

# Stanisława Byra

---

## Paradoks niepełnosprawności : w kręgu tezy i antytezy

---

Niepełnosprawność nr 15, 11-28

---

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Stanisława Byra

Instytut Pedagogiki, UMCS w Lublinie

## Paradoks niepełnosprawności – w kręgu tezy i antytezy

### The disability paradox – on the thesis and antithesis

The paper examines the disability paradox determined using three defining aspects. Peculiarity of this paradox was presented by describing its major causes arising from: a) traditional conceptualizations of disability and persons with a disability; b) scientific evidence confirming existence of a direct relationship between health, fitness and quality of life; c) bias in interpreting the relationship between a disability and quality of life; d) outsider perspective determining the manner of understanding life situation of persons with a disability. Line of reasoning laying grounds for disproving relevance of accepting and upholding the disability paradox was also presented. Arguments to challenge rightness of the disability paradox were derived from existential personalistic anthropology and assumptions referring to transformations experienced by a person after permanent life change, including development of a permanent disability. Based on the specificity of transformation occurring to the adopted set of values, reports on the quality of one's life and its determinants, as well as the sense of happiness, an attempt was made to provide arguments in favour of the coexistence of a disability and positive experiences. Also, attention was paid to the significance of contextual factors in establishing the a/m correlation in the line of reasoning, which has been confirmed by empirical analyses.

Słowa kluczowe: paradoks niepełnosprawności, jakość życia, perspektywa wykluczone

Keywords: disability paradox, quality of life, outsider perspective

## Wprowadzenie

Spójecznie utrwalony stereotypowy wizerunek niepełnosprawności i psychospołecznej sytuacji osoby z niepełnosprawnością przez wiele pokoleń zestawiany był ze zjawiskami o typowo negatywnej konotacji: tragedią życiową, nieszczęściem, patologicznymi i nieakceptowanymi zachowaniami, litością, poczuciem niespełnienia i niezadowolenia itp. Dynamiczne przeobrażenia społeczne, korzystnie zmieniające obraz i status osoby z niepełnosprawnością, a także wyniki badań przeprowadzonych w ostatnim dwudziestolecu nad jakością życia po radykalnych (w tym traumatycznych) zmianach życiowych, ujawniły – w powszechnym

przekonaniu – kontrastujące zjawiska w życiu jednostek obarczonych trwałymi uszkodzeniami, np. doświadczanie niepełnosprawności i wysokiej satysfakcji życiowej czy poczucie szczęścia przy znacznie obniżonej sprawności psychofizycznej. Podkreślenie i utrwalenie ich antynomicznego charakteru dokonuje się za pomocą nowego konstruktu społecznego określanego mianem „paradoksu niepełnosprawności”. Z jednej strony jest on swoistym wskaźnikiem postępujących konstruktywnych przeobrażeń w obrębie psychospołecznej sytuacji osoby z niepełnosprawnością (łączy tradycyjne i współczesne podejścia w określaniu konsekwencji posiadania znaczących ograniczeń w zdrowiu i sprawności). Jednak z drugiej strony jest dowodem na silnie utrzymujące się stereotypowe postrzeganie i wartościowanie osoby doświadczającej trwałej niepełnosprawności. Taka perspektywa generuje potrzebę nie tylko poznawania czynników/mechanizmów odpowiedzialnych za powstanie i utrwalanie się zjawiska „paradoksu niepełnosprawności”, ale także poszukiwania i rozpowszechniania argumentów podważających zasadność jego przyjęcia.

## Pojęcie paradoksu niepełnosprawności

Termin „paradoks niepełnosprawności” został spopularyzowany przez G.L. Albrechta i P.J. Devliegera [1999] i przywoływany jest najczęściej w analizach odnoszących się do jakości życia osób z nabytymi niepełnosprawnościami (głównie fizycznymi) oraz rodziców dzieci z trwałym i znaczącym obniżeniem zdrowia lub sprawności [np. Carona i in. 2012]. Znaczenie przypisywane temu terminowi opiera się na założeniu o niewiarygodnym, zaskakującym, nieoczekiwanym i sprzecznym charakterze współwystępujących zjawisk: niepełnosprawności i pozytywnych doświadczeń życiowych (zadowolenie z życia, poczucie szczęścia, satysfakcjonująca jakość życia itp.). Pojęcie to odzwierciedla swoiste, społecznie skonstruowane wyjaśnienie sytuacji zestawiającej zjawiska, które w powszechnym uznaniu są niemożliwe do pogodzenia, wzbudzające dysonans w utrwalo-nych przekonaniach na temat niepełnosprawności i osób z niepełnosprawnością.

Zakres treściowy pojęcia paradoksu niepełnosprawności obejmuje trzy płaszczyzny, w których upatrywany jest znaczący (choć pozorny) rozdzźwięk między zjawiskami:

- 1) sprzeczność między niepełnosprawnością i przypisywaną jej konotacją negatywną a pozytywnymi aspektami życia osób doświadczających trwałych ograniczeń, w tym wysoką satysfakcją życiową, nierzadko wyższą lub zbliżoną do osób niedoznających permanentnych dysfunkcji;

- 2) niezgodność pozytywnej percepcji osoby z niepełnosprawnością w zakresie własnego zdrowia, kondycji, funkcjonalności, swojej sytuacji życiowej, doznawania przyjemności z obiektywnie obniżonym stanem zdrowia i sprawności;
- 3) rozbieżność pomiędzy dobrostanem psychospołecznym zgłaszanym przez osoby z niepełnosprawnością a przewidywaniami (często odmiennymi) i swoistymi oczekiwaniami osób pełnosprawnych w tym zakresie. Rozbieżność ta bazuje na dostrzeganej kolizji przekonań osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych odnoszących się do uwarunkowań pozytywnych doświadczeń życiowych [por. Fellinghauer i in. 2012; Albrecht, Devlieger 1999].

Wymienione obszary definicyjne różnią się przedmiotem i kontekstem analiz, istotą wskazywanej sprzeczności i możliwościami jej wyjaśniania. Elementem wiążącym jest obserwowana, niezgodna z dotychczas przyjmowanymi założeniami, przewidywaniami, relacja niepełnosprawności z innymi doświadczeniami życiowymi osoby.

Paradoks określany w ramach pierwszej płaszczyzny definicyjnej wywodzi się z wyraźnie stereotypowych przekonań na temat niepełnosprawności, a także doświadczeń pozytywnych bezpośrednio i niemal liniowo wiązanych z określonymi, z założenia niepodważalnymi, czynnikami. Zaznacza się tutaj swoisty kontekst przyczynowości, niepełnosprawność uznaje się za przyczynę doświadczeń jedynie negatywnych, z kolei przyczyny zjawisk pozytywnych w życiu człowieka ograniczane są przede wszystkim warunków korzystnych. Nakreślony w tym względzie determinizm pozwala utrzymywać przyjęte rozumienie paradoksu niepełnosprawności.

Druga płaszczyzna definicyjna akcentuje swoiste zderzenie subiektywizmu – obiektywizmu. U podstaw tego określenia paradoksu znajduje się oczekiwanie, iż osoba z doznawanymi ograniczeniami, w ocenie siebie, własnej sytuacji życiowej, przyjmie kryteria obiektywne (fakt doznawanej trwałej niepełnosprawności) oraz uzna je za jedyne i najistotniejsze.

Ostatni z wymienionych obszarów definicyjnych bazuje na postrzeganiu uwarunkowań satysfakcjonującej jakości życia, budowanym na swoście ustrukturalizowanych schematach poznawczych, odnoszących się do pewnego ułożenia świata i zachodzących w nim zjawisk. Charakterystyczne jest ono dla osób niedoznających trwałych ograniczeń sprawności, jednakże kierujących się określoną interpretacją życia z niepełnosprawnością.

Należy podkreślić, że termin „paradoks niepełnosprawności”, znaczeniowo niezwykle pojemny, opiera się na stosunkowo wąskich (a jednocześnie interpretacyjnie ograniczonych) definicjach niepełnosprawności i pozytywnych aspektów życia. Dokładna analiza semantyczna tego pojęcia, jak i odpowiadającego mu zjawiska, znacząco wykracza poza ramy tego opracowania, stąd zostaną zapre-

zentowane najważniejsze źródła ogólnie rozumianego paradoksu niepełnosprawności (bez szczegółowej analizy wyodrębnionych jego obszarów) oraz najistotniejsze argumenty podważające zasadność jego uznawania.

### Źródła paradoksu niepełnosprawności – co wyzwala i podtrzymuje ten paradoks?

Podstawą paradoksu niepełnosprawności – jak już wcześniej wspomniano – są stereotypowe przekonania dotyczące samej niepełnosprawności (jako zjawiska) i osób z niepełnosprawnością (z punktu widzenia poziomu i jakości ich codziennego funkcjonowania). Przekonania te są ugruntowane w tzw. tradycyjnych konceptualizacjach niepełnosprawności, a także w określonych interpretacjach współczesnych osiągnięć badawczych zorientowanych na pewne uwarunkowania satysfakcjonującej jakości życia człowieka.

### Medyczny model niepełnosprawności i pochodne modelu medycznego – nakreślające stereotypowy wizerunek niepełnosprawności i osoby z niepełnosprawnością

Niepełnosprawności w tym modelu nadawana jest konotacja negatywna; ujmowana jest w kategorii osobistego dramatu, tragedii, przeszkody, którą należy w maksymalnym stopniu wyeliminować czy też osłabić, aby realizować wartościowe cele indywidualne i społeczne. W modelu akcentuje się znaczenie odpowiedniej rehabilitacji fizycznej i psychicznej jednostki mającej jej ułatwić przystosowanie do warunków społecznych. Dążenie do usunięcia lub przynajmniej znaczącego ograniczenia uszkodzeń psychofizycznych traktowane jest tutaj jako warunek osiągnięcia równowagi w relacji jednostka – otoczenie, potencjalnie satysfakcjonującego uczestnictwa w życiu społecznym. Osoba niepełnosprawna natomiast postrzegana jest jako ofiara, nieszczęśnik pokrzywdzony przez los, której ograniczenia są osobistym problemem. Do jednostki należy zadanie skutecznego poradzenia sobie z nim poprzez zaangażowany udział w rehabilitacji i podejmowanie wysiłku na rzecz optymalnego usamodzielniania się [por. Bickenbach i in. 1999; Badley 1995]. Osadzenie funkcjonowania osoby, głównie w patogenetycznym wymiarze utożsamianym z uszkodzeniem i jego niekorzystnymi konsekwencjami, kreuje pesymistyczny wizerunek człowieka, zorientowanego raczej na przetrwanie niż rozwój oparty na samorealizacji i samoakceptacji. Przypisanie osobie z niepełnosprawnością roli niemal stałego beneficjenta usług rehabilitacyjnych i społecznych wiąże się z nadaniem naznaczającej etykiety kumulującej wybrakowanie, nieudolność życiową, zależność od innych, nieosiągalność celów, społecznie wysoko wartościowanych.

Przyjęcie takich założeń w odniesieniu do niepełnosprawności i osoby z niepełnosprawnością znajduje konsekwencje w rozłączności semantycznej niepełnosprawności i satysfakcji z życia oraz innych pozytywnych zjawisk. Z tej perspektywy bycie osobą niepełnosprawną i osobą szczęśliwą, zadowoloną z życia, snującą plany na przyszłość, traktującą przyszłość jako wyzwanie, możliwość wykorzystania wielu szans – wzajemnie się wyklucza [Byra 2012].

### Naukowo usankcjonowany związek między zdrowiem, sprawnością a jakością życia

Uczynienie jakości życia przedmiotem analiz naukowych ujawniło już we wstępnych etapach badań niezwykle złożony i skomplikowany charakter tego zjawiska, znalazło to odzwierciedlenie w niespójności terminologicznej, pomiarowej, zachodzącej także w zakresie wyodrębniania wskaźników i wnioskowania. Jednoznaczne ustalenie czynników, które byłyby decydujące dla osiągnięcia satysfakcjonującej jakości życia, okazało się trudniejsze niż początkowo zakładano, głównie ze względu na wielość interakcji obejmujących zmienne o złożonej i zróżnicowanej naturze [por. Dziurowicz-Kozłowska 2002]. Wielopłaszczyznowe analizy dały podstawę do wypracowania różnorodnych perspektyw interpretacyjnych, z których część zawierała wyjaśnienia jakości życia przez odwoływanie się do biopsychospołecznej kondycji człowieka. Bazując na procesualności i stopniowości cech składających się na tę kondycję, nierzadko rozpatrywanych na kontinuum, zakładano ścisłe powiązanie zdrowia i jego wskaźników (na płaszczyźnie fizycznej, psychicznej i społecznej) z pozytywnym wartościowaniem życia i codzienności [por. Fuhrer 2000].

W rezultacie wyodrębniono nurt badawczy, w którym zdrowie i sprawność traktowane są jako główne wyznaczniki wysokiej czy satysfakcjonującej jakości życia. Ścisłe i swoiste zespolenie tych zjawisk oddaje znaczenie wprowadzonego terminu „jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia”. Opiera się ono na założeniu, iż w sytuacji zachorowania czy znaczącego obniżenia sprawności wszystkie aspekty dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego zależne są od zdrowia, sprawności, powrotu do równowagi w relacji jednostka – środowisko. Takie rozumienie jakości życia zakłada jej zależność od funkcjonalnych efektów choroby czy obniżonej sprawności, percypowanych przez osobę [Shipper 1990]. Poczucie zdrowia ujmowane jest natomiast jako jeden z podstawowych wskaźników, ale też warunków jakości życia. Pozwala to przewidywać wyższą, satysfakcjonującą jakość życia przy lepszym zdrowiu, a także niższe zadowolenie z życia w kontekście słabszego zdrowia czy obniżonej sprawności [Dubey, Agarwal 2007; Elfström i in. 2005; Anke, Fugl-Meyer 2003].

## Tendencyjność w interpretacji związku: niepełnosprawność – jakość życia

Analiza postrzeganego charakteru relacji między niepełnosprawnością i jakością życia z punktu widzenia zarówno osób z niepełnosprawnością, jak i pełnosprawnych dostarcza dodatkowej perspektywy wyjaśniającej źródło paradoksu niepełnosprawności, stanowiącej nieodłączne uzupełnienie poprzedniej, zawartej w punkcie 2. Zawiera się w niej skłonność do pewnej stronniczości w interpretacji tego związku, wyrażającej się m.in. w skrajnym eksponowaniu negatywnych konsekwencji niepełnosprawności lub pomijaniu istotnej roli możliwości adaptacyjnych człowieka w konfrontacji z traumatycznymi zdarzeniami życiowymi.

### Przeszacowanie emocjonalnego wpływu niepełnosprawności na całościowo ujętą psychospołeczną sytuację osoby

Tendencja ta wyraża się w koncentracji osoby głównie na tych płaszczyznach, na które wpływa lub będzie oddziaływać w przyszłości niepełnosprawność, znajduje to konsekwencje w pesymistycznym przewidywaniu swojej przyszłości, przecenianiu przeszkód, ignorowaniu zachowanych możliwości. W rezultacie osoba postrzega siebie i swoje życie przesadnie negatywnie, a swoje warunki życiowe o wiele bardziej niekorzystnie niż może to mieć miejsce w rzeczywistości [por. Ubel i in. 2005; Dunn 1994]. Należy zwrócić tutaj uwagę na możliwy do popełnienia błąd w dokonywanych przewidywaniach, określany mianem „uprzedzenia dotyczącego efektu”, który polega na prognozowaniu własnych działań opartych na nadmiernym skupianiu się na zmianach wywołanych nabyciem niepełnosprawności i ich prawdopodobnych implikacjach, przy równoczesnym pomijaniu innych wydarzeń i sytuacji, które również mogą uczestniczyć w kształtowaniu ogólnie pojętej sytuacji życiowej. Tym samym ignorowane są okoliczności i sytuacje, które w zbliżonym (lub nawet wyższym) stopniu mogą kształtować codzienne funkcjonowanie osoby [Dunn, Uswatte, Elliott 2009]. Badania P.A. Ubela i współpracowników [2005] pokazały, że tendencja do takiej interpretacji związku: niepełnosprawność – jakość życia jest mocno utrwalona również wśród osób bez niepełnosprawności. Badani zachęteni do wyobrażenia sobie przyszłego życia, w którym doznaliby trwałej niepełnosprawności, pomimo dostarczenia tzw. „rozpraszających treści” w postaci podkreślania znaczenia wielu wartościowych aspektów życiowych, w zdecydowanej większości koncentrowali się na niepełnosprawności i jej zasadniczej roli w ustalaniu jakości życia, czyniąc ją w pierwszej kolejności odpowiedzialną za bycie nieszczęśliwym. Tym samym poważne trudności sprawiało im zrozumienie satysfakcjonującej jakości życia zgłaszanej przez osobę obciążoną trwałymi ograniczeniami. Następowало niejako przenoszenie własnych wyobrażeń odnośnie do życia z niepełnospraw-

nością (ograniczających się do jedynie niekorzystnych jego aspektów) na bezpośrednią ocenę rzeczywistości osób faktycznie jej doświadczających.

P. Naidoo [2006] dowodzi, iż występowanie tego typu tendencji zarówno u osób z niepełnosprawnością, jak i pełnosprawnych może być w dominującej mierze rezultatem ustaleń przyjmowanych w ramach utrwalonego w społeczeństwie medycznego modelu niepełnosprawności. Pomimo iż założenia modelu zorientowane są jedynie na uszkodzenia i ograniczenia, to sam fakt podkreślania, decydującego ich znaczenia w charakteryzowaniu osoby, prowadzi do przedstawienia całościowego jej obrazu, włącznie z ogólną sytuacją życiową (naznaczoną niepełnosprawnością).

### Niedocenie mechanizmów adaptacyjnych

Tendencja ta wyraża się z kolei w marginalizowaniu znaczących możliwości adaptacyjnych człowieka, niedocenianiu korzystnych skutków adaptacji i pominięciu faktu, iż wiele osób pomyślnie przystosowuje się do nowych okoliczności życiowych, nawet po ekstremalnie traumatycznych zdarzeniach życiowych. Tendencja ta może wystąpić również w łagodniejszej postaci i cechuje się wówczas otwartością osoby na pomyślnie przystosowanie do radykalnie przeobrażonych warunków życiowych i jednoczesnym powątpiewaniu w skuteczność dysponowanych zdolności adaptacyjnych. Możliwe jest jej utrzymywanie się nawet w wyniku dostrzegania przez osobę nieoczekiwanych u siebie umiejętności zadowalającego zmagania się z sytuacjami trudnymi i organizowania swojej codzienności w sposób sprzyjający zaspokajaniu potrzeb i realizacji zakładanych celów [Delle Fave 2006, za: Dunn, Uswatte, Elliott 2009]. Mechanizmem towarzyszącym niedocenianiu zdolności adaptacyjnych jest tendencja do przeceniania natężenia i trwałości swoich emocjonalnych (negatywnych) reakcji w związku z nabyciem niepełnosprawności. Identyfikowana jest skłonność osoby do uporczywych i skrajnych przekonań, iż doznana trwała niepełnosprawność zawsze będzie kształtowała tak silne emocjonalne względem niej ustosunkowanie. Stanowi ona rezultat podważania (lub częściowo nieuświadamiania sobie) istotnej roli dynamicznych procesów adaptacyjnych, zasobów stale uczestniczących (lub możliwych do uruchomienia) w radzeniu sobie z nową i trudną sytuacją życiową. Zwraca się uwagę na fakt, że po nabyciu trwałej niepełnosprawności osoba cechuje się tendencją do obniżania oczekiwań względem dysponowanych zasobów psychospołecznych, sprzyjających i odpowiedzialnych za przywrócenie utraczonej równowagi, mimo ich wcześniejszego (niemal nawykowego) wykorzystywania [Dunn 1994]. Charakterystyczne jest ponadto zjawisko osłabiania mocy adaptacyjnej wyrażające się w skłonności do uznania (zarówno przez osoby pełnosprawne, jak i z niepełnosprawnością), iż człowiek posiada mocniejsze dyspozycje adaptacyjne w stosunku do wszelkich innych zmian życiowych niż prze-



obrażeń wywołanych nabyciem niepełnosprawności czy utratą zdrowia [por. Dunn, Uswatte, Elliott 2009].

### Perspektywa *outsiderów*

Niektórzy badacze [np. Ubel i in. 2005; Albrecht, Devlieger 1999] wyrażają przekonanie, że zjawisko paradoksu niepełnosprawności jest głównie rezultatem przyjęcia perspektywy *outsidera* (osoby niedoświadczającej niepełnosprawności, ale posiadającej określone przekonania – najczęściej stereotypowe – na temat niepełnosprawności i osoby z niepełnosprawnością, oraz jej sytuacji życiowej), która z kolei może w znaczącym stopniu kształtować punkt widzenia *insidera* (osoby doświadczającej niepełnosprawności) i jej najbliższego otoczenia.

Jakie przekonania *outsidera* kształtują podłoże paradoksu niepełnosprawności?

Po pierwsze, *outsider* może zakładać, że *insider* jest całkowicie pochłonięty swoją niepełnosprawnością, uznając ją za centralny element swojego życia, codzienności, stanowiący przeszkodę w osiągnięciu poczucia normalności. *Outsider* może wyrażać przekonanie, iż nabycie trwałej niepełnosprawności jest obiektywnie tragiczną sytuacją, przynoszącą negatywne skutki na całe życie człowieka. Z racji swej obiektywności stanowi więc niemożliwą do pokonania barierę w osiągnięciu szczęścia, satysfakcji z życia, ale też „normalności” społecznie akceptowanej. Nierzadko tego typu przekonanie przyjmuje formę tzw. złudzenia patetycznego polegającego na przecenianiu skutków negatywnych zdarzeń życiowych innych ludzi dla doświadczania przez nich dobrostanu psychospołecznego, zadowolenia z życia. Charakterystyczne dla *outsidera* jest również założenie, że pozytywne zjawiska wskazywane przez osobę niepełnosprawną są w gruncie rzeczy rezultatem stosowanych mechanizmów obronnych przesłaniających rzeczywiste *status quo* [Majewicz 2006; Dunn, Dougherty 2005; Dunn 1996]. Konsekwencją takiego przekonania jest częsta u *outsidera* tendencja do podważania wiarygodności relacjonowania wysokiej satysfakcji z życia przez osoby z niepełnosprawnością. Dopatruje się u nich raczej mechanizmu samooszukiwania pozwalającego przetrwać niemożliwe do zmiany warunki życiowe niż rzeczywistych źródeł deklarowanego satysfakcjonującego życia. Wysokie wyniki w zakresie subiektywnego zdrowia, poczucia szczęścia, jakości życia, optymizmu, zadowolenia z codzienności u osób z niepełnosprawnością traktowane są więc przez *outsidera* jako wyolbrzymione, będące konsekwencją albo błędnego postrzegania przez nich doświadczanej sytuacji życiowej lub też wadliwego pomiaru wskazanych zmiennych [Ubel i in. 2005].

Dostrzeżono, że jednym z najtrudniejszych do zrozumienia i zaakceptowania faktów dla *outsidera* jest to, iż wielu ludzi z niepełnosprawnością w znaczącym

stopniu przystosowuje się do doświadczanych okoliczności, doznając przy tym poczucia szczęścia, zadowolenia z przeżywanej codzienności czy formułując pomysłne wizje przyszłości [Dunn, Dougherty 2005]. Co istotne, wyniki badań [np. Amundson 2010] wskazują, że trudniejsze do przyjęcia i zrozumienia jest poczucie szczęścia czy wysoki poziom ogólnej jakości życia u osób z niepełnosprawnością przez personel medyczny pozostający z nimi w bezpośredniej relacji niż przez osoby niedoświadczające takiego kontaktu.

Wskazane źródła paradoksu niepełnosprawności tłumaczą, z czego może wynikać uznanie jego zasadności czy wiarygodności. To jedna strona interpretacji. Jednakże druga perspektywa dostarcza poważnych argumentów do podważenia tego paradoksu i uznania, że niepełnosprawność i satysfakcjonująca jakość życia oraz inne pozytywne doświadczenia w życiu człowieka nie tworzą rozbieżności i zjawisk niemożliwych do pogodzenia.

## Argumenty za podważeniem paradoksu niepełnosprawności

Paradoks niepełnosprawności poparty jest tezami wyprowadzonymi z różnorodnych kontekstów interpretacyjnych, podobnie antytezy w tym zakresie pochodzą z odmiennych pod względem założeniowym perspektyw. Ich zróżnicowany charakter nie podważa spójności wywodu, wręcz przeciwnie, ugruntowuje zasadność argumentów przez ukazanie wielu obszarów analitycznych, w obrębie których możliwe jest dowodzenie pozorności istnienia paradoksu niepełnosprawności, a tym samym zanegowanie przypuszczenia o swoistym istnieniu „szklanego sufitu” w osiągnięciu satysfakcjonującej jakości życia przez osoby z niepełnosprawnością. Pozwala to uniknąć stronniczego, a zarazem ograniczonego, charakteru formułowanej antytezy.

**Pierwsza płaszczyzna argumentacji** odnosi się do podstawy ontologicznej i statusu osoby niepełnosprawnej określanego w przyjmowanej koncepcji człowieka. Zanegowanie zasadności paradoksu niepełnosprawności czyni się na podstawie często obecnie przywoływanej personalistyczno-egzystencjalnej koncepcji człowieka. Zgodnie z tą koncepcją człowiek z niepełnosprawnością ujmowany jest przede wszystkim w kategorii osoby i interpretowany z perspektywy wymiaru osobowego. Zakłada się w niej, iż niezależnie od kondycji psychofizycznej człowiek wyposażony jest we wszystkie wartości konstytuujące osobę, a przede wszystkim w „głębką wartość ontyczną”, doznawaną z samego faktu bycia człowiekiem [Chudy 2007]. Bezwarunkowo przysługuje mu prawo indywidualnego przeżywania życia, czynienia go bardziej twórczym, wielowymiarowym, w subiektywnym odczuciu sensowniejszym, rozwojowym i satysfakcjonującym.

Osoba z niepełnosprawnością i deklarowana przez nią satysfakcjonująca jakoś życia nie powinna podlegać ocenie z punktu widzenia jakichkolwiek relatywnych kryteriów. Doświadczana przez nią niepełnosprawność niczego nie wnosi do bycia osobą, ani też niczego nie ujmuje, nie podważa wartości osoby w najgłębszym wymiarze jego egzystencji [Chudy 1988a, 1988b; por. Domagała-Zyśk 2010]. Inaczej mówiąc, jeśli osoba z niepełnosprawnością deklaruje satysfakcjonującą jakość życia, nie należy postrzegać tego w kategorii paradoksu, jest to bowiem nie tyle sprzeczność co naturalne prawo osoby do czynienia swojego życia takim, by jak najpełniej zrealizować ten osobowy wymiar. W personalistycznej koncepcji człowieka – paradoks niepełnosprawności – nie ma racji bytu; w jej ramach przyjmowane jest bowiem założenie, że każda przygodność, w tym też uszkodzenie, ograniczenie, niedoskonałość, jest dana człowiekowi, ale też zadana; wiąże się to z zadaniem nieustannego doskonalenia własnego życia, przejścia odpowiedzialności za jak najbardziej optymalny rozwój, mimo doznawanej przygodności [por. Chudy, 2004].

Satysfakcjonująca jakość życia traktowana jest jako efekt swoistego procesu autorewalidacji opartego na odpowiedzialnej realizacji zadania, jakim jest doskonalenie własnego życia. Jakość życia ujmowana jest tutaj z perspektywy holistycznej i traktowana jako zjawisko wielowymiarowe, złożone obejmujące wymiar psychiczny, psychospołeczny, podmiotowy i metafizyczny. Ściśle jest ona powiązana z wartościami transcendentnymi, których przyjęcie przez osobę z niepełnosprawnością pozwala na przekraczanie własnych słabości i ograniczeń wynikających z niepełnosprawności. W kontekście wartości transcendentnych każda osoba, bez względu na doświadczaną sytuację życiową, ma szansę doświadczać satysfakcjonującej jakości życia [por. Domagała-Zyśk 2009; Straś-Romanowska, Frąckowiak 2007].

**Druga płaszczyzna argumentacji** odnoszona jest do preferowanych przez osobę wartości i dokonywanych w ich obrębie przeobrażeń. Transformacja wartości uznawana jest jako jeden z najważniejszych procesów odpowiedzialnych za budowanie i odbudowywanie satysfakcjonującej jakości życia u osób z nabytą niepełnosprawnością. Może wyrażać się w różnorodnych postaciach. Nawiązując do klasycznej już, ale obecnie reaktywowanej koncepcji transformacji wartości zaproponowanej przez B. Wright, możliwe są następujące przeobrażenia wartości:

- poszerzenie zakresu wartości uznawanych za ważne w życiu;
- przesunięcie wartości związanych ze zdrowiem i sprawnością na niższą pozycję w przyjmowanej przez jednostkę hierarchii;
- przyjęcie za korzystne i pożądane choćby częściowe odzyskanie utraconych wartości, wcześniej niezwykle ważnych dla jednostki;
- wybieranie innych niż dotychczas kryteriów wartościowania własnego życia [za: Ferrin i in. 2011; Larkowa 1987].

Przeobrażenia wartości rozpatrywane są z perspektywy uwarunkowań akceptacji doświadczanych ograniczeń. Prowadząc do uformowania lub wzmocnienia zdolności minimalizowania strat, w tym wynikających z nabycia niepełnosprawności, tworzą korzystne warunki do wypracowania umiejętności dostrzegania i zachowania ważności nieutraconych zdolności i możliwości [Keany, Glueckauf 1993]. Z kolei zintensyfikowane działania na rzecz wykorzystania zachowanego potencjału, w wyniku dokonanych przewartościowań, w większym stopniu niż dotychczas docenionego, urealnia szanse na satysfakcjonujące osiągnięcia życiowe.

W efekcie tego typu przeobrażeń możliwe jest ukształtowanie przekonania o możliwości rozpatrywania siebie w poszerzonej perspektywie nowych wartości. Przekonanie to daje solidne podstawy do ukształtowania całościowej oceny własnej osoby, a nie tylko z perspektywy posiadanych ograniczeń, tym samym czerpanie satysfakcji z życia oparte na wartości, nienaruszone przez niepełnosprawność, nieblokujące możliwości spełnienia, samorealizacji. Co istotne, dokonywane po nabyciu niepełnosprawności przeobrażenia wartości dokonywane są nie tylko na płaszczyźnie ich relacji z celami życiowymi, osiągnięciami, kryteriami wartościowania własnych działań i cudzych, ale również w obszarze postrzegania trudnych, traumatycznych zdarzeń życiowych, trwale zmieniających dotychczasową codzienność. Wyniki badań [np. Weitzner i in. 2011; Hefferon, Grealy, Mutrie 2009; Chun, Lee 2008] nad wzrostem potraumatycznym, odnajdywanymi korzyściami po doznaniu trwałych uszkodzeń, wskazują, że ich doświadczenie może zmienić perspektywę i kryteria wartościowania tego typu zdarzeń, niekoniecznie nacechowanego negatywizmem. Pozytywne wartościowanie posiadanej niepełnosprawności, wbrew potocznym przekonaniom, wyraża się w traktowaniu jej jako wyzwania uruchamiającego szeroki zakres wartości, w opinii badanych, w większym stopniu urzeczywistniających radość życia i bycie szczęśliwym. Postrzegana jest ona w kategorii wartościowego bodźca do odkrywania i doskonalenia siebie, zmiany poglądów, w subiektywnym odczuciu na bardziej sensowne i rozwojowe, a w rezultacie jako bodźca torującego warunki do większego doceniania życia, nierzadko bardziej pozytywnego podejścia do życia niż przed nabyciem niepełnosprawności, współwystępującego ze zwiększonym poczuciem celu i znaczenia wszystkiego, co składa się na codzienną rzeczywistość [Weitzner i in. 2011].

**Trzecia płaszczyzna argumentacji** opiera się na dokonywanej przez osobę redefinicji poczucia jakości życia po nabyciu niepełnosprawności. Argumentację tę można omówić m.in. na podstawie założenia modelu wpływu niepełnosprawności M. Bishopa [2005a, 2005b]. Przyjmuje się w nim, że niepełnosprawność wprawdzie powoduje dezorganizację w życiu jednostki, zagrażając jej psychospołecznemu dobrostanowi, jednakże nie prowadzi w prostej linii do obniżania ogólnego poczucia jakości życia. Ten wpływ niepełnosprawności ma charakter kontekstual-

ny, a warunki, przez które w mniejszym lub większym stopniu jest widoczny w kształtowaniu poziomu zadowolenia z życia, dotyczą wartościowania przez jednostkę poszczególnych obszarów życiowych. Każda osoba wartościuje swoje życie w taki sposób, że pewne obszary życiowe są decydujące dla wyznaczenia satysfakcjonującej jakości życia. Przyjęta selekcja obszarów życiowych stanowi wyjściowy kontekst oceny znaczenia doświadczanych zdarzeń, w tym również nabycia trwałych uszkodzeń dla ogólnego zadowolenia z życia.

Poczucie jakości życia zatem może utrzymać się na wysokim poziomie (lub nie ulec redukcji) u osoby nabywającej niepełnosprawności w sytuacji, gdy nie wprowadza ona zasadniczych blokad, zniszczeń w najwyżej cenionych przez nią płaszczyznach życiowych. Natomiast jeżeli niepełnosprawność spowoduje poważne zakłócenia (czy zniszczenia) w najwyżej cenionych przez osobę obszarach życiowych, wówczas będzie ona oddziaływać na obniżenie ogólnego poczucia jakości życia. Niemniej możliwe jest odwrócenie tego procesu. Założenia modelu pozwalają wnioskować, że prawdopodobne jest odbudowanie satysfakcjonującej jakości życia w wyniku przyjęcia przez jednostkę aktywnej postawy wobec doświadczanych zmian. Aktywność ta może przejawiać się w zmianie lub adaptacyjnym przenoszeniu znaczenia danych płaszczyzn funkcjonowania w taki sposób, że uprzednio priorytetowe, ale zasadniczo dotknięte przez niepełnosprawność, traktowane są przez jednostkę jako peryferyjne. I odwrotnie, obszary wcześniej uznawane za poboczne zyskują rangę centralnych i wyznaczających satysfakcjonującą jakość życia. Istotną rolę w tej aktywności spełnia mechanizm kontroli wyrażający się w zdolności do swoistego dbania o utrzymanie satysfakcji życiowej mimo zmiany okoliczności. Poczucie kontroli zbieżne z przyjęciem odpowiedzialności i aktywnym zaangażowaniem w racjonalne zarządzanie niepełnosprawnością stwarza możliwość zniwelowania dostrzeganego rozdzwiewku między obecnym poziomem jakości życia (zakłóconym przez nabycie niepełnosprawności) a pożądanym, satysfakcjonującym [Bishop, Shepard, Stenhoff 2007; Bishop 2005a, 2005b].

Zarówno wyniki badań autorów przywołanej koncepcji wpływu niepełnosprawności na poczucie jakości życia, jak też innych badaczy, dowodzą, iż wiele osób jest zdolne pomyślnie zaadoptować się do nowych okoliczności życiowych i doświadczać relatywnie wysokiej satysfakcji życiowej. Wskazuje się, iż nawet jeśli efekty adaptacyjne nie są w pełni zadowalające w subiektywnym odbiorze osób z niepełnosprawnością, to relacjonowany przez nich poziom dobrostanu psychospołecznego jest często wyższy niż wyobrażany, przewidywany przez osoby pełnosprawne odnośnie do okoliczności posiadania trwałych ograniczeń [Ubel i in. 2005].

W obrębie tej płaszczyzny argumentacji należy podkreślić dodatkową kwestię rozumienia satysfakcjonującej jakości życia. Istotny do zaznaczenia jest fakt,

iż nie istnieje uniwersalne podejście do określania jakości życia. Empirycznie podważono rolę obiektywnych warunków, standardów, które warunkowałyby poziom jakości życia czy bycie szczęśliwym. Skoro dowiedziono brak determinującego wpływu czynników obiektywnych: materialnych, sławy, prestiżu, osiągnięć, zdrowia, pojawia się pytanie o zasadność uznawania niepełnosprawności (w tym fizycznej) jako bezpośredniego wyznacznika dysatisfakcji życiowej. O ile w przypadku wymienionych wcześniej czynników interpretowanych w kontekście osiągania satysfakcjonującej jakości życiowej zwraca się uwagę na subiektywną percepcję ich znaczenia, to w sytuacji niepełnosprawności zaznacza się mniejsze przyzwolenie i niższą tendencję do takiego poszerzania zakresu wyjaśniania.

**Kolejna płaszczyzna argumentacji** bazuje na mechanizmach odpowiedzialnych za kształtowanie poczucia szczęścia u osób doznających radykalnych zmian życiowych, w tym wywołanych nabyciem trwałej niepełnosprawności. Zgodnie z teorią S. Lyubomirsky, K.M. Sheldon i D. Schkade [2005] poziom szczęścia u każdego człowieka kształtowany jest przez trzy czynniki: bazowy, względnie stabilny poziom szczęścia, indywidualnie zdeterminowany, czynniki okolicznościowe (w tym cechy osobiste: wiek, płeć, historia życia, zdarzenia, sytuacje) i działania intencjonalne. Tworzą one tzw. „architekturę zrównoważonego szczęścia”. Trauma związana z nabyciem trwałej niepełnosprawności może silnie oddziaływać na ten indywidualnie ustalony poziom szczęścia, prowadząc od jego obniżenia. Jednakże wraz z upływem czasu, w którym zachodzi proces przystosowania i pomyślnego radzenia sobie z sytuacjami generowanymi przez niepełnosprawność, równoległe może też zachodzić proces powracania do bazowego poziomu szczęścia. Pewne aspekty składające się bowiem na poczucie szczęścia mogą być podatne na oddziaływanie określonych czynników rehabilitacyjnych, interwencyjnych, wspierających, aktywność własną jednostki, prowadząc do przywrócenia i umocnienia wcześniejszego ich poziomu, pomimo doświadczanego zdarzenia traumatycznego. Służebną niejako w tym zakresie rolę pełni pomyślnie zachodzący proces przystosowania do życia z nabytymi ograniczeniami, w ramach którego dochodzi do asymilacji trudnego do zaakceptowania zdarzenia i stopniowego przenoszenia uwagi na inne aspekty funkcjonowania. Wyniki badań [np. Amundson 2010] dowodzą, że możliwe są faktyczne zmiany w poczuciu szczęścia, subiektywnej ocenie jakości życia, również w rezultacie zachodzenia hedonistycznej adaptacji, naturalnej skłonności człowieka do poszukiwania bodźców wzbudzających pozytywne przeżycia i doświadczenia, niezależnie od współwystępujących niekorzystnych sytuacji życiowych.

Teoria ta daje podstawy, by uznać, iż nabycie niepełnosprawności – choć jest niezwykle traumatycznym, wstrząsowym zdarzeniem życiowym – może nie mieć decydującego znaczenia dla ogólnego, bazowego poziomu szczęścia. Zakłada się

w niej, że obiektywne okoliczności życiowe mają relatywnie niewielki wpływ na poczucie szczęścia w dłuższej perspektywie czasowej, głównie z powodu hedonistycznych mechanizmów adaptacyjnych. Przyjmuje się tutaj ulotną, przemijającą naturę szczęścia, ale także możliwość jego przeżywania/odczuwania nawet po doświadczeniu niespodziewanej, traumatycznej straty. Podobne wnioski formułują inni badacze zajmujący się problematyką szczęścia, dowodząc występowania zjawiska odradzania się poczucia szczęścia, powrotu do równowagi psychicznej po nabyciu trwałej niepełnosprawności czy zachorowaniu na nieuleczalną chorobę, która rozwija się wraz z upływem czasu od traumatycznego zdarzenia, momentu diagnozy [zob. Czapiński, 2001]. Nie oznacza to jednak uniwersalności w osiąganiu poczucia szczęścia u osób z trwałą niepełnosprawnością. Uwarunkowania indywidualne w przystosowywaniu się do życia z nabytymi ograniczeniami, wyjściowy poziom szczęścia, a także czynniki kontekstualne mogą nakreślać jednostkowy wymiar i stopień bycia szczęśliwym.

Istotnych argumentów na podważenie paradoksu niepełnosprawności dostarcza również obszar badań empirycznych dowodzący znaczenia czynników kontekstualnych dla poziomu satysfakcjonującej jakości życia. Pomimo tego, że dowiedziono zależności poziomu satysfakcji życiowej od parametrów niepełnosprawności, znaczna część analiz dostarcza również danych wskazujących na brak bezpośredniego związku między niepełnosprawnością, jej powagą, nasileniem, stopniem ciężkości a poziomem satysfakcjonującej jakości życia [m.in. van Leeuwen i in. 2011; Krause 2010; Barker 2009; Budh, OsterAker 2007; Middleton, Tran, Craig 2007; Hammell 2007, 2004; Uppal 2006; Dijkers 2005; Lee, McCormick 2004]. Na ich podstawie wyprowadzany jest wniosek, iż bycie zadowolonym z życia nie zależy, lub też pozostaje w niewielkim stopniu, z posiadanymi przez osobę uszkodzeniami i ograniczeniami. Zdecydowanie negowane jest twierdzenie o liniowej zależności tych zmiennych.

Na podstawie założeń przyjętych w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, akcentujących ścisłą relację między czterema komponentami: organizmem, jego funkcjami, aktywnością jednostki i jej uczestnictwem w życiu społecznym, zwraca się uwagę na znaczącą rolę czynników kontekstualnych i wpisujących się w aktywność własną jednostki [Badley 2008]. Deklarowana przez osobę z niepełnosprawnością satysfakcjonująca zdrowie, wysoka satysfakcja życiowa, zadowalająca funkcjonalność wyjaśniana jest przez wskazywanie określonych oddziaływań wymienionych czynników (w tym socjoekonomicznych, adekwatnego wsparcia społecznego, zaangażowanie jednostki w realizację zadań, pełnienie ról itp.). Czynniki te mogą odgrywać medycyną lub moderacyjną rolę w określaniu relacji między posiadanym przez osobę uszkodzeniem a poziomem satysfakcjonującej jakości życia oraz innych pozytywnych doświadczeń w życiu jednostki [Wang, Badley, Gignac 2006]. Na przykład

S. Uppal [2006] dowodzi, że zmienna w postaci udzielania adekwatnej do zapotrzebowania pomocy ma istotne znaczenie w ustalaniu poczucia dobrostanu u osób z niepełnosprawnością, niezależnie od stopnia posiadanych uszkodzeń.

Podkreślenie znaczenia czynników kontekstualnych pozwala przenieść punkt ciężkości w przyjmowanym rozumowaniu z analizy uwarunkowań zadowalającej jakości życia, osadzanych jedynie w niepełnosprawności i zakładanych jej konsekwencjach, na zdecydowanie szerszy zakres wyjaśnień. Jako zasadne nasuwa się wówczas pytanie, *co sprawia*, że osoba z niepełnosprawnością doświadcza satysfakcjonującej jakości życia? a nie – *jak to możliwe*, że osoba z niepełnosprawnością osiąga satysfakcję życiową? O ile pierwsze pytanie orientuje na odnalezienie rzeczywistych uwarunkowań pozytywnych doświadczeń w życiu osoby doświadczającej trwałych ograniczeń (co jest wartościowe zarówno z punktu widzenia poznawczego, jak i terapeutyczno-rehabilitacyjnego i pomocowego), to drugie opiera się na ukrytym założeniu o swoistej nieprawidłowości, niezgodnej z oczekiwaniami, którą należy zdemaskować.

W odniesieniu do zaprezentowanych treści charakteryzujących źródła zjawiska paradoksu niepełnosprawności oraz możliwych argumentów na jego podważenie można sformułować pewne wnioski. Po pierwsze, dowodzony paradoks między doświadczaniem niepełnosprawności a możliwością osiągnięcia satysfakcjonującej jakości życia ma doniosłe implikacje społeczne (utrwalanie jednostronnej, negatywnej, stereotypowej konotacji niepełnosprawności) i indywidualne (przyjęcie uproszczonej koncepcji własnego życia zdominowanej ograniczeniami wynikającymi z niepełnosprawności, uniemożliwiający doświadczenie satysfakcjonującej codzienności). Po drugie, zjawisko paradoksu niepełnosprawności jako pochodna fragmentarycznej wiedzy na temat osób z trwałymi uszkodzeniami wymaga jednak nie tylko zanegowania, ale także wykorzystania w celu ukazania poważnych błędów w ich postrzeganiu i wartościowaniu.

Podsumowując, należy również zaznaczyć, że specyfika tego zjawiska jednoznacznie potwierdza istotne znaczenie wyjściowych założeń (ontologicznych i epistemologicznych) w konceptualizacji niepełnosprawności i jej konsekwencji, tworzy to kluczowy kontekst wyjaśniania i uzasadniania zjawisk w okresie aktualnych paradygmatycznych przeobrażeń w pedagogice specjalnej.

## Bibliografia

- Albrecht G.L., Devlieger P.J. (1999), *The disability paradox: high quality of life against all odds*, „Social Science and Medicine”, 48, s. 977–988.
- Amundson R. (2010), *Quality of life, disability and hedonic psychology*, „Journal of the Theory of Social Behaviour”, 40(4), 374–392.
- Anke A.G.W., Fugl-Meyer A.R. (2003), *Life satisfaction several years after severe multiple trauma – a retrospective investigation*, „Clinical Rehabilitation”, 17, s. 431–442.



- Badley E.M. (2008), *Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability, and Health*, „Social Science and Medicine”, 66(10), s. 2335–2345.
- Badley E.M. (1995), *The genesis of handicap: Definition, models of disablement, and role of external factors*, „Disability and Rehabilitation”, 17(2), s. 53–62.
- Barker R.N., Kendall M.D., Amsters D.I., Pershouse K.J., Haines T.P., Kuipers P. (2009), *The relationships between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury*, „Spinal Cord”, 47, s. 149–155.
- Bickenbach J.E., Chatterji S., Badley E.M., Ustun T.B. (1999), *Models of disablement, universalism and International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, „Social Science and Medicine”, 48(9), s. 1173–1187.
- Bishop M. (2005a), *Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis*, „Rehabilitation Counseling Bulletin”, 48(3), s. 219–232.
- Bishop M. (2005b), *Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability. A conceptual and theoretical synthesis*, „Journal of Rehabilitation”, 71(1), s. 5–13.
- Bishop M., Shepard L., Stenhoff D.M. (2007), *Psychosocial adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model*, „Journal of Rehabilitation”, 73(1), s. 3–12.
- Budh C.N., OsterAker A-L. (2007), *Life satisfaction in individuals with a spinal cord injury and pain*, „Clinical Rehabilitation”, 21, s. 89–96.
- Byra S. (2012), *Doświadczenie trwałej niepełnosprawności ruchowej a przeżywanie szczęścia – zarys problematyki*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, 3, s. 37–54.
- Carona C., Pereira M., Moreira H., Silva N., Canavarro M.C. (2013), *The disability paradox revisited: quality of life and family caregiving in pediatric cerebral palsy*, „Journal of Child and Family Studies”, 22(4), s. 971–986.
- Chudy W. (1988a). *Sens filozoficzny kondycji człowieka niepełnosprawnego* [w:] *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie*, red. D. Kornas-Biela, Wydawnictwo KUL, Lublin, s. 105–122.
- Chudy W. (1988b), *Powołanie osoby niepełnosprawnej w nauczaniu papieża Jana Pawła II* [w:] *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie*, red. D. Kornas-Biela, Wydawnictwo KUL, Lublin, s. 123–149.
- Chudy W. (2007), *Drugie śniadanie u Sokratesa*, Wydawnictwo SUMUS, Warszawa.
- Chun S., Lee Y. (2008), *The experience of posttraumatic growth for people with spinal cord injury*, „Quality Health Research”, 18(7), s. 877–980.
- Czapiński J. (2001), *Szczęście – złudzenie czy konieczność?* [w:] *Złudzenia, które pozwalają żyć*, red. M. Kofta, T. Szustrowa, PWN, Warszawa, s. 266–306.
- Dijkers M.P.J. (2005), *Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings*, „Journal of Rehabilitation Research and Development”, 42(3), s. 87–110.
- Domagała-Zyśk E. (2010), *Chrześcijańska pedagogika niepełnosprawności – współczesne wyzwania* [w:] *Pedagogika chrześcijańska. Tradycja, współczesność, nowe wyzwania*, red. J. Michalski, A. Zakrzewska, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, s. 495–509.

- Domagała-Zyśk E. (2009), *Wybrane elementy „filozofii niepełnosprawności” Jeana Vaniera a współczesne tendencje rozwiązywania problemów osób z niepełnosprawnościami* [w:] *Personalistyczny wymiar filozofii wychowania*, red. A. Szudra, Wydawnictwo KUL, Lublin, s. 279–292.
- Dubey A., Agarwal A. (2007), *Coping strategies and life satisfaction: Chronically ill patients’ perspectives*, „*Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*”, 33(2), s. 161–168.
- Dunn D.S. (1994), *Positive meaning and illusions following disability. Reality negotiation, normative interpretation, and value change*, „*International of Social Behavior and Personality*”, 9(5), s. 123–138.
- Dunn D.S., Dougherty S.B. (2005), *Prospects for a positive psychology of rehabilitation*, „*Rehabilitation Psychology*”, 50(3), s. 305–311.
- Dunn D.S., Uswatte G., Elliott T.R. (2009), *Happiness, resilience, and positive growth following physical disability: issues for understanding, research and therapeutic intervention* [w:] *Oxford handbook of positive psychology*, red. S.J. Lopez, C.R. Snyder, New York, s. 651–664.
- Dziurawicz-Kozłowska A. (2002), *Wokół pojęcia jakości życia*, „*Psychologia Jakości Życia*”, 2, s. 77–99.
- Elfström M.L., Ryden A., Kreuter M., Taft C., Sullivan M. (2005), *Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion*, „*Journal of Rehabilitation Medicine*”, 37(1), s. 9–16.
- Fellinghauer B., Reinhardt J.D., Stucki G., Bickenbach J. (2012), *Explaining the disability paradox: a cross-sectional analysis of the Swiss general population*, „*BMC Public Health*”, 12, s. 655–673.
- Ferrin J.M., Chan F., Chronister J., Chiu Ch-Y. (2011), *Psychometric validation of the Multidimensional Acceptance of Loss Scale*, „*Clinical Rehabilitation*”, 26(1), s. 166–174.
- Fuhrer M.J. (2000), *Subjectifying quality of life as a medical rehabilitation outcome*, „*Disability Rehabilitation*”, 22, s. 481–489.
- Hammell K.W. (2004), *Exploring quality of life following high spinal cord injury: a review and critique*, „*Spinal Cord*”, 42, s. 491–502.
- Hammell K.W. (2007), *Quality of life after spinal cord injury: a meta-synthesis of qualitative findings*, „*Spinal Cord*”, 45, s. 124–139.
- Hefferon K., Grealy M., Mutrie N. (2009), *Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature*, „*British Journal of Health Psychology*”, 14, s. 343–378.
- Keany K.C., Glueckauf R.L. (1993), *Disability and value changes: An overview and analysis of acceptance of loss theory*, „*Rehabilitation Psychology*”, 38(2), s. 199–210.
- Krause J.S. (2010), *Aging, life satisfaction, and self-reported problems among participants with spinal cord injury*, „*Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*”, 15, s. 34–40.
- Larkowa H. (1987), *Człowiek niepełnosprawny. Problem psychologiczny*, Warszawa.
- Lee Y., McCormick B. (2004), *Subjective well-being of people with spinal cord injury: does leisure contribute?*, „*Journal of Rehabilitation*”, 70(3), s. 5–12.
- Lyubomirsky S., Sheldon K.M., Schkade D. (2005), *Pursuing happiness: The architecture of sustainable change*, „*Review of General Psychology*”, 9, s. 111–131.
- Majewicz P. (2006), *Niepełnosprawność z perspektywy psychologii pozytywnej* [w:] *Świat pełen znaczeń – kultura i niepełnosprawność*, red. J. Baran, S. Olszewski, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 473–487.

- Middleton J., Tran Y., Carig A. (2007), *Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, 88(9), s. 1643–1646.
- Naidoo P. (2006), *Potential contributions to disability theorizing and research from positive psychology*, „Disability and Rehabilitation”, 28(9), s. 595–602.
- Shipper H. (1990), *Quality of life: principles of the clinical paradigm*, „Journal of Psychological Oncology”, 171, s. 185–192.
- Straś-Romanowska M., Frąckowiak T. (2007), *Personalistyczno-egzystencjalna koncepcja poczucia jakości życia a doświadczanie niepełnosprawności [w:] Jakość życia w niepełnosprawności*, red. M. Flanczewska-Wolny, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, s. 425–432.
- Ubel P.A., Loewenstein G., Schwarz N., Smith D. (2005), *Misimagining the unimaginable: The disability paradox and health care decision making*, „Health Psychology”, 24(4 Suppl), s. 57–62.
- Uppal S. (2006), *Impact of the timing, type and severity of disability on the subjective well-being of individuals with disabilities*, „Social Science and Medicine”, 63, s. 525–539.
- Van Leeuwen C.M., Post M.W., Hoekstra T., van der Woude L.H., de Groot S., Snoek G.J., Mulder D.G., Lindeman E. (2011), *Trajectories in the course of life satisfaction after spinal cord injury: Identification and predictors*, „Physical Medicine and Rehabilitation”, 92, s. 207–213.
- Wang P.P., Badley E.M., Gignac M. (2006), *Exploring the role of contextual factors in disability models*, „Disability and Rehabilitation”, 28(2), s. 135–140.
- Weitzner E., Surca S., Wiese S., Dion A., Roussos Z., Renwick R., Yoshida K. (2011), *Getting on with life: positive experiences of living with a spinal cord injury*, „Quality Health Research”, 21(11), s. 1455–1468.