje, nauka	czy			Pomaga mi w nauce, tak jak potrafi, gdy tego potrzebuję
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
11. Pamięta o moich imieninach, urodzinach (np. kupuje mi prezent)	czy			Zapomina o moich urodzinach lub imieninach
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
12. Narzuca mi kiedy mam odrabiać lekcje	czy			3. Pozwala samemu decydować kiedy mam odrabiać lekcje
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
13. Lubi ze mną pożartować	czy			Jest zmęczona i nie ma ochoty na żarty
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
14. Pozwala mi samemu jechać do miasta na zakupy	czy			Nie puszcza mnie samego do miasta na zakupy
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
15. Mogę z nią o wszystkim porozmawiać	czy			Boję się jej przyznać jeśli mam jakiś problem
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK

Bardzo proszę abyś sprawdził czy odpowiedziałeś na każde pytanie.

Bardzo dziękuję Ci za szczerą odpowiedź.

INSTRUKCJA: A teraz kolej na tatę. Przypomnij sobie codzienne zachowania Twojego taty wobec Ciebie. Czy lepiej pasuje do niego opis z lewej czy prawej strony? Przeczytaj zdanie i podkreśl tylko jedną odpowiedź w każdym wierszu

MÓJ TATA

1. Gdy jestem smutny/a lub zdenerwowany nie zwraca na mnie uwagi	czy	Gdy jestem smutny/a lub zdenerwowany pociesza mnie i uspakaja
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Narzuca mi co mam sobie kupić za swoje pieniądze (kieszonkowe)	czy	Pozwala mi wydawać moje pieniądze w taki sposób w jaki chcę
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Dobrze o mnie mówi	czy	Narzeka na mnie
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Pomaga mi w nauce, tak jak potrafi gdy, tego potrzebuję	czy	Nie obchodzą go moje lekcje, nauka
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Jest zbyt zajęty aby z nim porozmawiać	czy	Zachęca mnie do rozmowy na różne tematy
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Pozwala mi się kumpłować, kolego- wać z kim chcę	czy	Narzuca mi z kim mam się kumpłować a z kim nie
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Mówi do mnie w sposób ciepły i serdeczny	czy	Krzyczy na mnie
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Chwali mnie	czy	Karze mnie i krytykuje
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Narzuca mi kiedy mam odrabiać lekcje, uczyć się	czy	Pozwala samemu decydować kiedy mam się uczyć
TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>

10. Ma dla mnie czas, gdy go o coś poproszę czy Jest zbyt zajęty, żeby z nim porozmawiać

TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
-----	------------	-------------------------------------	------------	-----

11. Gdy się źle zachowam krzyczy na mnie tłumaczy, że tak nie wolno czy Gdy się źle zachowam cierpliwie tłumaczy, że tak nie wolno

TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
-----	------------	-------------------------------------	------------	-----

12. Pozwala mi decydować o własnej fryzurze i ubiorze czy Próbuje narzucić mi w co się mam ubierać lub jaką nosić fryzurę

TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
-----	------------	-------------------------------------	------------	-----

13. Pamięta o moich imieninach, urodzinach (np. składa życzenia) czy Zapomina o moich urodzinach, imieninach

TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
-----	------------	-------------------------------------	------------	-----

14. Zdecydował jaki zawód mam sobie wybrać w tej szkole czy Pozwolił mi wybrać taki zawód jaki chciałem

TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
-----	------------	-------------------------------------	------------	-----

15. Mogę z nim o wszystkim porozmawiać czy Boję się mu przyznać jeśli mam jakiś problem

TAK	RACZEJ TAK	<input checked="" type="checkbox"/>	RACZEJ TAK	TAK
-----	------------	-------------------------------------	------------	-----

Bardzo proszę abyś sprawdził, czy odpowiedziałeś na każde pytanie.

Bardzo dziękuje Ci za szczere odpowiedzi

Klucz:

Punktacja: 4-3-1-0 dla układu odpowiedzi od lewej do prawej/ dla pozycji z indeksem ujemnym (-) odwrotnie tj.: 0-1-3-4

Matka

1. Nasilenie akceptacji: 1, 3-, 5, 7, 8-, 9, 10-, 11, 13, 15.
2. Nasilenie odrzucenia: 1-, 3, 5-, 7-, 8, 9-, 10, 11-, 13-, 15-
3. Nasilenie autonomii: 2-, 4, 6-, 12-, 14.
4. Nasilenie dominacji: 2, 4-, 6, 12, 14-.

Ojciec

1. Nasilenie akceptacji: 1-, 3, 4, 5-, 7, 8, 10, 11-, 13, 15
2. Nasilenie odrzucenia: 1, 3-, 4-, 5, 7-, 8-, 10-, 11, 13-, 15-
3. Nasilenie autonomii: 2-, 6, 9-, 12, 14-
4. Nasilenie dominacji: 2, 6-, 9, 12-, 14.

Załącznik nr 2
Indeks schematów nauczycieli – „Moi Nauczyciele” AD-AO-N
(Autonomii-Dominacji, Akceptacji-Odrzucenia)

Moi Nauczyciele (AD-AO-N); oprac. P. Kurtek

Imię i nazwisko....., klasa.....wiek.....płeć...K.....M

Instrukcja: Każdy uczeń ma różne doświadczenia z nauczycielami. Bardzo chciałbym poznać Twoje codzienne doświadczenia z nauczycielami tej szkoły. Poniżej znajdują się opisy różnych zachowań nauczycieli wobec ucznia. Przeczytaj każde zdanie i zdecyduj jak często twoi nauczyciele zachowują się w ten sposób. Każda odpowiedź jest dobra jeśli jest szczerą, czyli zgodną z twoim przeżyciem.

Wybierz i podkreśl tylko jedną odpowiedź: ZAWSZE, CZĘSTO, RZADKO lub NIGDY

Nauczyciele w mojej szkole

1. Dobrze o mnie mówią	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
2. Są szczerze zainteresowani moimi sprawami	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
3. Chwalą mnie gdy na to zasługuję	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
4. Liczą się z moim zdaniem	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
5. Mówią do mnie w sposób ciepły i serdeczny	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
6. Obrażają, przezywają mnie	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
7. Ochraniają mnie, gdyś ktoś ze mnie żartuje lub kpi sobie	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
8. Bez powodu krzyczą na mnie	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
9. Doceniają mój wysiłek i nagradzają mnie	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
10. Zlecają mi odpowiedzialne zadania wierząc że ich nie zawiodę	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
11. Słuchają mnie cierpliwie kiedy mam problem	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
12. Unikają kontaktu ze mną	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
13. Wyręczają mnie na praktykach lub na lekcji	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
14. Rozkazują, nie tolerują sprzeciwu	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY

15. Robią sobie ze mnie żarty, wyśmiewają się ze mnie	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
16. Pozwalają zadać pytanie na lekcji, gdy czegoś nie rozumiem	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
17. Są spokojni i cierpliwi wobec mnie	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
18. Straszą mnie, że nic w życiu nie osiągnę	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
19. Liczą na moją samodzielność w nauce, pracy	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
20. Narzucają mi co mam robić w wolnym czasie	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
21. Motywują mnie do samodzielnego myślenia	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
22. Mają do mnie sporo cierpliwości	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY

Bardzo proszę abyś sprawdził, czy odpowiedziałeś na każde pytanie. Bardzo dziękuje Ci za szczere odpowiedzi

Klucz:

1. Nasilenie pozytywnego schematu nauczycieli: 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 16, 17, 22.
 2. Nasilenie negatywnego schematu nauczycieli: 6, 8, 12, 14, 19, 10, 15, 18, 20.
 3. Poziom akceptacji w schemacie nauczycieli: 1, 2, 3, 5, 6-, 7, 8-, 9, 11, 12-, 15-, 16 17, 18-, 22.
 4. Poziom autonomii w schemacie nauczycieli: 4, 10, 13-,14-, 19, 20-, 21.
- (Wskaźnik „-„ oznacza item negatywny, odwrotnie punktowany).

Załącznik nr 3

Indeks schematów rówieśników z klasy szkolnej – „Moi szkolni koledzy i koleżanki” IE-PP-R (Przemocy-Pomocy; Ekskluzji-Inkluzji)

Moi szkolni koledzy i koleżanki (IE-PP-R); oprac. P. Kurtek

Imię i nazwisko (kod)....., klasa.....wiek.....płeć...K.....M

INSTRUKCJA: Poniżej są zdania, które opisują - **jak koledzy, koleżanki z tej szkoły mogą zachowywać się wobec Ciebie** w klasie, na przerwie lub po lekcjach. Przeczytaj każde zdanie i odpowiedź jak często zdarzają się takie sytuacje.

Wybierz i podkreśl tylko jedną odpowiedź: ZAWSZE, CZĘSTO, RZADKO lub NIGDY.

Pamiętaj że nie ma tu dobrych lub złych odpowiedzi. Każda jest dobra jeśli jest **szczerą**

Koledzy lub koleżanki z mojej klasy:

1. Odwiedzają mnie po lekcjach	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
2. Bronią mnie gdy, ktoś mnie atakuje	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
3. Uśmiechają się do mnie na powitanie	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
4. Interesują się mną gdy jestem chory	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
5. Podchodzą do mnie żeby pogadać	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
6. Wyśmiewają się ze mnie („zbijają się”)	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
7. Umawiają się ze mną na lody, spacer itp.	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
8. Szukają zaczepki lub prowokują mnie	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
9. Dają mi ściągnąć na klasówce	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
10. Zapraszają mnie na imprezy, imieniny lub urodziny	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
11. Naśmiewają się z mojego wyglądu, ubrania	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
12. Piszą do mnie przyjazne sms-y	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
13. Zwalczają mnie (dręczą)	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
14. Grają ze mną w piłkę lub inne zabawy	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
15. Wybierają się ze mną na rower lub do kina	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
16. Dokuczają mi, robią sobie ze mnie żarty	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
17. Zdarza się jakiś uczeń specjalnie mnie uderzy	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY

18. Gdy zapomnę czegoś przynieść na lekcję chętnie pożyczają mi	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
19. Na przerwie często stoję sam	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
20. Chodzą ze mną po lekcjach	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
21. Gdy coś mi się uda są wkurzeni, zazdroszczą mi	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
22. Dają mi odczuć że są lepsi ode mnie, wywyższają się	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY
23. Wyciągają ode mnie kasę (pieniądze) i nie oddają	ZAWSZE	CZĘSTO	RZADKO	NIGDY

Bardzo proszę abyś sprawdził czy odpowiedziałeś na każde pytanie

Bardzo dziękuję Ci za szczerą odpowiedź

Klucz:

1. Pozytywne - 1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 18, 20.

2. Negatywne - 6, 8, 11, 13, 16, 17, 19, 21, 22, 23.

3. Inkluzja - Izolacja - 1, 3, 5, 7, 10, 12, 14, 15, 19-, 20.

4. Pomoc - Przemoc 2, 4, 6-, 8-, 9, 11-, 13-, 16-, 17-, 18, 21-, 22-, 23.

(Wskaźnik „-„ oznacza item negatywny, odwrotnie punktowany).

Załącznik nr 4
Test RA-ODPI - radzenia sobie i atrybucji w społecznych sytuacjach trudnych

Test RA-PDPI (oprac. P Kurtek)

Imię i nazwisko (pseudonim).....klasa.....wiek.....płeć M K

INSTRUKCJA:

Przedstawię Ci teraz kilka sytuacji z życia domowego i szkolnego, które zdarzają się lub mogą zdarzyć się w Twoim życiu. Proszę, abys napisał jak się w tych sytuacjach zachowujesz lub co zrobisz jeśli one nastąpią. Odpowiedzi mogą być różne bo każdy człowiek jest inny. **Każda odpowiedź, jakiej udzielisz jest dobra, jeśli jest szczerą.**

SYTUACJA 1/7²¹

Wybrałeś się z mamą do hipermarketu aby kupić buty. Miałeś szczęście, bo znalazłeś takie, jakie Ci się podobają. Niestety **mama nie słucha twojej opinii, stawia na swoim** i kupuje Ci inne buty.

1. Jak się zachowasz w tej sytuacji wobec mamy?.....
2. Jak myślisz - dlaczego mama tak się zachowała?.....

SYTUACJA 2/42

Pokłóciłeś się z bratem albo siostrą i doszło między wami do drobnej bójki. Wina była po jego/ jej stronie. **Tata wymierzył jednak Tobie karę.**

1. Jak się zachowasz w tej sytuacji wobec taty?.....
2. Jak myślisz - dlaczego tata tak się zachował?.....

SYTUACJA 3/6

Twoja klasa wyjeżdża na wycieczkę, na której Ci bardzo zależy. Prosisz mamę, aby się zgodziła na ten wyjazd, a **mama krzyczy „daj mi spokój, jeszcze Ci się wycieczki zachciało!”** .

²¹ Numer pierwszy ma charakter porządkowy, zaś drugi odnosi się do wersji bazowej i umożliwia skorzystanie z klucza interpretacyjnego (zamieszczonego na końcu narzędzia).

1. Jak się zachowasz w tej sytuacji wobec mamy?.....
2. Dlaczego mama tak się zachowała?.....

SYTUACJA 4/44

Wyobraź sobie że masz sympatię (tzn. Kogoś kto Ci się podoba) i lubisz się z nią/nim spotykać. Pewnego dnia w domu **tata** mówi Ci, że to nie jest odpowiednia osoba dla Ciebie i **zabrania Ci spotykać się z nią**.

1. Jak się zachowasz wobec taty?.....
2. Dlaczego tata tak się zachował?.....

SYTUACJA 5/8

Uczyłeś się do sprawdzianu, ale pomimo to dostałeś słabą ocenę. Jest Ci smutno z tego powodu. **Mama** dowiaduje się o tym i **krzyczy (wydziera się) na Ciebie**.

1. Jak się Ty zachowasz wobec mamy?.....
2. Dlaczego mama tak się zachowała?.....

SYTUACJA 6/48

Wyobraź sobie, że zarobiłeś na wakacjach trochę pieniędzy i zaplanowałeś, że wydasz je na swoje potrzeby (np. kosmetyki, ubrania, słodycze). Kiedy wracasz do domu, **tata każe Ci kupić sobie za te pieniądze książki** do szkoły na przyszły rok.

1. Jak się zachowasz w tej sytuacji wobec taty?.....
2. Dlaczego tata tak się zachował?.....

SYTUACJA 7/11

Wróciłeś zmęczony ze szkoły do domu. Włączyłeś muzykę i położyłeś się, aby odpocząć. Nagle do Twojego pokoju wchodzi **mama** i **krytykuje Cię**, że Ty leniuchujesz, a ona musi gotować obiad.

1. Jak się zachowasz wobec mamy?.....
2. Dlaczego mama tak się zachowała?.....

SYTUACJA 8/51

Do domu miałaś wrócić najpóźniej o godzinie 22, ale wróciłaś kilka minut później. Zdenerwowany **tata** czeka na Ciebie w drzwiach i **zakazuje kolejnego wyjścia**.

1. Jak się zachowasz wobec taty?.....
2. Dlaczego tata tak się zachował?.....

A teraz kilka sytuacji szkolnych związanych z rówieśnikami z klasy i z nauczycielami

SYTUACJA 9/14

Koledzy lub koleżanki z klasy umawiają się na wspólne wyjście do kina, **ale Ciebie nie zapraszają** abyś do nich dołączył.

1. Jak się zachowasz wobec nich?.....
2. Jak myślisz dlaczego tak się zachowali?.....

SYTUACJA 10/26

Nauczyciel wezwał Cię do odpowiedzi. Stoisz przed tablicą i czujesz na sobie wzrok całej klasy. Nie umiesz rozwiązać zadania. **Nauczyciel denerwuje się i zaczyna kpić z Ciebie.**

1. Jak się zachowasz wobec nauczyciela?.....
2. Jak myślisz dlaczego nauczyciel tak się zachował?.....

SYTUACJA 11/15

W czasie gonitwy na przerwie przewracasz się i rozrywasz sobie koszulę. Koledzy (koleżanki) **wyśmiewają się z Ciebie i kpią: „ale z Ciebie niezdara”.**

1. Jak się zachowasz wobec nich?.....
2. Jak myślisz dlaczego oni tak się zachowali?.....

SYTUACJA 12/31

Jeden kolega porządnie zdenerwował Cię i głośno przewalaś/aś go. Niestety **nauczyciel** usłyszał to. Podszedł do Ciebie i **z pretensjami krzyknął: „Jak się zachowujesz gówniarzu, co sobie wyobrażasz?”.**

1. Jak się zachowasz wobec nauczyciela?.....
2. Jak myślisz dlaczego nauczyciel tak się zachował?.....

SYTUACJA 13/21

Kolega z klasy dostał kilka biletów na koncert muzyki młodzieżowej. Bardzo chciałbyś z nim iść. Niestety okazało się, że **kolega rozdał wszystkie bilety innym i dla Ciebie brakło biletu.**

1. Jak się zachowasz wobec niego?.....
2. Jak myślisz dlaczego kolega tak się zachował?.....

SYTUACJA 14/30

W czasie lekcji rozmawialiście z kolegą. **Nauczyciel** otworzył dziennik i **wstawił uwagę tylko Tobie, a koledze nie.**

1. Jak się zachowasz wobec nauczyciela?.....
2. Jak myślisz dlaczego nauczyciel tak się zachował?.....

SYTUACJA 15/23

Po lekcji wychowania fizycznego w szatni nie możesz znaleźć swoich spodni. Pytasz rówieśników: „Gdzie jest moje ubranie?”. **Koleżanki/ Koledzy kpią z Ciebie** i uśmiechają się do siebie.

1. Jak się zachowasz wobec nich?.....
2. Jak myślisz dlaczego tak się zachowali?.....

SYTUACJA 16/24

W czasie szkolnej wycieczki do Zakopanego w Góry chciałbyś kupić sobie pamiątkową ciupagę. Niestety **nauczyciel zabrania Ci** mówiąc: „**Nie wydawaj pieniędzy na głupoty**”.

1. Jak się zachowasz wobec nauczyciela?.....
2. Jak myślisz dlaczego nauczyciel tak się zachował?.....

SYTUACJA 17/17

Koledzy i koleżanki z klasy robią sobie wspólną imprezę, **ale Ciebie nie zaprosili**.

1. Jak się zachowasz wobec nich?.....
2. Jak myślisz dlaczego tak się zachowali?.....

SYTUACJA 18/25

W szkole organizowana jest dyskoteka. Masz nadzieję na przyjemną zabawę z kolegami i koleżankami. **Nauczycielka próbuje na siłę włączać wszystkich do zabawy w „lokomotywę”** i każe wam bawić się jak w przedszkolu. Nie masz na to ochoty. Nauczycielka nakłania Cię na siłę do takiej zabawy?

1. Jak się zachowasz wobec nauczyciela?.....
2. Jak myślisz dlaczego nauczyciel tak się zachowuje?.....

SYTUACJA 19/18

Na przerwie chcesz odpisać zadanie od kolegów. Prosisz ich o pomoc, ale **nikt nie chce Ci dać zeszytu**.

1. Jak się zachowasz wobec nich?
2. Jak myślisz dlaczego koledzy tak się zachowali?.....

SYTUACJA 20/28

W czasie przerwy chcesz pogadać z kolegami w ważnej sprawie, a **nauczyciel każe Ci podlać kwiatki i zetrzeć tablicę w klasie**.

1. Jak się zachowasz wobec nauczyciela?.....
2. Jak myślisz dlaczego nauczyciel tak się zachował?.....

SYTUACJA 21/19

Brałeś udział w zawodach sportowych ze swoją klasą, ale niestety nie byłeś w dobrej formie i straciłeś kilka dobrych okazji na zdobycie punktów. Twoja drużyna przegrała mecz. W szatni **koledzy (lub koleżanki) za przegraną obwiniają Ciebie i przezywają.**

1. Jak się zachowasz wobec nich?.....
2. Jak myślisz dlaczego koledzy tak się zachowali?.....

SYTUACJA 22/29

Wspólnie z kolegami gracie w piłkę. Nagle w trakcie przypadkowego zderzenia jeden kolega przewrócił się. Zauważył to **nauczyciel**, który podbiegł i **zabronił wszystkim dalszej gry.**

1. Jak się zachowasz wobec nauczyciela?.....
2. Jak myślisz dlaczego nauczyciel tak się zachował?.....

SYTUACJA 23/20

Znajomi z klasy umawiają się na wycieczkę rowerową, ale **Ciebie nie zapraszają do udziału** w niej.

1. Jak się zachowasz wobec nich?.....
2. Jak myślisz dlaczego oni tak się zachowali?.....

SYTUACJA 24/32

Przepisujesz właśnie zadanie z tablicy do zeszytu. **Nauczyciel** podchodzi do ciebie i pogania Cię „**Wszyscy już napisali, a Ty się jeszcze tak guzdrzesz jak zółw, pospiesz się!**”.

1. Jak się zachowasz wobec nauczyciela?.....
2. Jak myślisz dlaczego nauczyciel tak się zachował?.....

Część II (po odstępie czasowym min. 2 tygodni)

Imię i nazwisko (pseudonim).....klasa.....wiek.....płeć M K

INSTRUKCJA:

Przedstawię Ci teraz kilka sytuacji z życia domowego, które zdarzają się lub mogą zdarzyć się w Twoim życiu. Proszę, abyś napisał jak się w tych sytuacjach zachowujesz lub co zrobisz jeśli one nastąpią. Odpowiedzi mogą być różne bo każdy człowiek jest inny. **Każda odpowiedź jakiej udzielisz jest dobra, jeśli jest szczerą.**

SYTUACJA 25/5

Wyobraź sobie że masz sympatię (tzn. Kogoś kto Ci się podoba) i lubisz się z nią spotykać. Pewnego dnia w domu **mama** mówi Ci, że to nie jest odpowiednia osoba dla Ciebie i **zabrania Ci spotykać się z nią**.

1. Jak się zachowasz wobec mamy?.....
2. Dlaczego mama tak się zachowała?.....

SYTUACJA 26/45

Twoja klasa wyjeżdża na wycieczkę, na której Ci bardzo zależy. Prosisz tatę, aby się zgodził na ten wyjazd, a **tata krzyczy „daj mi spokój, jeszcze Ci się wycieczki zachciało!”**

1. Jak się zachowasz w tej sytuacji wobec taty?.....
2. Dlaczego tata tak się zachował?.....

SYTUACJA 27/9

Wyobraź sobie, że zarobiłeś na wakacjach trochę pieniędzy i zaplanowałeś, że wydasz je na swoje potrzeby (np. kosmetyki, ubrania, słodycze). Kiedy wracasz do domu, **mama każe Ci kupić sobie za te pieniądze książki** do szkoły na przyszły rok.

1. Jak się zachowasz wobec mamy?.....
2. Dlaczego mama tak się zachowała?.....

SYTUACJA 28/46

Wybrałeś się z tatą na bazyry aby kupić buty. Miałeś szczęście, bo znalazłeś takie jakie Ci się podobają. Niestety **tata nie słucha twojej opinii, stawia na swoim** i kupuje Ci inne buty.

1. Jak się zachowasz w tej sytuacji wobec taty?.....
2. Dlaczego tata tak się zachował?.....

SYTUACJA 29/3

Pokłóciłeś się z bratem albo siostrą i doszło między wami do drobnej bójki. Wina była po jego/ jej stronie. **Mama wymierzyła jednak Tobie karę**.

1. Jak się zachowasz wobec mamy?.....
2. Dlaczego mama tak się zachowała?.....

SYTUACJA 30/47

Uczyłeś się do sprawdzianu, ale pomimo to dostałeś słabą ocenę. Jest Ci smutno z tego powodu. **Tata dowiaduje się o tym, i krzyczy (wydziera się) na Ciebie**.

1. Jak się zachowasz w tej sytuacji wobec taty?.....
2. Dlaczego tata tak się zachował?.....

SYTUACJA 31/12

Do domu miałeś wrócić najpóźniej o godzinie 22, ale wróciłeś kilka minut później. Zdenerwowana **mama** czeka na Ciebie w drzwiach i **zakazuje kolejnego wyjścia**.

1. Jak się zachowasz wobec mamy?.....
2. Dlaczego mama tak się zachowała?.....

SYTUACJA 32/50

Wróciłeś zmęczony ze szkoły do domu. Włączyłeś muzykę i położyłeś się, aby odpocząć. Nagle do Twojego pokoju wchodzi **tata i krytykuje Cię, że Ty leniuchujesz, a on musi pracować**.

1. Jak się zachowasz w tej sytuacji wobec taty?.....
2. Dlaczego tata tak się zachował?.....

Klucz – typów sytuacji trudnych z osobami znaczącymi:

Poniżenie – Matka/Ojciec – 3/42/, 6/45, 8/47, 11/50

Dominacja – Matka /Ojciec – 5/44, 7/46/, 9/48, 12/51

Poniżenie – Nauczyciele – 26, 30, 31, 32

Dominacja – Nauczyciele – 24, 25, 28, 29.

Przemoc – Rówieśnicy – 15, 18, 19, 23

Izolacja – Rówieśnicy – 14, 17, 20, 21

Załącznik nr 5
Skala poziomu akceptacji społecznej w środowisku szkolnym
(oprac. Paweł Kurtek)

Instrukcja: W każdym środowisku szkolnym są uczniowie bardziej i mniej lubiani. Proszę o wpisanie na poniższej drabinie atrakcyjności, wszystkich uczniów klasy....., uwzględniając poziom ogólną sympatię środowiska szkolnego wobec nich. Proszę o szczerą, zgodną z rzeczywistością odpowiedź.

Wyniki objęte są tajemnicą i ochroną danych a wykorzystane zostaną wyłącznie w celach naukowych.

5. bardzo lubiani	
4. raczej lubiani	
3. zróżnicowany rezonans	
2. raczej nie lubiani	
1. Nie lubiani (trudno ich lubić)	

Załącznik nr 6

Skala postaw wobec osób niepełnosprawnych A. Sękowskiego²²

Instrukcja: Przeczytasz szereg twierdzeń dotyczących inwalidztwa i osób niepełnosprawnych. Niektóre twierdzenia będą zgodne z Twoimi przekonaniem, a inne uznasz za niezgodne. Jakakolwiek byłaby Twoja odpowiedź, będzie ona dobra jeśli będzie szczerą. Podobne do Twoich przekonań ma wielu ludzi. Wpisz liczbę +1, +2, +3 lub -1, -2, -3 zależnie od Twych przekonań: +3 – zdecydowanie zgadzam się - 3 - zdecydowanie nie zgadzam się +2 - zgadzam się - 2 – nie zgadzam się +1 – raczej zgadzam się - 1 – raczej nie zgadzam się.

1. Osoby niepełnosprawne mogą zakładać normalne rodziny.
2. Zaakceptowałbym osobę niepełnosprawną jako mojego przyjaciela.
3. Większość osób niepełnosprawnych to ludzie dziwni I trudno z nimi nawiązać kontakt.
4. Dzieci niepełnosprawne powinny uczyć się tylko w szkołach specjalnych.
5. Osoby niepełnosprawne są bardziej nieszczęśliwe niż inni ludzie.
6. Chciałbym pracować z ludźmi niepełnosprawnymi.
7. Osoby niepełnosprawne są dobrymi pracownikami.
8. Większość inwalidów to ludzie niesamodzielni I oczekujący pomocy.
9. Osoby niepełnosprawne są mało cierpliwe.
10. Ludzi niepełnosprawnych należy oceniać tą samą miarą co ludzi zdrowych.
11. Ludzie niepełnosprawni mogą mieć duże osiągnięcia sportowe.
12. Razi mnie wygląd zewnętrzny osób niepełnosprawnych.
13. Osoby niepełnosprawne potrafią zarobić na swoje utrzymanie.
14. Dzieci niepełnosprawne są agresywne.
15. Nie czuję się swobodnie w towarzystwie osób niepełnosprawnych.
16. Osoby niepełnosprawne zazdroszczą innym zdrowia.
17. Osoby niepełnosprawne są często zbyt naiwne i dziecinne.
18. Widok osób niepełnosprawnych wywołuje u mnie lęk i obawy.
19. Kontakt z osobą niepełnosprawną pozwala lepiej zrozumieć sens życia.
20. Zachowanie osób niepełnosprawnych często jest denerwujące.
21. Osoba niepełnosprawna może pomóc osobie zdrowej.
22. Należy dążyć do bliskich kontaktów z osobami niepełnosprawnymi.
23. Powinno być więcej audycji telewizyjnych na temat osób niepełnosprawnych.
24. Osoby niepełnosprawne mają często kłopoty w sytuacjach towarzyskich.

²² Załączone narzędzie dostępne jest w publikacji B. Papudy-Dolińskiej (2012).

25. Dobre stosunki osób niepełnosprawnych z ludźmi zdrowymi są spowodowane często litością.
26. Dzieci niepełnosprawne powinny być traktowane z dużą wyrozumiałością.
27. Nie ma żadnych różnic w zachowaniu osób niepełnosprawnych i zachowaniu ludzi zdrowych.
28. Chętnie poszedłbym na zawody sportowe, w których udział biorą osoby niepełnosprawne.
29. Osoby niepełnosprawne potrafią cieszyć się życiem tak samo jak wszyscy inni ludzie
30. Osobę niepełnosprawną jest łatwiej urazić niż osobę zdrową.

Załącznik nr 7

Skala szacunku warunkowego wobec osób z niepełnosprawnościami²³

Skala szacunku wobec osób z niepełnosprawnością

(oprac. Paweł Kurtek)

Instrukcja: Skala służy poznaniu czynników zwiększających i zmniejszających Twój osobisty szacunek wobec dorosłych osób z niepełnosprawnością.....(określ typ). Nie każde zachowanie tych ludzi budzi w Tobie jednakową niechęć lub szacunek. Proszę abyś zastanowił/ła się jak odbierasz poniższe zachowania dorosłej osoby z tą niepełnosprawnością a następnie oceń je według poniższej skali:

- 3 – to w wysokim stopniu obniża mój szacunek wobec osoby niepełnosprawność.
- 2 – to w średnim stopniu obniża mój szacunek wobec osoby niepełnosprawność.
- 1 – to w niskim stopniu obniża mój szacunek wobec osoby niepełnosprawność.
- 0 – to nie ma dla mnie żadnego znaczenia
- +1 – to niskim stopniu zwiększa mój szacunek wobec osób niepełnosprawność.
- +2 – to w średnim stopniu zwiększa mój szacunek wobec osób niepełnosprawność.
- +3 – to w wysokim stopniu zwiększa mój szacunek wobec osób niepełnosprawność.

Poszczególne zachowania osoby niepełnosprawnej	Skala						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
1. Wrozumiałość dla innych							
2. Agresywność słowna wobec innych							
3. Utrzymywanie pogody ducha							
4. Odrzucanie innych							
5. Otwartość, gotowość do kontaktu							
6. Optymizm pomimo trudności związanych z niepełnosprawnością							
7. Przejawianie inicjatywy w kontaktach towarzyskich							

²³ Do skali dołączono 4 pozycje testowe (11, 24, 25, 34), które w osobnej publikacji (Kurtek, 2018) osiągnęły niższe ($p < 0.05$) wyniki w badaniu stabilności bezwzględnej, co zmieniło numery pozycji w kluczu interpretacyjnym.

8. Obwinianie innych za swój los							
9. Radzenie sobie z własną niepełnosprawnością (pokonywanie przeszkód z nią związanych)							
10. Wykorzystywanie innych (troska o własne korzyści kosztem innych)							
11. Próba normalnego życia, pokonywania problemów codziennego dnia							
12. Wulgarność							
13. Unikanie zadań							
14. Przyjazne, serdeczne nastawienie do innych							
15. Samodzielność (radzenie sobie w niektórych czynnościach)							
16. Dążenie do celu							
17. Pomaganie innym							
18. Chęć podjęcia pracy, dokształcania							
19. Agresywność fizyczna np.: Krzyk, kopanie, bicie							
20. Aktywność życiowa (otwartość na nowe wyzwania)							
21. Brak współpracy w realizacji wspólnych zadań							
22. Nadużywanie pomocy ze strony innych							
23. Nadawanie sensu swemu życiu pomimo niepełnosprawności							
24. Wchodzenie w rolę ofiary (narzekanie na własny los, użalanie się nad sobą)							
25. Odreagowywanie swych emocji na innych							
26. Poczucie humoru							
27. Przewycięzanie swych trudności							

28. Roszczeniowość (oczekiwanie ulg)							
29. Wola życia (pogoda i radość życia)							
30. Próba realizacji marzeń pomimo niepełnosprawności							
31. Tendencyjne wzbudzanie współczucia dla własnych korzyści							
32. Obarczanie innych swoim cierpieniem							
33. Akceptacja swej odmienności							

Klucz interpretacyjny:

1. Indywidualna Produktywność – 9, 11, 15, 16, 18, 20, 27, 30
2. Indywidualna Receptywność -10, 13, 21, 22, 24, 28,31, 32
3. Indywidualna Synergia – 3, 6, 23, 26, 29, 33
4. Indywidualny Antagonizm -2, 4, 8, 12, 19, 25,
5. Kolektywna Synergia – 1, 5, 7, 14, 17



Dr hab. Paweł Kurtek, Profesor Katedry Psychologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach. Autor publikacji dotyczących doświadczeń społecznych oraz radzenia sobie w sytuacjach trudnych młodzieży z zaburzeniami rozwoju intelektualnego. Należą do nich publikacje książkowe („*Młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim wobec sytuacji trudnych. Osobowościowe i sytuacyjne uwarunkowania radzenia sobie*”, Kielce, 2009; „*Schematy i atrybucje osób znaczących w regulacji aktywności zaradczej młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną w społecznych sytuacjach trudnych. Wybrane koszty pro- i antyspołecznego radzenia sobie*”, Warszawa, 2016) oraz artykuły w renomowanych międzynarodowych czasopismach: *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *Journal of Intellectual Disability Research*, *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behaviour*, *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*.

Publikacja stanowi kompendium wiedzy na temat diagnozy psychologicznej osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz ich środowiska społecznego. Kwestia diagnozy została potraktowana bardzo szeroko. Rozumiana głównie jako proces analitycznego, wnikliwego i rzetelnego poznania, stanowiącego bazę do działań korekcyjnych, psychoterapeutycznych i rehabilitacyjnych. Wyraźnie przeciwstawiono jej podejścia, które tylko z pozoru są diagnostyczne, bo w rzeczywistości przyjmują formę nieuprawnionych i nieuzasadnionych naukowo ocen wartościujących. Ze względu na ich konsekwencje, wyrażające się w stygmatyzowaniu osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz ich rodzin, podkreślone zostało ich niebezpieczeństwo i szkodliwość.

Wartość recenzowanej publikacji zasadza się na wielości zaprezentowanych narzędzi diagnostycznych, dokładnym ich omówieniu oraz stworzeniu map poznawczych, które zarówno dla początkujących psychologów, jak i doświadczonych profesjonalistów mogą stanowić ogromną pomoc w skutecznej pracy na rzecz dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną oraz ich środowisk rodzinnych i szkolnych.

Z recenzji dr hab. Beaty Miruckiej, prof. KUL

