

Joanna Belzyt

Osoby z nabytą niepełnosprawnością wobec wyzwania rekonstruowania biografii

Niepełnosprawność nr 5, 136-144

2011

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, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Joanna Belzyt

Osoby z nabytą niepełnosprawnością wobec wyzwania rekonstruowania biografii

Pojawienie się niepełnosprawności zawsze wywołuje stres. Sytuacja taka zaburza poczucie własnej wartości, poczucia samooceny, obrazu siebie. Funkcjonowanie jednostki w sytuacji stania się osobą niepełnosprawną wiąże się z różnymi obawami, wśród których wyróżnić można m.in. brak poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, stres związany z poruszaniem się/przemierzaniem się (ograniczone możliwości poruszania się lub całkowita utrata możliwości poruszania się), niepokój związany z trudnościami w zaspokajaniu potrzeb egzystencjonalnych i psychologicznych, brak akceptacji własnych ograniczeń, lęk i niepewność w sytuacji stawiania sobie wymagań, którym trudno sprostać (jak również wymagań stawianych przez otoczenie)¹.

Jednostka, która nabyła niepełnosprawność, musi zmierzyć się z wieloma trudnymi sytuacjami, wydającymi się być ponad siły. Jedną z takich sytuacji jest konstruowanie nowej biografii oraz wejście w role społeczne, które są często nowymi rolami i jednostka częstokroć nie bardzo wie, jak się w nich zachować.

Społeczeństwo wszakże bacznie obserwuje, jak osoba niepełnosprawna ułoży swoje nowe życie, jak „złożyć” swoją nową biografie, co powoduje dodatkowy stres u osoby niepełnosprawnej, bo jak być tym kimś, kim się było w rolach społecznych, skoro teraz trzeba poradzić sobie również z traumą utraty integralności ciała.

(Re)konstruowanie biografii

Każda jednostka staje przed zadaniem stawianym jej przez życie: zadaniem integracji społecznej. Jednostka w trakcie życia uczy się poruszać w wielu podsystemach społecznych, m.in. rodzina, praca, szkoła, rynek pracy, oraz odszyfrowy-

¹ Por. Belzyt (2011), *Strategie przewycięzania stresu w sytuacji nabycia niepełnosprawności*.

wać ich oczekiwania i aktywnie się w nich odnajdywać, czyli stworzyć jednostkową biografię.

Osoba, która nabyła niepełnosprawność, staje do tego zadania po raz kolejny. Jest wprawdzie bogatsza o doświadczenia życiowe, ale również przeżycie kryzysu związanego z nabyciem niepełnosprawności.

R. Hitzler i A. Honner (za: Krzychała 2007) przedstawili koncepcję biografii, którą nazwali biografią „do zmajsztrowania” („zrób to sam”). Jest to jedna z dostępnych rodzajów biografii, którą niesie za sobą ponowoczesność – biografii złożonej z mniej lub bardziej przypadkowych fragmentów i elementów „fundujących sens, cel i motywację życia” (Krzychała 2001, s. 121). Według autorów składniki do formowania biografii osoba „nabywa” w otaczającej wielobarwnej rzeczywistości na „kulturowych straganach, albo rozbudowanych supermarketach” (tamże, s. 121) zaopatrzonych we wszelkiego rodzaju asortyment sensu, symboli, znaczeń, wyjaśnień, idei często wyrwanych z pierwotnego kontekstu znaczeń.

Konstruowanie (czy rekonstruowanie) biografii tego typu w założeniu daje możliwość, a zarazem i przyzwolenie do samodzielnego zaplanowania swojego życia („sam zaplanuj swoje życie”). Z jednej strony daje to nieskrępowaną swobodę w samodzielnym budowaniu swojej biografii, ale z drugiej strony zagrożenie i ryzyko – jednostka musi wziąć pełną odpowiedzialność za swoje czyny (w sytuacji niepowodzenia będzie to „moja porażka”, „moja nuda”, „moje bezrobocie”).

S. Krzychała (2007) zwraca uwagę na zagrożenie płynące z wyboru takiego projektu na życie. Nie musi on „stanowić logicznej i spójnej całości i równie dobrze może być sekwencją, a nawet loterią połowicznych, luźnych elementów) (tamże, s. 121). Do stworzenia spójnego doświadczenia (doświadczenia) własnego życia potrzebna jest refleksyjność, zogniskowana wokół „centralnego wydarzenia, jakim staje się własne życie, jednostkowa biografia” (tamże, s. 122)².

S. Krzychała wskazuje na pojawiający się paradoks – powierzchowna wielorodność i dowolność w tworzeniu indywidualnych biografii w rzeczywistości skrywa w sobie uniformizację i ujednoczenie zachowania, wyglądu, poglądów czy pomysłów/sposobów spędzania czasu wolnego (Welsch, za: Krzychała 2007, s. 125). Przyzwolenie na bycie innym jest wszakże tylko pozorne. Ponowoczesność normatywnie opowiada się za wielorodnością, deskryptywnie jednak kończy się płytkim zróżnicowaniem, tuszującym faktycznie unifikację i zubożenie. Na każdym kroku spotykamy się z kopiowaniem egzystencji (Luhmann, za: Krzychała 2007, s. 126), wiążącym się z powielaniem celów życiowych, stylów życia, pomysłów na życie (przykładem mogą być np. podróże tropami bohaterów książek i filmów – „Kod Leonarda daVinci”, „Jedź, módl się, kochaj”, „Vicky, Cristina, Barcelona”, jako sposób na spędzenie wakacji w oryginalny sposób, upo-

² Wizję „majserkowej” biografii radykalizuje jeszcze bardziej Z. Bauman (1993, za: Krzychała 2007).

dobnaniem się do osób popularnych strojem, zachowaniem czy wyglądem za pomocą operacji plastycznych).

Biografia indywidualna konta skopiowana

Zatem tworząc swoją indywidualną biografię, starając się być oryginalnym, można wpaść w pułapkę kopiowania od innych, przejmowania projektów życia innych ludzi, utożsamiania się z nimi. Paradoksalnie więc, otwierając się na ludzi przejmujemy ich wzory, tracąc tym samym swoją oryginalność i niepowtarzalność. W ten sposób tworzy się tożsamość, ciesząca się społecznym poparciem, tożsamość bliska i znana również innym jednostkom-kopistom. Osoby niepełnosprawne są szczególnie narażone na pułapki tego typu. Podstawą stanów frustracyjnych ludzi niepełnosprawnych jest zawsze porównywanie siebie i swego losu z losem innych ludzi. „Jak inni” – to jest niedościgłe marzenie wszystkich osób niepełnosprawnych – działać jak inni, być jak inni (Klinkosz 2003). Podstawowym źródłem frustracji jest pozbawienie tego, do czego się ma najbardziej naturalne prawo, tzn. do tego, aby być „jak inni ludzie”. Osobowościowe konsekwencje stania się osobą niepełnosprawną – wyjąwszy sferę poznawczą – polegają na przeżywaniu stanów frustracji, wynikających z zablokowania wielu psychicznych potrzeb, co nie zawsze wynika z obiektywnych przyczyn, z nieprzekraczalnych ograniczeń, jakie stwarza niepełnosprawność. Często przyczyną niezaspokojenia potrzeby przynależności do społeczeństwa, kontaktu psychicznego, uznania i akceptacji przez innych bywa odrzucająca postawa w stosunku do niepełnosprawnych. Ona właśnie jest powodem licznych cierpień niepełnosprawnych i trudności, jakie przeżywają, walcząc o prawo do nauki, do pracy, do uczestnictwa w życiu społecznym. Osoby z nabytą niepełnosprawnością reagują na sytuacje frustrujące typowymi mechanizmami obronnymi (autoagresja, obwinianie, zaniżanie swojej wartości, apatia, bierność).

Tworząc biografię na nowo osoba niepełnosprawna musi wziąć pod uwagę z jednej strony możliwość skonstruowania biografii „zrób to sam”, co wiąże się z byciem oryginalnym, ale także z wzięciem odpowiedzialności za swoje czyny, z drugiej zaś możliwość „bycia jak inni”, czyli próbę skonstruowania biografii, która będzie jak najbardziej akceptowalna przez otoczenie. Może to uczynić na podstawie czynników, które mają wpływ na nawiązywanie relacji z innymi. Wyróżnia się siedem takich czynników: wygląd, podobieństwo, komplementarność, korzyści, kompetencje, bliskość oraz ujawnianie siebie (Ronald, Lawrence, Russell 2006, s. 252).

Powszechny sąd głosi, iż nie należy oceniać ludzi na podstawie ich wyglądu, ale zachowania. Jednocześnie jednak wszyscy są świadomi, że wygląd ma kluczowe znaczenie w kontaktach międzyludzkich. Zdecydowanie chętniej spotykamy

się z osobą, która jest atrakcyjna, niż z osobą, która jest inteligentna. Dzieje się tak, ponieważ osoby atrakcyjne postrzegane są jako uprzejme, towarzyskie, otwarte oraz bardziej delikatne (tzw. efekt „halo”). Kolejnym czynnikiem, mającym wpływ na wybór osób do podjęcia relacji, jest podobieństwo. B. Ronald, B. Lawrence oraz F. Russell (2006) twierdzą, iż wybieramy znajomych, którzy mają podobne do naszych upodobania, wartości, mają podobny status ekonomiczny i zbliżone wykształcenie. Podobieństwo jest ważnym czynnikiem w tworzeniu relacji międzyludzkich, ponieważ zwiększa szanse na zrozumienie, wsparcie i uzyskanie potwierdzenia czy np. nasze postępowanie jest prawidłowe.

Trzeci czynnik to komplementarność, polegający na uzupełnianiu się cechami drugiej osoby. Komplementarność przynosi efekty jeśli strony dzielą się sprawowaniem kontroli w określonych obszarach.

Kolejnym czynnikiem, istotnym w budowaniu relacji z drugim człowiekiem, są korzyści. Okazuje się, że człowiek chętniej wybiera osobę, która może dać mu tyle samo, bądź więcej korzyści, niż on sam daje od siebie. Zanim jedna osoba wejdzie w relacje z drugą, przeprowadza kalkulację korzyści i kosztów związanych z daną relacją. Korzyści i koszty mogą być zarówno materialne, jak i niematerialne.

Następnym czynnikiem są kompetencje. Badania E. Aronsona (2009) ukazują, że osoby zazwyczaj chętniej przebywają w towarzystwie ludzi przeciętnych ze względu na to, że przypominają im ich samych, natomiast osoby o niskiej samoocenie częściej wybierają osoby zdolne i utalentowane.

Na tworzenie się relacji wpływa również bliskość. Częściej nawiązuje się relacje z osobami bliskimi, z którymi częściej utrzymuje się kontakty. Wynika to z tego, że osoby bliskie sobie mają ze sobą wiele wspólnego.

Ostatni czynnik to ujawnianie siebie. Ludzie chętniej wchodzi w relacje z osobami, które dzielą się informacjami na swój temat. Jest to dowodem szacunku dla drugiej osoby oraz pomaga obu stronom znaleźć łączące ich cechy. Jednak, aby ujawnianie siebie przyniosło rezultaty, ilość ujawnionych informacji musi być równa ilości informacji uzyskanych od drugiej osoby, oraz musi wydarzyć się to w odpowiednim czasie (Ronald, Lawrence, Russell 2006).

Tożsamość pacjenta

W zamęcie tożsamościowym, związanym z nabyciem niepełnosprawności i trudnościami w konstruowaniu biografii na nowo, osoby niepełnosprawne mogą również stosować mechanizmy obronne³, które opóźnią lub uwolnią od wyborów. Wyjściem często stosowanym przez osoby niepełnosprawne jest przy-

³ Mechanizmy obronne, jakie przyjmują osoby niepełnosprawne, to również m.in.: zaprzeczanie, regresja, fiksacja, projekcja, odwrócenie i in. opisane przez S. Kowalik (1995), Z. Sękowska (1998), (por. Belzyt 2011b).

mowanie roli pacjenta, co jest konsekwencją częstych problemów ze zidentyfikowaniem swojej roli w nowej sytuacji, którą potęguje świadomość, że w społeczeństwie istnieje tylko uszczuplona pula ról społecznych dostępnych dla osób niepełnosprawnych.

Podstawowym problemem jest niezdolność określenia przez osoby niepełnosprawne własnej roli społecznej. Kluczową barierę rozwojową, na którą zwraca uwagę E. Erikson, stanowi „niezdolność do obrania tożsamości zawodowej”, która daje możliwość podjęcia odpowiedzialności związanej z aktywnością zawodową, co jest charakterystyczne dla życia dorosłych osób pełnosprawnych (Witkowski 2000).

A. Krause (2010) wskazuje, że sytuacja dorosłych osób niepełnosprawnych w Polsce poprawia się wolno. Sytuacja ta ma związek z utrudnieniami tradycyjnymi; uprzedzeniami, stereotypami i lękami wobec innych oraz nowymi – komplikacja życia i postęp cywilizacyjny. Dotyczy to różnych przejawów życia dorosłych osób niepełnosprawnych: zawodowego, kontaktów społecznych i rodzinnych. W przypadku pracy zawodowej A. Krause (2010) wymienia dwie negatywne tendencje: kurczący się rynek prac prostych wykonywanych do tej pory bardzo często przez osoby niepełnosprawne oraz powiększająca się selektywność rynku pracy wobec różnych rodzajów niepełnosprawności⁴.

Spółczesne społeczeństwo industrialne jest zorganizowane wokół pracy zarobkowej (Beck 1996, za: Krause 2010), a projekt taki pociąga za sobą wyraźne efekty uboczne. Nie każda praca, nawet wytrwała, przekłada się na awans i dobrobyt. Obecna niestabilna sytuacja na rynku pracy zaprzecza wierze w awans jednostki, stabilizacji ochrony prawnej, świadczeń socjalnych, zabezpieczenia bytu. Zmiany miejsc pracy czy czasowe bezrobocie należą już do „normalnej”, „standardowej” biografii zawodowej (Krzychała 2007). Jak zauważa Beck (1996, za: Krzychała 2007) nie chodzi już o podział pracy, lecz o podział bezrobocia. Dyskursu społecznego nie wyznacza pytanie, komu przypadnie udział w rynku pracy i jaki on będzie, ale niepokój związany z decyzjami o likwidacji miejsc pracy, przed kim zamkną się możliwości wejścia na rynek pracy. Dyskurs nie ma znaczenia ekonomicznego, stawką stają się „indywidualne losy i biograficzne załamania” (tamże, s. 131). Problem nierówności społecznych dotyka nie tylko obszarów peryferyjnych, zanikających przestrzeni rynku pracy, krytycznych przesileń i niewydolności zorganizowanego systemu zatrudnienia. Kryzys dotyka nie tylko wyjątkowych sytuacji, lecz także całkiem udanych eksperymentów połączenia gospodarki rynkowej i państwa opiekuńczego (tamże, 132) – znikają masowo zakłady pracy chronionej oraz miejsca pracy finansowane przez PFRON.

⁴ A. Krause (2010) zwraca uwagę, że osoby niesłyszące, słabowidzące czy niepełnosprawne ruchowo mogą korzystać z coraz większych osiągnięć współczesnej techniki rehabilitacyjnej, a przez to również z nowych możliwości zawodowych, o tyle dla osób z niepełnosprawnością intelektualną świat możliwości pracy nieustannie się zawęża.

Problem ten dotyka szczególnie osoby niepełnosprawne, które nie radząc sobie z nową sytuacją niepełnosprawności oraz nowymi rolami (członka rodziny, społeczności, pracownika lub osoby bez pracy), wchodzeniem w nie i odnajdywaniem się w nich, wytwarzają negatywny obraz siebie, aby zwrócić na siebie uwagę otoczenia. Często sami nie akceptują negatywnej roli pacjenta, z którą się identyfikują. Wybory tożsamości negatywnej są przejawem rozpaczliwego usiłowania zapanowania nad sytuacją, w której role społeczne budzą sprzeciw osoby niepełnosprawnej i rozczarowują ją.

Nieadekwatność puli ról społecznych oferowanych przez społeczeństwo rodzi czasami wręcz psychopatyczną potrzebę zwrócenia się do roli odrzuconych społecznie, bądź zepchniętych na margines życia zbiorowości. Z praktyki klinicznej E. Erikson stwierdził, iż wielokrotnie pacjent odzyskuje poczucie tożsamości dzięki całkowitemu utożsamieniu się z tym, czym absolutnie nie powinien być. Choć z tej sprzeczności postawy pacjent zdaje sobie sprawę, to w pewnym stopniu przynosi mu ona ulgę. Tożsamość negatywna to konieczne dopełnienie każdej tożsamości pozytywnej (Witkowski 2000, s. 62–63).

W trakcie zamętu tożsamościowego, wynikającego z bycia osobą niepełnosprawną, człowiek woli raczej wybrać tożsamość negatywną, niż tożsamość rozproszoną, której nie akceptuje. W takiej sytuacji przyjęcie tożsamości negatywnej wydaje się być lepsze niż nieposiadanie żadnej. Lepiej być kimś negatywnym niż „niedostatecznie kimś”.

Długotrwałe pozostawanie w tożsamości negatywnej może przekształcić się w „zniewalającą świadomość”, której przeciwwagę mogłyby stanowić jedynie obrazy idealne, oznacza to zatem potrzebę „znaczących innych”, jako warunek rozwojowego przeciwdziałania przytłoczeniu jednostki przez tożsamość negatywną.

Czasami sytuacja i status pacjenta drastycznie rzutuje na tożsamość jednostki, zwłaszcza, gdy ta przez ograniczenia swobody ruchu straciła aktywną postawę panowania nad swoim życiem. Osoba niepełnosprawna dystansu, jaki dzieli jej aktualną kondycję pacjenta od aktywnego życia, które było jej udziałem przed nabyciem niepełnosprawności. Najważniejsze w takiej sytuacji jest nie pozostawienie osoby biernej samej sobie, gdyż zaczyna wtedy działać mechanizm dominacji wewnętrznego poczucia winy, które może doprowadzić chorego do akceptacji tworzenia się tożsamości, której jest przeciwny. Nostalgia może przekształcić się w samooskarżenie.

Groźba „wpadnięcia” w tożsamość negatywną w sytuacji szpitalnej wynika ze stanu „wykorzenia” chorych. Pacjent jako jednostka wykorzeniona społecznie wymaga szczególnego podejścia i wsparcia, gdyż w warunkach przedłużonej bierności ujawnia się typ tożsamości marginalnych, które mogą stać się dominującymi. W warunkach szpitalnych wiele jednostek nabywa elementy tożsamo-

ści nieodwracalnej, która wynika z przekonania, że pacjentem jest się „na całe życie” i nie można przestać nim być (Witkowski 2000, s. 68–69).

W tej sytuacji możliwe są dwa sposoby postrzegania świata. Osoba może postrzegać świat z perspektywy agensa lub paciensa (Majewska 2011). W roli agensa jednostka jest aktywnym uczestnikiem zdarzeń, który ma wpływ na daną sytuację i odczuwa poczucie tego sprawstwa. Rola paciensa charakteryzuje się biernością w odbiorze tego, co się zdarza. Do roli agensa i postrzegania świata jako ciągu zdarzeń, na który jednostka ma wpływ, dążą terapeuci pracujący z osobami niepełnosprawnymi – odzyskanie poczucia sprawstwa, zwłaszcza w sytuacji, gdy jednostka nabywając niepełnosprawność, najczęściej czuje się „wrzucona w sytuację” i czuje, że jedyne co może zrobić, to być biernym odbiorcą tego, co przyniesie los.

Będąc biernym odbiorcą (paciensem) osoba uważa, że wyjściem z tej sytuacji jest wybór roli z puli ról, które są nieadekwatne do nowej sytuacji. Role społeczne osób niepełnosprawnych w społeczeństwie są niewystarczające. Pula dostępnych ról jest odrzucana przez osoby niepełnosprawne, bo jest nieadekwatna. Osoby niepełnosprawne często wybierają tożsamość negatywną, np. pacjenta (którym przecież można być przez całe życie), bo uważają lepiej być kimś negatywnym, niż „niedostatecznie kimś”, na kogo nie ma się pomysłu (osoba nie ma pomysłu na złożenie nowej biografii).

Jednym z wyjść proponowanych przez badaczy jest edukacja⁵, która spełni rolę moratorium⁶ (edukacja może, operując terminem Jamesa (Witkowski 2000, s. 77), pomóc niepełnosprawnym, stać się „Narodzonymi-raz-jeszcze”), oraz praca nad odzyskaniem poczucia sprawstwa, np. na drodze terapii⁷.

Zakończenie

Zamęt tożsamościowy, jakiego doświadcza jednostka, która stała się osobą niepełnosprawną, jest związany z koniecznością skonstruowania na nowo biografii oraz ze zjawiskiem „rozproszenia” ról. Potencjalne role społeczne dostępne osobom niepełnosprawnym nie układają się w opinii jednostki, w spójny i wartościowy obraz własnej aktywności życiowej (Witkowski 2000). Kształtowanie się tożsamości wiąże się zatem z odrzucaniem oferowanych ról. Odrzucenie roli może być przejawem braku przekonania jednostki do wartości oferowanej przez społeczeństwo roli społecznej. Może to doprowadzić do sytuacji, w której jedno-

⁵ O roli edukacji jako znaczącego moratorium piszę w: *Niepełnosprawność – Edukacja – Dorosłość. Studium przypadku osoby ociemniałej* (Belzyt 2011).

⁶ Moratorium – odroczenie w czasie konieczności podejmowania nieodwracalnych decyzji życiowych (Witkowski 2000, s. 55).

⁷ O przykładowych sposobach pomocy osobom niepełnosprawnym piszę w artykule *Strategie przezwyciężania stresu w sytuacji nabycia niepełnosprawności* (Belzyt 2011).

stka wybierze tożsamość negatywną, która jest mieszaniną elementów tożsamości, społecznie są nie do przyjęcia, a jednak (tym bardziej) z uporem są uznawane i uosabiane przez jednostkę (Witkowski 2000, s. 55). Osoby niepełnosprawne często wybierają tożsamość negatywną, np. pacjenta (którym można być przez całe życie), bo lepiej być kimś negatywnym, niż „niedostatecznie kimś”, na kogo nie ma się pomysłu (nie ma się pomysłu na złożenie nowej biografii). Jednym z wyjść proponowanych przez badaczy jest edukacja, która pełni rolę moratorium (odsuwa moment podjęcia niezbędnych decyzji w czasie, aż jednostka będzie gotowa na decyzję) oraz praca z terapeutami nad przywróceniem osobie poczucia sprawstwa.

Bibliografia

- Aronson E. (2009), *Człowiek – istota społeczna*, PWN, Warszawa
- Belzyt J., (2011), *Ciało.....*
- Belzyt J. (2011b), *Niepełnosprawność – Edukacja – Dorosłość. Studium przypadku osoby ociemniałej*, Kraków
- De Jong P., Berg I.K. (2007), *Rozmowy o rozwiązaniach*, Kraków
- Doroszewska D. (1989), *Pedagogika specjalna*, Ossolineum, Warszawa–Wrocław
- Klinkosz W. (2003), *Sukces akademicki studentów niewidomych i słabo widzących a ich osobowość*, Lublin.
- Kowalik S. (1999), *Społeczny kontekst przebiegu rehabilitacji*, [w:] *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, red. S. Kowalik, Katowice
- Kowalik S. (1996), *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Warszawa
- Krause A. (2010), *Współczesna paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków
- Krzychała S. (2007), *Ryzyko własnego życia. Indywidualizacja w późnej ponowoczesności*, DWSE TWP, Wrocław
- Majewska M. (2011), *Czy chodzę po świecie czy świat po mnie?*, „Charaktery” nr 5
- Milner J., O’Byrne P. (2007), *Poradnictwo krótkoterminowe: narracje i rozwiązania*, Poznań
- Reykowski J. (1986), *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*, Warszawa
- Reykowski J. (1992), *Procesy emocjonalne, motywacje, osobowość*, Warszawa
- Ronald B., Lawrence B., Russell F. (2006), *Relacje interpersonalne – proces porozumiewania się*, Poznań
- Sękowska Z. (1998), *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa
- Świtek T., Kienhuis J. (red) (2007), *Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce*, Kraków
- Witkowski L. (2000), *Rozwój i tożsamość w cyklu życia: studium koncepcji Erika H. Eriksona*, Toruń
- Witkowski T. (1993), *Psychospołeczne problemy osób niewidomych*, [w:] *Człowiek niepełnosprawny*, red. M. Chodkowska, Wydawnictwo KUL, Lublin
- Witkowski T. (1993), *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*, Warszawa

**Persons with acquired
disabilities the challenge of reconstructing the biography
(Summary)**

The appearance of disability perturbs self-esteem, a sense of self-esteem and self-image. An entity, that has acquired a disability, faces many difficult situations. One of them is the construction of a new biography and entry into the social roles that are often new for her/him. During the (re)construction of individual biography, disabled persons are exposed to various traps as a biography of "do it yourself", the danger of copying (acquisition) the life projects from other people (identifying with them), or falling into the role of patients.