

Eliza Czerka-Fortuna

Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Gdański

Wsparcie terapeutyczne młodego dorosłego z dysfunkcją wzroku i jego rodziny

Therapeutic support of visually impaired person and his family

The article focuses on a problem of therapeutic support for visually impaired woman and her family. It was presented how right rules and unconscious patterns of behavior and reactions can complicate family communication. The text fixes attention on such aspects as: developmental tasks in early adulthood, family structure and family identity in a context of disability. Therapeutic guideline based on real family case study was depicted as a conclusion.

Słowa kluczowe: niedowidzący, wkraczanie w okres wczesnej dorosłości, systemowa diagnoza rodziny, oddziaływanie terapeutyczne

Keywords: persons with visual impairment, the entering early adulthood, systemic diagnosis of family, therapeutic impact

Wprowadzenie

Celem artykułu jest przedstawienie problemów, z jakimi boryka się młoda osoba niedowidząca, zarówno w kontekście dysfunkcji indywidualnych, jak i uwarunkowań rodzinnych. Przedstawione studium przypadku rodziny Wandy pozwala na przyjrzenie się więzi, hierarchii i zasadom, które mogą blokować nabywanie kompetencji istotnych dla dorosłego życia. Tekst sygnalizuje, w jakim kierunku może potoczyć się rozwój młodego człowieka, gdy nie jest on odpowiednio stymulowany przez otoczenie społeczne i gdy udziela się mu niewłaściwie rozumianego wsparcia. Obok charakterystyki trudności, artykuł zawiera rekomendacje dla pracy psychoterapeutycznej.

Rozwój psychospołeczny osoby niedowidzącej w kontekście budowania więzi i realizacji zadań rozwojowych

W literaturze przedmiotu powszechne jest założenie, że reakcje jednostki na niepełnosprawność wzroku są mniej gwałtowne, gdy pojawiła się ona w okresie dzieciństwa (Bilewicz 2015). Można potwierdzić, że dzieci potrafią szybciej adaptować się do środowiska zewnętrznego, nie oznacza to jednak, że ponoszą mniejsze konsekwencje emocjonalne własnej niepełnosprawności. Negatywne implikacje dysfunkcji wzroku są w dużej mierze rezultatem zaburzonego procesu budowania więzi ze znaczącymi innymi. W ciągu pierwszych miesięcy życia widzące niemowlę przyswaja sobie „uniwersalny kod” umożliwiający komunikację z innymi widzącymi (Shulman 1986). W przypadku dzieci z dysfunkcją wzroku komunikacja jest znacznie bardziej nieharmonijna, głównie z racji tego, że dziecko nie może odczytywać informacji niewerbalnych, nie naśladuje gestów i mimiki, nie odbiera, ani nie nadaje czytelnego przekazu.

Badania D. Galanti, R. Miceli i B. Sini (za: Kucharczyk 2005) dowiodły, iż „dzieci niewidome nie zawsze wiedzą, jakie emocje należy wyrazić odpowiednią postawą, słowem czy wyrazem twarzy”, co może wzbudzać negatywne reakcje otoczenia. Brak porozumienia może być przyczyną odrzucenia dziecka i rezygnacji z aktywnego wspierania jego rozwoju. W sytuacji, kiedy główny opiekun jest mało responsywny, między nim a potomkiem może wytworzyć się nieufny styl przywiązania (Bowlby 2007). I chociaż wrażliwość rodzica nie musi być jedynym wyznacznikiem budowania więzi, to jest wysoce prawdopodobne, że dla dziecka, które nie otrzyma wystarczającego wsparcia, bezpieczniejsze stanie się przyjmowanie postawy unikania lub oporu, co może stanowić matrycę dla relacji emocjonalnych z innymi (Schaffer 2005).

Jak dowodził Erik H. Erikson (2004), podstawowa ufność zdobyta w niemowlęctwie stanowi podbudowę dla autonomii, którą rozumiał jako dziecięce poczucie kontroli nad swoim życiem. Pozbawienie tej kompetencji powoduje zwątpienie i wstyd, uniemożliwiające konstruktywne przejście do kolejnego etapu rozwoju. Dlatego, jak pisze Joanna Konarska (2014, s. 51), zadaniem rodziców dzieci z niepełnosprawnością wzroku jest „dynamizowanie, ukierunkowanie i inicjowanie aktywności własnej niemowlęcia, aby powoli wytwarzać w nim poczucie własnej wartości poprzez doznawanie radości z samodzielnie wykonywanych czynności, w których wykorzystywane są mechanizmy kompensacyjne w miejsce uszkodzonych funkcji”. Warto podkreślić, że dziecko, które ma zablokowaną naturalną potrzebę aktywności (najczęściej przez zbyt ochraniających rodziców), będzie miało problem z określeniem własnych granic, co szczególnie wyraźnie unaocznia się w okresie przedszkolnym. Jest to okres, w którym, w za-

chowaniu dziecka, pojawia się charakterystyczna krnąbrność i negatywizm, będące formą sprzeciwu wobec rodziców (Wygotski 2002), co służy negocjowaniu granic. W przypadku dzieci z dysfunkcją wzroku, kryzys rozwojowy tej fazy może nie zostać rozwiązany pozytywnie ze względu na niechęć rodziców do emocjonalnej separacji. Brak rodzicielskiego przyzwolenia na „oddzielenie”, generuje tendencję do bierności i uległości, co ma znaczenie dla kształtowania się realnej samooceny w okresie wczesnoszkolnym.

Rozpoczynając edukację, dziecko po raz pierwszy staje przed społecznymi zadaniami, za które będzie oceniane, nie tylko w rozumieniu gratyfikacji za osiągnięcia szkolne, ale w postaci społecznych wzmocnień, jakimi będzie uzyskanie aprobaty lub odrzucenie przez rówieśników. Relacje rówieśnicze u dzieci z dysfunkcją wzroku mogą przebiegać niestandardowo. Etap, w którym pojawia się zabawa równoległa (2 rok życia), wymagająca obserwacji aktywności starszych towarzyszy, może zwyczajnie nie wystąpić ze względu na fizyczną dysfunkcję. Niektóre dzieci niedowidzące w małym zakresie będą mogły uczestniczyć w kolejnych przeobrażeniach zabawy w kierunku zabawy tematycznej, o ile oczywiście nie będą zachęcane do tego przez otoczenie społeczne. Tymczasem jeszcze większe znaczenie rówieśnicy zyskują w okresie szkolnym, kiedy relacje z nimi stają się punktem odniesienia do budowania samooceny. Poziom samooceny zależy od stopnia rozbieżności między idealistyczną wizją siebie, a realnymi osiągnięciami dziecka w sferach, które ocenia jako znaczące oraz od akceptacji i wsparcia społecznego. Przy czym badania Susan Harter (za: Appelt 2005) potwierdziły, że mała różnica w zakresie rozbieżności między celami a osiągnięciami nie jest gwarantem wysokiej samooceny, jeżeli nie występuje z równoczesnym wsparciem społecznym; samo wsparcie bez osiągnięć również nie podwyższy wartości samego siebie we własnych oczach. W obszarach, które są ważne dla samooceny, takich jak: kompetencje szkolne, sportowe, akceptacja społeczna (popularność wśród rówieśników), wygląd zewnętrzny i postępowanie (Harter za: Schaffer 2005) dzieci niedowidzące nie zawsze mają wysokie noty, co może obniżać ich poczucie kompetencji, kluczowe dla celu rozwojowego okresu dorastania, jakim jest zbudowanie stabilnej tożsamości.

Tymczasowe krystalizacje tożsamości, głównie oparte na identyfikowaniu się ze znaczącymi innymi, zachodzą w okresie całego dzieciństwa, co daje jednostce względne poczucie tego, kim jest (Erikson 1968). W okresie dorastania, wcześniejsze identyfikacje są poddawane weryfikacji pod kątem zachodzących zmian „(...) psychiki, seksualności, ideologii, osobistych potrzeb i postrzeganych wymogów społecznych” (Marcia 1998, s.36). Na tym etapie dochodzi do kolejnej reorganizacji relacji z rodzicami i wzrostu znaczenia grupy rówieśniczej. Jest to również faza ideologicznych poszukiwań i stawiania sobie egzystencjalnych pytań o sens życia i własną rolę w świecie. U osób niedowidzących od urodzenia często dopiero na

tym etapie własna niepełnosprawność jest rozpatrywana w kategoriach problemu (Stelter 2008). Badania dotyczące dobrostanu psychicznego nastolatków z dysfunkcją wzroku pokazują, że w porównaniu z nastolatkami o sprawnych funkcjach wzrokowych charakteryzują się oni większą nieśmiałością, unikaniem odpowiedzialności i obawą przed podjęciem ryzyka. Ponadto nastolatkowie niedowidzący mają większe trudności w kontaktach społecznych, co może być rezultatem niższego poczucia własnej wartości i pewności siebie (Kędzierska 2002; 2006). Młodzież niedowidząca charakteryzuje się również niższym poziomem tolerancji na konflikty społeczne. Zwłaszcza chłopcom z tej grupy bardziej zależy na akceptacji innych i dobrej opinii, w związku z tym częściej od pełnosprawnych unikają różnicy zdań i sporów (Kędzierska 2007). Młodzież niepełnosprawna wzrokowo ma również istotny problem z realizacją zadań rozwojowych okresu dorastania, wśród których można wymienić poszukiwanie tożsamości płciowej i nawiązywanie relacji intymnych (Havighurst 1981). Tymczasem badania Małgorzaty Bilewicz (2015) pokazały, że większa liczba młodzieży niepełnosprawnej wzrokowo, w stosunku do młodzieży pełnosprawnej, doświadcza miłości nieodwzajemnionej. Z tego też względu ta grupa adolescentów negatywnie ocenia szanse na założenie szczęśliwej rodziny. Deterministyczna wizja własnej przyszłości wynika z przeświadczenia o konieczności uzależnienia się od bliskiej osoby i doświadczania litości ze strony współmałżonka.

Znaczenie relacji rodzinnych i wsparcia szerszego środowiska społecznego w kształtowaniu kompetencji do dorosłego życia u osoby z dysfunkcją wzroku

„Źródła i siły rozwojowe zmian napędowych tkwią przede wszystkim w systemie, jaki osoba tworzy ze swoim środowiskiem” (Czerwińska 2015, s.79). Badania pokazują także, że nie tyle sam fakt niepełnosprawności decyduje o posiadanej koncepcji siebie i proaktywnej postawie wobec ograniczeń, tylko cechy temperamentalne oraz czynniki osobowościowe, które w dużej mierze kształtowane są w najbliższym otoczeniu społecznym. To właśnie z pierwszych doświadczeń rodzinnych jednostka wynosi umiejętność oceniania i wartościowania siebie (Konarska 1995), co stanowi wzorzec do interpretacji motywów i zachowań innych ludzi, a to z kolei warunkuje holistyczny odbiór świata. Zabarwienie emocjonalne tych doświadczeń ściśle powiązane jest z ekologią rodzinną. Pojawienie się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego zaburza dotychczasowy sposób jej funkcjonowania – narusza sferę emocjonalną, aksjologiczną i materialną. Normy, zasady i wzorce funkcjonowania wymagają przewartościowania, a kryzys zazwy-

czaj obejmuje cały system rodzinny. W silnej sytuacji stresowej rodzina może być początkowo sparaliżowana, co nie ułatwia generowania efektywnych rozwiązań. Przechodząc przez kolejne etapy radzenia sobie z chorobą (Zalewska 1994) i aktywnie poszukując zasobów istotnych dla przezwyciężenia trudności, rodzina coraz lepiej adaptuje się do nowej sytuacji. Ważnym elementem umożliwiającym powrót do równowagi jest umiejętność zabezpieczenia rodzinnych granic, które z jednej strony powinny być wyraźne (aby umożliwić rodzinie utrzymanie swojej tożsamości), a z drugiej elastyczne, co warunkuje wymianę środowiska rodzinnego z otoczeniem społecznym. Plastyczność i stabilność systemu rodzinnego nie tylko się nie wykluczają, ale umożliwiają konstruktywne przystosowanie się do sytuacji (Liberska, Matuszewska 2011).

Istotnym czynnikiem ułatwiającym osiągnięcie rodzinnej homeostazy jest wsparcie społeczne. Może mieć ono charakter nieformalny, w postaci pomocy ze strony członków rodziny czy grupy sąsiedzkiej, jak i profesjonalny, w formie doradztwa i poradnictwa psychopedagogicznego. Ważne aby osoby udzielające wsparcia odpowiednio rozpoznawały potrzeby rodziny. Pomoc oferowana rodzinie nie musi być wcale realizowana zgodnie z przyjętą psychologiczną procedurą, która z reguły unifikuje doświadczenia beneficjentów, przez co nie dociera do tych obszarów, które rzeczywiście wymagają interwencji. Z pewnością nie powinno się także zaspokajać ponadstandardowych potrzeb rodziny, czyli takich z jakimi rodzina może uporać się sama wykorzystując dostępne zasoby. Przesadna opieka jest szkodliwa, gdyż daje rodzinie wtórne korzyści w postaci szczególnych przywilejów, które mogą rozwijać syndrom ofiary i wzmacniać postawę roszczeniową (Konarska 2013).

Z drugiej strony oddziaływanie otoczenia społecznego jest często źródłem wtórnych sytuacji trudnych, prowadzących do poczucia odrzucenia i naznaczenia. Jak pokazują badania, społeczny odbiór niepełnosprawności w dużej mierze zależy od wykształcenia i statusu społecznego (Konarska 2013). Brak wiedzy na temat dysfunkcji fizycznych i psychicznych prowadzi do powielania stereotypów i dyskryminacji osób niepełnosprawnych, przy czym stygmatyzacja zostaje przeniesiona na cały system rodzinny, co obniża jego możliwości adaptacyjne (Werner, Heinik, za: Parchomiuk 2010). Poczucie odrzucenia, a nawet piętna z jakim borykają się rodzice osób z dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi mają wpływ na oddziaływania wychowawcze wobec dzieci. W literaturze problemu wyraźnie sygnalizuje się, że niepełnosprawność dziecka jest czynnikiem ryzyka, prowadzącym do przejawiania przez rodziców postaw negatywnych, takich jak unikanie i odrzucenie (czasem realne, gdy ojcowie dzieci niepełnosprawnych opuszczają rodzinę), nadopiekuńczość albo nadmierne oczekiwania w stosunku do dzieci niepełnosprawnych lub ich rodzeństwa (Ziółkowska 2010). Relacja symbiotyczna i powiązana z nią nadmierna pobłażliwość, prowadzi do zaniżenia poczu-

cia sprawstwa i sztucznego utrzymywania dziecka, a później dorosłego w relacji zależności. Należy podkreślić, że jest to zależność, która może być bardziej gratyfikująca dla rodzica niż dla dziecka, dając opiekunowi (najczęściej matce) poczucie wyjątkowości i niekiedy społeczne uznanie. Z kolei nadmierna pobłażliwość prowadzi do stosowania przez dziecko manipulacji, nie rozwija umiejętności kontrolowania przez nie reakcji emocjonalnych i przestrzegania norm (Janion 2007; Ziółkowska 2010). Wszystkie te rodzicielskie zabiegi utrudniają rozwijanie niezależności, obniżają samoocenę i sprawiają, że młody człowiek funkcjonuje poniżej możliwości rozwojowych.

W odniesieniu do osoby z dysfunkcją wzroku warto zwrócić uwagę na działania rodziców mające na celu utrzymywanie jej w niedorósłości. Począwszy od ubioru, który nie zawsze odzwierciedla realny wiek niepełnosprawnego (ubranie typu unisex, niepodkreślające cech płciowych, niemodne – z uwagi na to, że osoba niedowidząca nie zawsze jest w stanie zweryfikować, co jej zakupiono), a skończywszy na nieustannym towarzyszeniu mu i ochranianiu przed materialnymi barierami. Działania te odgradzają osobę niepełnosprawną od rówieśników, przestaje ona być członkiem „tego samego plemienia”, nie zna reguł i zasad komunikacji grupowej, nie ma szans na nawiązanie kontaktów z rówieśnikami, czy potencjalnym partnerem. Jest to niebezpieczne, gdyż prędzej czy później zbieg różnych zdarzeń losowych, takich jak śmierć rodzica czy wejście w nowe środowisko wymusi na jednostce przyspieszone samookreślenie się (Szczykiewicz 1998), które w skrajnych przypadkach może doprowadzić do tożsamościowego zamętu (*identity confusion*) (Erikson 2004). Dlatego, jak podkreślał Erikson (tamże) i jego kontynuatorzy (Côté, Levine 1987) wiele problemów tożsamościowych wychodzi na jaw w okresie wczesnej dorosłości, a nie w „hałaśliwym” okresie dorastania.

Założenia metodologiczne badań własnych

Celem badań była diagnoza problemów osobistych i rodzinnych respondencki i jej matki, która miała posłużyć zarówno celom badawczym, jak i terapeutycznym. Postawiono główne pytanie badawcze: W jakim stopniu specyfika funkcjonowania systemu rodzinnego osoby niedowidzącej oddziałuje na proces utożsamiania się badanej ze statusem osoby dorosłej?

W ramach pytań szczegółowych analizowano następujące kwestie:

1. Jak wygląda sytuacja społeczno-ekonomiczna rodziny?
2. Jaki styl więzi łączy matkę i córkę?

3. Jakie wsparcie społeczne otrzymuje rodzina w ramach kontaktów nieformalnych i instytucjonalnych?
4. Jaka rolę pełni niedowidząca respondentka w rodzinie i grupie rówieśniczej oraz czy nadano jej jakieś etykiety tożsamościowe?
5. Czy i jaką wizję dorosłego życia posiada badana?

Za najbardziej adekwatną metodę służącą realizacji postawionych celów uznano studium przypadku. Badanie przypadku jest badaniem systemu, gdyż analiza przestrzeni życiowej danej osoby wymaga również wniknięcia w kontekst jej doświadczenia społecznego. Przy czym badanie konkretnego przypadku dostarcza wiedzy na temat specyficznych cech systemu i jego unikatowości (Czerka 2007).

Opis przypadku – rodzina Wandy

Charakterystykę przypadku rodziny Wandy stworzono na podstawie przeprowadzanych wywiadów pogłębionych w trakcie spotkań terapeutycznych w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Przeprowadzono trzy półtoragodzinne konsultacje terapeutyczne z matką i córką. Wywiady nie zostały zarejestrowane ze względu na nieufność respondentów wobec nagrywania ich wypowiedzi. Narzędziem, które poddano analizie były notatki sporządzone przez badaczka-terapeutę podczas wywiadów oraz dokumentacja w postaci orzeczeń poradni psychologiczno-pedagogicznej i opinii psychiatrycznych. Prezentacja danych odbiega od standardowego zapisu wyników badań przyjętych w pedagogice (nie cytuję wypowiedzi badanych, tylko przedstawiam opis przypadku i interpretację), natomiast jest praktykowana w artykułach psychologicznych, zwłaszcza tych prezentujących studia przypadku z obszaru pracy terapeutycznej (np. Chrzan-Dętko 2013; Świącicka 2011). Dane demograficzne rodziny objętej procesem terapii i niektóre fakty z jej życia zostały zmienione.

Wanda, 20 lat. Została skierowana na indywidualną psychoterapię przez lekarza psychiatrę po drugiej hospitalizacji psychiatrycznej (rozpoznanie – epizod depresji). Przyjęta do szpitala z powodu obniżonego nastroju, uczucia lęku, sygnalizowania zamiaru podjęcia samobójstwa. Dwa lata wcześniej – pierwsza próba samobójcza, od tamtej pory leczona psychiatrycznie w opiece ambulatoryjnej. Aktualnie diagnoza załamania nerwowego, depresji, zachowań autoagresywnych. Wanda mieszka z matką i dwójką młodszego rodzeństwa (siostra – 12 lat, brat – 7 lat). Matka samodzielnie wychowuje dzieci, utrzymując się z dodatku opiekuńczego i alimentów. Dzieci są owocem jej dwóch poprzednich związków, aktualnie mają ograniczony kontakt z ojcami. Rodzina mieszka w dwupokojo-

wym mieszkaniu w dużym mieście. Powodem zgłoszenia się przez matkę i najstarszą córkę było zalecenie ze szpitala psychiatrycznego, że córka powinna rozpocząć indywidualną terapię w celu zniwelowania tendencji depresyjnych. W toku rozmowy z matką i córką ustalono, że terapią będzie objęta cała rodzina.

Diagnoza psychopedagogiczna w poradni psychologiczno-pedagogicznej

Dziewczynka urodzona przedwcześnie, w 33 tygodniu ciąży. Leczona i wielokrotnie operowana z powodu retinopatii wcześniaczej, obciążona niedowidzeniem (OP-20% widzenia w okularach, OL – brak poczucia światła). Wielokrotnie badana w poradni, posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym oraz orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. Obowiązek szkolny realizuje w szkołach ogólnodostępnych. Aktualnie stwierdza się niższą niż przeciętna wydolność intelektualną w aspekcie uzdolnień werbalnych.

Wywiad rodzinny

W opinii matki zaburzenia nastroju u córki wynikają z konfliktów szkolnych. Wanda nie została zaakceptowana przez rówieśników z gimnazjum. Do 12 roku życia córka uczyła się bardzo dobrze i sprawiała sporadyczne problemy wychowawcze. W pierwszej klasie gimnazjum pogorszyły się jej wyniki w nauce, córka nie nadążała za kolegami i koleżankami z klasy. Była odrzucana i szykanowana, co doprowadziło ją do próby samobójczej. W wieku 16 lat była pierwszy raz hospitalizowana psychiatrycznie. Po tym epizodzie wydano orzeczenie o nauczaniu indywidualnym i zalecono leczenie farmakologiczne i terapię psychologiczną. Dziewczyna współpracuje z psychologiem z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie, który pracuje z nią w obszarze wzmacniania samoregulacji i kontroli emocji. Przez cały okres nauki w liceum Wanda była objęta nauczaniem indywidualnym – miała dobre oceny, ale jej kontakty z rówieśnikami z klasy były sporadyczne. Matka sygnalizuje problemy wychowawcze. Wanda jest agresywna w sposób werbalny – wyzwiska, wulgaryzmy pod kierunkiem matki i psychologa (np. gdy ograniczany jest jej internet), kłamstwa, szantaż emocjonalny, straszenie matki samobójstwem. Ponadto ujawnia czynności natrętne – ciągłe mycie rąk i samo-uszkodzenia – nacięcia na rękach (sporadycznie, w stanie silnego wzburzenia). Matka sygnalizuje również, że córka nie ma żadnych zainteresowań poza internetem i nie utrzymuje żadnych relacji towarzyskich w realnym świecie. W okresie uczęszczania do liceum i włączania Wandy w zajęcia pozalekcyjne, kolegowiała się z dwiema uczennicami z tej samej klasy, jednak to one starały się inicjować

kontakty i wprowadzać koleżankę w świat szkoły. Poza szkołą te relacje nie były utrzymywane. Relacja między matką i córką jest bliska, chociaż konfliktowa. Córka obwinia matkę o ich trudną sytuację życiową – niskie zasoby finansowe, brak partnera, agresywne zachowania ze strony matki wobec dzieci. Matka czuje się winna z powodu ataków córki, nie potrafi jednak zadbać o własne granice. Powodem napięć w relacji Wandy z matką są również konflikty matki z młodszymi dziećmi, które zdaniem Wandy są przez matkę zaniedbywane. Paradoksalnie ten stan rzeczy w dużej mierze wynika z tego, że matka bardzo koncentruje się na potrzebach starszej córki. Rodzicielka przedstawia siebie jako osobę zestresowaną, zmęczoną życiem, ale odważną, która jest w stanie podolać trudnościom.

Wanda w trakcie konsultacji terapeutycznych jest rozluźniona i uśmiechnięta. Zdaje sobie sprawę ze swoich zmiennych nastrojów, neguje myśli samobójcze. Sygnalizuje dużą potrzebę kontaktów z innymi ludźmi i skonkretyzowania planów na przyszłość. Jednocześnie nie widzi potrzeby powrotu do klasy szkolnej, gdyż uważa, że trudno będzie się jej teraz porozumieć z rówieśnikami. Uważa, że satysfakcjonujące kontakty nawiąże na studiach. Mimo konfliktów z matką, Wanda zgłasza, że obie kobiety łączy silna więź. Dziewczyna docenia poświęcenie matki, jest wobec niej lojalna – nie krytykuje jej przy terapii. Pacjentka przyznaje, że jej zainteresowania koncentrują się przede wszystkim wokół internetu, co zabiera jej dużo czasu i negatywnie wpływa na jej wzrok. W sieci komunikuje się z innymi na czatach, gdzie nawiązuje również kontakty z mężczyznami, ale dodaje, że nie mają one charakteru erotycznego. W czasie rozmowy z terapeutą Wanda jest spokojna, nie proponuje rozwiązań, które mogłyby polepszyć jej sytuację, akceptuje ustalenia matki i terapeuty. Mimo konfliktu z psychologiem prowadzącym indywidualną terapię, stwierdza, że ta relacja przynosi jej dużo emocjonalnych korzyści i chciałaby ją utrzymać.

Ustalenia terapeutyczne

Wanda jest ze swoją matką w relacji symbiotycznej. Matka całkowicie poświęciła się opiece nad córką rezygnując z ważnych dla siebie wartości, a jednocześnie utrzymując ją w roli małego dziecka, o czym świadczy między innymi zaspokajanie potrzeb córki w sposób ponadstandardowy. Mimo trudnej sytuacji rodzinnej, dziewczyna ma stały dostęp do internetu i dobry telefon komórkowy, na który matka zaciągnęła kredyt. Ponadto matka towarzyszy córce we wszystkich wizytach lekarskich i terapeutycznych, chociaż dziewczyna jest już pełnoletnia. Wanda mimo znacznego niedowidzenia nie korzysta z laski ani z psa przewodnika, ponieważ we wszystkich aktywnościach poza domem towarzyszy jej rodzic.

Trudności emocjonalne pacjentki w dużej mierze wynikają z nieadekwatności jej sposobu funkcjonowania do wieku rozwojowego. Wanda nie potrafi inicjować i utrzymywać kontaktów z rówieśnikami poza światem wirtualnym, chociaż

odczuwa potrzebę nawiązywania relacji, również z mężczyznami. Nie ma żadnych bliskich osób, poza matką i rodzeństwem, z którymi mogłaby budować relację intymną. Pomimo licznych fantazji dotyczących życia zawodowego, nie tworzy żadnych planów i nie wprowadza w życie zamierzeń. Nie posiada również umiejętności rozpoznawania i nazywania emocji, nie mówiąc już o strategiach radzenia sobie z konfliktami. W zasadzie można powiedzieć, że nie tylko nie realizuje zadań rozwojowych okresu wczesnej dorosłości, ale nie weszła jeszcze w okres dorastania. Posiłkując się teorią E. H. Eriksona (1968, 2004) można dojść do wniosku, że doszło do fiksacji na fazie późnego dzieciństwa, a Wanda nie osiągnęła wystarczającej autonomii i poczucia sprawstwa, aby konstruktywnie przejść do kolejnego etapu. Niewystarczająca stymulacja ze strony środowiska społecznego doprowadziła do stagnacji i pewnych symptomów świadczących o budowaniu tożsamości negatywnej (postawa roszczeniowa, postrzeganie siebie jako ofiary, która nie ma wpływu na swoje życie, problem z nawiązaniem intymnych relacji). Sprzyja temu brak możliwości identyfikowania się z grupą osób o podobnych doświadczeniach. Dziewczyna nie utrzymuje kontaktów z innymi osobami z niepełnosprawnością wzroku, nie uczestniczy w grupie wsparcia dla osób niedowidzących. Jedynym punktem odniesienia są pełnosprawni rówieśnicy, z którymi nie jest w stanie rywalizować na wielu płaszczyznach. Stąd towarzyszące pacjentce poczucie krzywdy i frustracja, która może prowadzić do stanów depresyjnych.

Sposób emocjonalnego funkcjonowania nastolatki w dużej mierze warunkowany jest trudną sytuacją rodzinną. Począwszy od problemów natury finansowej, które utrudniają rodzinie realizację materialnych potrzeb, poprzez zaburzoną komunikację i hierarchię. Prezentowany model rodziny to rodzina splątana (deBarbaro 1994), charakteryzująca się niejasnymi granicami, nakładającymi się na siebie podsystemami i mało czytelnym rozróżnieniem ról. Z powodu braku wyraźnych granic, sytuacja stresowa dotycząca jednego członka rodziny „rozlewa” się na cały system, co znacznie ogranicza strategie rozwiązania problemu i obniża możliwości adaptacyjne rodziny. W rodzinie wyraźna jest również koalicja przeciwko matce (Józefik 1994), którą tworzy Wanda z młodszym rodzeństwem. Z wywiadu z matką wynika, że najstarsza córka negatywnie odnosi się do matki przy rodzeństwie, obniżając autorytet rodzica w oczach pozostałych dzieci i dziadków.

Rekomendacje terapeutyczne

Uzasadnione wydaje się utrzymanie indywidualnej relacji terapeutycznej Wandy z psychologiem z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Wydaje się jednak, że warto byłoby wprowadzić nowe zasady regulujące wzajemne kontakty.

Stopniowo, w celu usamodzielnienia dziewczyny, psycholog mógłby zrezygnować z odwiedzania jej w domu i zaproponować przyjeżdżanie do MOPRu. Ważna byłaby praca nad zwiększeniem kontroli nad własnym życiem i poczuciem sprawstwa. Wanda mogłaby przeciwiczyć stawianie sobie celów i ich wprowadzanie w życie. Cele mogą dotyczyć zarówno pracy nad sobą, jak i nawiązywania i podtrzymywania relacji rówieśniczych, co wydaje się być jej głównym problemem. Stopniowo można by było zapraszać Wandę do generowania rozwiązań odnośnie towarzyskich trudności, co wzmocniłoby jej poczucie sprawstwa, a jednocześnie prowadziłyby do przejmowania za siebie odpowiedzialności i samowychowania. Warto także rozważyć stworzenie grupy wsparcia dla osób z dysfunkcjami wzroku, gdyż, jak pokazują badania (Ueda, Tsuda 2013) zwiększają one efektywność indywidualnych oddziaływań terapeutycznych.

Dodatkowo, rodzina powinna być objęta terapią systemową, w celu odkrycia usztywnionych wzorców transakcji i granic, uniemożliwiających tworzenie alternatywnych rozwiązań problemów (Goldenberg, Goldenberg 2006). Nadopiekuńczość w stosunku do dzieci często pomaga w ukrywaniu konfliktów, które wcale nie muszą dotyczyć dysfunkcji fizycznej czy psychicznej dziecka. Warto podkreślić, że rodzina Wandy jest również rodziną monoparentalną. W rodzinie samotnego rodzica często dochodzi do zaburzeń komunikacyjnych w zakresie kompetencji i władzy (Czerka-Fortuna 2013). Dotyczą one przede wszystkim zanikania płaszczyzny rodzicielskiej, gdy rodzic nie radzi sobie z natłokiem codziennych problemów i powoli wycofuje się z roli rodzica poszukując emocjonalnego wsparcia u dziecka. Zdarza się również, że rodzic i dziecko konkurują ze sobą odnośnie do tego, kto będzie autorytetem dla innych członków rodziny. Możliwe również, że normy i zasady, które mogły być funkcjonalne, gdy dzieci były małe, a w obecnej sytuacji decydują o dysfunkcjonalności rodziny.

Członkowie rodzin, do których należą osoby, które nie są w pełni sprawne, tak bardzo koncentrują się na problemie niepełnosprawności, iż zapominają o rolach i funkcjach, które powinni pełnić w innych systemach. Wydaje się, że remedium na zablokowanie rozwoju rodziny tkwi w potrzebie podejmowania aktywności w kierunku tworzenia wielorakich światów, również poza rodziną, w których wszyscy będą mieli szansę na rozwijanie własnej osobowości.

Bibliografia

- Appelt K. (2005), *Wiek szkolny. Jak rozpoznać potencjał dziecka?* [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*, red. A. Brzezińska, GWP, Sopot, s. 303–343.
- Bowlby J. (2007), *Przywiązanie*, PWN, Warszawa.
- Bilewicz M. (2015), *Psychospołeczne problemy z dysfunkcją wzroku*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 1, s. 67–85.

- Côté J., Levine C. (1987), *A formulation of Erikson's theory of ego identity formation*, „Developmental Review”, vol. 7, s. 273–325.
- Chrzan-Dętko M. (2013), *W poszukiwaniu znaczenia — psychodynamiczna terapia dziecka doświadczającego zaburzeń eksternalizacyjnych*, „Psychoterapia”, nr 3, s. 61–69.
- Czerka E. (2007), *Rodzinne uwarunkowania odrzucania dorosłości u młodych mężczyzn*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Czerka-Fortuna E. (2013), *Komunikacja w rodzinie monoparentalnej* [w:] red. J.M. Garbula, A. Zakrzewska, W. Sawczak, *Świat rodziny. Perspektywa interdyscyplinarna*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Czerwińska K. (2015), *Utrata wzroku w kontekście realizacji zadań rozwojowych w okresie dorosłości*, „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej”, nr 17, s. 76–89.
- De Barbaro M. (1994), *Struktura rodziny* [w:] *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Collegium Medicum UJ, Kraków, s. 45–55.
- Erikson E.H. (1968), *Identity: youth and crisis*, W.W. Norton&Co, New York.
- Erikson E.H. (2004), *Tożsamość a cykl życia*, Zysk i S-ka, Poznań.
- Goldenberg H, Goldenberg I. (2006), *Terapia rodzin*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Havighurst R. (1981), *Developmental tasks and education*, Longman, New York.
- Janion E. (2007), *Dziecko przewlekle chore w rodzinie*, Wydawnictwo UZ, Zielona Góra.
- Józefik B. (1994), *Strategie rodzinne* [w:] *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. de Barbaro, Collegium Medicum UJ, Kraków, s. 69–77.
- Kędzierska B. (2006), *Self-concept and subjective well-being of visually impaired adolescents*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologia”, no. 10, s. 17–30.
- Kędzierska B. (2007), *Tolerancja na dwuznaczność a poziom zadowolenia z życia młodzieży niedowidzącej*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Psychologia”, no. 11, s. 97–109.
- Konarska J. (2002), *Psychospołeczne korelaty poczucia sensu życia a niepełnosprawność*, GWSP, Mysłowice.
- Konarska J. (2013), *Rozwój i wychowanie rehabilitujące dziecka niewidzącego w okresie późnego dzieciństwa i adolescencji*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Konarska J. (2014), *Zdolność do autorehabilitacji jako konsekwencja wcześniejszych zabiegów wychowawczo-rehabilitacyjnych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, nr 27, s. 35–55.
- Kucharczyk I. (2005), *Funkcjonowanie emocjonalne dzieci z niepełnosprawnością wzroku*, „Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej”, nr 17, s. 91–101.
- Liberska H, Matuszewska M. (2011), *Model rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym* [w:] *Rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym*, red. H. Liberska, Difin, Warszawa, s. 41–66).
- Marcia J. (1998), *Optimal development form an Eriksonian perspective*, „Encyclopedia of Mental Health”, vol. 3, Academic Press, s. 29–39.
- Parchomiuk M. (2010), *Stygmatyzacja przeniesiona – analiza zjawiska w odniesieniu do rodzin osób niepełnosprawnych i chorych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, nr 23, sectio J, s. 55–69.
- Shulman D.G. (1986), *Considerations in the treatment of the adult blind patient*, „Journal of Clinical Psychology”, vol. 42, no. 2, s. 297–302.
- Schaffer H.R. (2005), *Psychologia dziecka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Stelter Ż. (2008), *Kształtowanie poczucia tożsamości przez dorastających niepełnosprawnych*, „Polskie Forum Psychologiczne”, vol. 13, no. 1, s. 21–32.
- Szczukiewicz P. (1998), *Rozwój psychospołeczny a tożsamość*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Święcicka M. (2011), *Psychoterapia dzieci z problemami kliniczno-edukacyjnymi. Perspektywa psychologii poznawczej* [w:] *Metody diagnozy w psychologii klinicznej dziecka i rodziny*, red. M. Święcicka, Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa.
- Ueda Y, Tsuda A. (2013), *Differential outcomes of skill training, group counseling, and individual cognitive therapy for persons with acquired visual impairment*, „Japanese Psychological Research”, vol. 55, no. 3, s. 229–240.
- Wygotski L. (2002), *Kryzys trzeciego roku życia* [w:] *Wybrane prace psychologiczne II. Dzieciństwo i dorastanie*, red. A. Brzezińska, M. Marchew, Zys i S-ka, Poznań, s.131–140.
- Zalewska M. (1994), *Psychologiczne aspekty stwierdzenia głuchoty u dziecka*, „Nowiny Psychologiczne”, no. 4, s. 29–38.
- Ziółkowska B. (2010), *Dziecko chore w domu, w szkole i u lekarza*, GWP, Sopot.