

Tamara Cierpiałowska

PROBLEMATYKA TELEOLOGICZNA W ANDRAGOGICE SPECJALNEJ

Abstract

The problematic aspects of teleology are characterized by a remarkable complexity as it is virtually impossible to analyze aims (here: in the field of special andragogy) without providing for wider context which — on the one hand — these aims are rooted in and which — on the other hand — they are to influence. The following considerations constitute an attempt to analyze the aims of special andragogy with respect to the model of disability that is constantly being transformed under the influence of various factors. Taking into consideration the so-called interactive model of disability that is being postulated nowadays (also known as integrated, interactive-systematic or functional) the work focuses on the question of supporting the disabled in their process of finding sense of their own life, approaching this task as an actual and crucial aim of special andragogy as it is understood today.

Key words: special andragogy, teleology, the aims of special andragogy, disability models, the sense of life (of the disabled), social support

Słowa kluczowe: andragogika specjalna, problematyka teleologiczna, cele andragogiki specjalnej, modele niepełnosprawności, sens życia (osoby z niepełnosprawnością), wsparcie społeczne

WSTĘP

Na wstępie niniejszego artykułu chciałabym odnieść się do niezwykłego wydarzenia, które miało miejsce w Krakowie 12 maja 2012 roku. Otóż tego dnia krakowski Kopiec Kościuszki symbolicznie stał się szczytem K2 (czyli najwyższym ośmiotysięcznikiem w łańcuchu Karakorum, drugą co do wielkości i podobno najtrudniejszą górą świata), a osiem całkowicie sparaliżowanych osób poruszających się na wózkach inwalidzkich i oddychających za pomocą respiratorów, zdobyło ten szczyt podczas akcji „Wejdz z nami na K2” zorganizowanej przez Fundację *Mimo Wszystko* Anny Dymnej. Niemala grupa osób, która zebrała się, by kibicować zdobywcom — wśród nich pisząca te słowa — skandowała: „Każdy ma swoje K2”. Można przyjąć, że hasło to, ujęte w formie metaforycznej, wskazuje istotny cel nowocześnie rozumianej andragogiki specjalnej.

Jeśli **K2** utożsamimy z dowolną wartością nadającą sens życiu, to przymiotnik **swoje** doskonale podkreśli istotną cechę sensu życia, a mianowicie indywidualny, związany z konkretnym podmiotem jego charakter, a słowo **każdy** uświadomi, że niezależnie od jakichkolwiek ograniczeń i problemów człowiek może odnaleźć sens własnej egzystencji. A zatem szeroko rozumianym celem pedagogiki/andragogiki specjalnej winno być wspieranie osoby z niepełnosprawnością w procesie poszukiwania/odnajdywania sensu własnego życia, a zarazem tworzenie klimatu społecznego sprzyjającego temu procesowi. Jednak to, czy jesteśmy w stanie przyjąć tę prawdę i zgodnie z nią działać, zależy od tego w jaki sposób rozumiemy niepełnosprawność i sytuację ludzi z niepełnosprawnością, czyli od akceptowanego przez nas modelu niepełnosprawności.

Celem artykułu jest prezentacja rozważań dotyczących problematyki teleologicznej w andragogice specjalnej w kontekście — ulegającego przeobrażeniom — modelu niepełnosprawności.

PRZEOBRAŻANIE SIĘ MODELU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI A FORMUŁOWANIE CELÓW ANDRAGOGIKI SPECJALNEJ

Problematyka teleologiczna wpisuje się w przemiany filozofii i polityki społecznej, prowadzące do przebudowy postaw społecznych, a polegające z jednej strony na zmianach w zakresie postrzegania niepełnosprawności i sytuacji osób nią dotkniętych, z drugiej — do zmian w rozumieniu powinności społeczeństwa wobec tej grupy osób. Historia tych przemian dotyczy zwłaszcza ostatniego półwiecza, a jej podstawę stanowi ruch na rzecz praw obywatelskich, który został zainicjowany na świecie w latach 60. XX wieku i towarzyszący mu rozwój idei humanistycznych¹. Dominujący wówczas (a utrzymujący się częściowo do dziś) instytucjonalny model pomocy i opieki osobom niepełnosprawnym oparty został na paradygmacie medycznym (inaczej rehabilitacyjnym) i nosi nazwę **indywidualnego modelu niepełnosprawności**. Zgodnie z nim niepełnosprawność traktowana jest jako konsekwencja choroby, uszkodzenia, braku, odchylenia *in minus* od normy psychofizycznej. Podejmowane działania koncentrują się wokół usprawniania, korekcji, leczenia czy kompensacji obserwowanych uszkodzeń. Model indywidualny kładzie nacisk na realizację działań, których celem ma być adaptacja, przystosowanie osoby niepełnosprawnej do społeczeństwa, w tym podporządkowanie jej obowiązującym normom i wzorcom społeczno-kulturowym². Na tym tle formułowane były cele pedagogiki specjalnej. W literaturze istnieje wiele przykładów trafnie obrazujących oparcie celów na indywidualnym modelu niepełnosprawności. I tak, zdaniem O. Lipkowskiego³: „Jednostkę upośledzoną należy wszechstronnie

¹ S. Sadowska, *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, Impuls, Kraków 2006.

² Por. A. Ostrowska, J. Sikorska, *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1996; T. Żółkowska, *Od medyczno-przedmiotowych do humanistyczno-podmiotowych koncepcji niepełnosprawności*, [w:] *Pedagogika we współczesnym dyskursie humanistycznym*, red. T. Lewowicki, WSP ZNP — Impuls, Warszawa–Kraków 2004; A. Krause, *Człowiek niepełnosprawny wobec przeobrażeń społecznych*, Impuls, Kraków 2004; A. Krause, *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Impuls, Kraków 2010.

³ O. Lipkowski, *Pedagogika specjalna. Zarys*, PWN, Warszawa 1981, s. 34.

kształcić i umożliwić jej optymalny rozwój, aby jak najpełniej mogła spełnić swoje zadanie społeczne”. Z kolei według K. Kirejczyka⁴:

Cele wychowania osób z odchyleniami od normy powinny uwzględniać charakter i stopień odchylenia i zmierzać do: a) zapewnienia tym osobom optymalnego rozwoju intelektualnego, opanowania przez nich możliwie najwyższej, dostępnej im rzetelnej wiedzy ogólnej; b) ukształtowania u nich opartego na tej wiedzy, zróżnicowanego według odchylenia rozwojowych, naukowego poglądu na świat; c) wychowania moralnego; d) przygotowania ich do wykonywania dostępnej i użytecznej dla nich pracy zawodowej; e) wychowania kulturalno-estetycznego pozwalającego tym osobom na dostępny im udział w życiu kulturalnym społeczeństwa; f) wychowania fizycznego gwarantującego zdrowie, sprawność i siły potrzebne im do udziału w realizacji powyższych działań.

Odnosząc się współcześnie do — jak zauważono powyżej — nadal obecnego (choć istotnie — w ograniczonym wymiarze) indywidualnego modelu niepełnosprawności podkreśla się, że tak sformułowane cele oraz oparte na nich działania określonych instytucji stanowią pole władzy i kontroli nad środowiskiem osób z niepełnosprawnością, przy czym odbywa się to pod hasłem działań *dla dobra* osób niepełnosprawnych⁵. Patrząc na zasygnalizowany problem z perspektywy organizacji systemu edukacji osób z niepełnosprawnością w Polsce nietrudno dostrzec, że paradygmat rehabilitacyjny i związany z nim indywidualny model niepełnosprawności wyznacza rozwiązania, których istotą jest dominacja edukacji segregacyjnej, nastawionej na dążenie do zmiany osoby z niepełnosprawnością tak, by możliwe było jej maksymalne dostosowanie do enigmatycznie ujętej⁶ normy. Należy przy tym zauważyć, że edukacja i opieka w systemie segregacyjnym tworzy diametralnie odmienne środowisko życiowe w stosunku do naturalnych warunków egzystencji⁷. Największy niepokój budzi ograniczenie możliwości zaspokajania wielu potrzeb emocjonalnych, brak możliwości podejmowania przez osobę z niepełnosprawnością indywidualnych wyborów, decydowania o sobie i podejmowania odpowiedzialności za własne decyzje. Prowadzi to w prostej linii do kształtowania niekorzystnych cech osobowościowych: bierności, braku odpowiedzialności, zewnątrzsterowności, tendencji do automarginalizacji lub przeciwnie — wysuwania wygórowanych roszczeń, braku umiejętności nawiązywania i rozwijania relacji z innymi ludźmi opartego na zasadach wzajemnej asertywności.

⁴ K. Kirejczyk, *Ideal, cele i zadania wychowania w pedagogice upośledzonych umysłowo*, [w:] *Upośledzenie umysłowe — pedagogika*, red. K. Kirejczyk, PWN, Warszawa 1981, s. 181.

⁵ Por. B. Cytowska, *Trudne drogi adaptacji. Wątki emancypacyjne w analizie sytuacji osób z niepełnosprawnością intelektualną we współczesnym społeczeństwie polskim*, Impuls, Kraków 2012.

⁶ Przyjmując, że każdy człowiek jest wielce złożonym *ontosystemem*, nadto funkcjonującym jednocześnie w rozmaitych rolach i pełniącym różnorodne funkcje, dokonanie kwalifikacji czy ktoś jest *w normie* czy poza nią wydaje się być bardzo daleko idącym uproszczeniem. Warto, oceniając czyjaś, ale i własną *normalność/brak normalności* zadać pytanie: pod jakim względem? Odpowiedź byłaby na tyle skomplikowana, że prowadziłyby do odrzucenia prostego podziału ludzi na kategorie *niepełnosprawni vs pełnosprawni*.

⁷ Por. S. Kowalik, *Pomiędzy dyskryminacją a integracją osób niepełnosprawnych*, [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*, red. B. Kaja, Wydaw. Uczelniane AB, Bydgoszcz 2001; A. Krause, *Integracyjne złudzenia ponowoczesności (sytuacja ludzi niepełnosprawnych)*, Impuls, Kraków 2000; A. Krause, *Normalizacja jako paradygmat myślenia i działania w pedagogice specjalnej*, [w:] *Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*, red. C. Kosakowski, A. Krause, Wydaw. UWM, Olsztyn 2005.

Ponadto, charakterystyczna dla indywidualnego modelu niepełnosprawności, nadmierna koncentracja na uszkodzeniach i niedoborach powoduje uzasadnione ryzyko przeniesienia postrzegania patologii o podłożu biologicznym na ogólne postrzeganie właściwości osób nimi dotkniętych⁸. W konsekwencji osoby z niepełnosprawnością traktowane są jako ogólnie mniej wartościowe, gorsze, nie mające niczego do zaproponowania pełnosprawnej części społeczeństwa.

Postrzeganie niepełnosprawności jako indywidualnego problemu osoby niepełnosprawnej prowadzi do ignorowania społecznych aspektów fenomenu niepełnosprawności, a nawet może być traktowane jako czynnik „metaupośledzający” społecznie⁹.

Negatywna ocena instytucji segregacyjnych (nieoptymalne ekonomicznie, nieefektywne), praktyk jakie miały miejsce na ich terenie (brak zaspokajania, a nawet dostrzeżenia indywidualnych potrzeb osób poddanych ich oddziaływaniom) oraz negatywnych efektów ich działalności (wspomniane wyżej niekorzystne cechy osób z niepełnosprawnością, brak jakiegokolwiek wykorzystania przez nie własnego potencjału) stopniowo doprowadziły do podjęcia inicjatyw, których celem było przeciwdziałanie/zapobieganie takiemu stanowi rzeczy. Pojawiły się hasła normalizacji i deinstytucjonalizacji. Początkowo jednak teoretyczne podstawy koncepcji normalizacyjnej dotyczyły przede wszystkim organizacyjnych wymiarów życia osób z niepełnosprawnością. Z czasem, w kolejnym etapie ruchu społecznego, poszerzono koncepcję normalizacyjną, choć w dalszym ciągu w centrum zainteresowania pozostawała nie tyle *osoba* z niepełnosprawnością, co jej *niepełnosprawność*, którą poddawano procesom naprawczym. Celem nadrzędnym działania specjalistów było podniesienie poziomu sprawności i poprawa funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, a dopiero na dalszym miejscu — jej społeczna integracja¹⁰.

Krokiem milowym było sformułowanie w roku 1979 przez brytyjską organizację Union of the Physically Impaired Against Segregation **społecznego modelu niepełnosprawności**¹¹. Zgodnie z nim niepełnosprawność powstaje na skutek ograniczeń, których doświadczają osoby niepełnosprawne, wynikających z istnienia w środowisku licznych barier o różnym charakterze. Mogą one dotyczyć środowiska fizycznego (np. bariery w zakresie urbanistyki — architektoniczne, transportowe czy w zakresie infrastruktury technicznej — utrudniony dostęp do informacji wskutek braku niezbędnych urządzeń technicznych, które mogłyby dostęp ten zapewnić); mogą odnosić się do przestrzeni społecznej (np. kierowanie się stereotypami, negatywne postawy, brak elastyczności, błędne przekonania), ekonomicznej (dyskryminacyjne rozwiązania na rynku pracy) czy prawno-formalnej. W myśl społecznego modelu niepełnosprawności problemem osób niepełnosprawnych jest więc nie ich dysfunkcja, ale istnienie wszechobecnych barier, a także nadmierne uzależnienie od pomocy profesjonalnej. Rozwiązania problemów należy zatem upatrywać w egzekwowaniu praw, niwelowaniu barier, doradztwie, aktywizacji i samopomocy. Oczekiwanym efektem tych działań ma być

⁸ Por. O. Speck, *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki*, przekł. W. Zeidler i in., GWP, Gdańsk 2005; J. Kirenko, M. Parchomiuk, *Edukacja i rehabilitacja osób z upośledzeniem umysłowym*, Wydaw. Akad. WSSP, Lublin 2006; A. Krause, *Współczesne paradygmaty...*

⁹ M. Wiliński, *Modele niepełnosprawności: indywidualny, funkcjonalny, społeczny*, [w:] *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*, red. A. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska, Wydaw. Naukowe „Scholar”, Warszawa 2010.

¹⁰ A. Krause, *Normalizacja jako paradygmat...*

¹¹ M. Wiliński, *Modele niepełnosprawności...*

zmiana społeczna prowadząca do akceptacji osoby z niepełnosprawnością przez społeczeństwo, a nie — jak w modelu indywidualnym — przystosowanie jednostki do istniejących warunków społecznych¹².

Początek lat 90. był okresem intensywnych transformacji w różnych obszarach, wśród nich także zmian w odniesieniu do postrzegania osób niepełnosprawnych. Niewątpliwie znaczącą rolę odegrała tu ogłoszona wcześniej przez ONZ Dekada Osób Niepełnosprawnych (1983–1992), która przyczyniła się do tego, iż problemy tych osób pojawiły się w przestrzeni dyskursu społecznego. Spowodowało to pogłębienie wiedzy, zmiany w stosowanej terminologii oraz rewizję dotychczasowych poglądów i postaw społecznych¹³. Tempa nabrały procesy decentralizacji, deinstytucjonalizacji, integracji oparte na filozofii personalizmu, podkreślającej godność i podmiotowość osoby jako najwyższej wartości, bez względu na poziom jej sprawności.

W 2001 roku Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła drugą wersję Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICIDH)¹⁴, w której podkreślony został społeczny model niepełnosprawności. Różnica pomiędzy medycznym a społecznym rozumieniem niepełnosprawności została, na zasadzie kontrastu/przeciwieństwa, ujęta w Deklaracji Madryckiej — dokumencie przyjętym w przededniu ogłoszenia roku 2003 jako Europejskiego Roku Osób Niepełnosprawnych. Czytamy w nim:

Naszą wizję można najlepiej opisać jako skonstrastowanie jej ze starą wizją, którą stara się ona zastąpić:

- a) OD traktowania osób niepełnosprawnych jako przedmiotu działań charytatywnych — DO postrzegania ich jako osób obdarzonych prawami;
- b) OD traktowania osób niepełnosprawnych jako pacjentów — DO postrzegania ich jako konsumentów i niezależnych obywateli;
- c) OD sytuacji, w której profesjonalści podejmują decyzje w imieniu osób niepełnosprawnych — DO sytuacji, w której same osoby niepełnosprawne podejmują niezależne decyzje i biorą odpowiedzialność za sprawy, które ich dotyczą;
- d) OD koncentrowania się na indywidualnych uszkodzeniach i zaburzeniach — DO usuwania barier, rewidowania norm społecznych, polityki i wzorców kulturowych oraz promowania wspierającego i dostępnego środowiska;
- e) OD określania ludzi mianem zależnych i nie nadających się do pracy — DO podkreślania ich uzdolnień i tworzenia aktywnych form wspierania;
- f) OD tworzenia warunków ekonomicznych i społecznych dla niewielkiej garstki — DO kreowania przyjaznego, elastycznego świata dla wszystkich;
- g) OD niepotrzebnej segregacji w edukacji, zatrudnieniu i innych sferach życia — DO integrowania osób niepełnosprawnych w normalny nurt życia;
- h) OD ograniczenia polityki wobec osób niepełnosprawnych do kompetencji specjalnych ministerstw — DO włączenia polityki wobec osób niepełnosprawnych w całość zadań, za które odpowiedzialność ponosi cały rząd¹⁵.

¹² Por. A. Ostrowska, J. Sikorska, *Syndrom niepełnosprawności...*

¹³ H. Ochonczenko, *Idea równych szans osób niepełnosprawnych w wybranych dokumentach prawnych*, [w:] *Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*, red. C. Kosakowski, A. Krause, Wydaw. UWM, Olsztyn 2005.

¹⁴ www.Sustainable-design.ie/arch/ICIDH-2Final.pdf [dostęp: 20.06.2012].

¹⁵ *Deklaracja Madrycka*, www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1878 [dostęp: 2.09.2012].

Tak ujęte postrzeganie niepełnosprawności wskazuje konkretne cele stojące przed andragogiką specjalną. Zgodnie ze społecznym modelem niepełnosprawności są one sformułowane głównie pod adresem środowiska społecznego.

Czy jednak przyjęcie takiej optyki nie upraszcza nadmiernie problematyki niepełnosprawności? Fenomen niepełnosprawności jest przecież ze swej natury złożony i wielowymiarowy, stąd trudno zamknąć go w liniowych modelach i poddać prostym interpretacjom. Warto zauważyć, że zarówno model medyczny, jak i model społeczny zakładają, iż przyczyny niepełnosprawności wynikają z jednorodnej grupy czynników (biologicznych ograniczeń — w modelu medycznym; rozmaitych barier stwarzanych przez środowisko — w modelu społecznym). Takie jednostronne widzenie niepełnosprawności prowadzi do negatywnych konsekwencji, tj. ignorowania pewnych aspektów tego zjawiska mających znaczenie tak dla samego rozumienia czym jest niepełnosprawność, jak i dla rzeczywistego określenia jej naprawdę skomplikowanych przyczyn i wielowymiarowych konsekwencji. Aktualnie odchodzi się więc od tylko społecznego, a tym bardziej od tylko medycznego rozumienia niepełnosprawności w kierunku **modelu funkcjonalnego**, zwanego także zintegrowanym. W dalszym ciągu model ten ma głównie charakter społeczny, ale dostrzega się w nim także wagę komponentów związanych bezpośrednio z samą osobą z niepełnosprawnością, w tym rozpatruje się funkcje i strukturę organizmu, umożliwiającą aktywność i uczestniczenie, przy czym obszar ten znajduje się w relacji z innymi obszarami, w tym — o charakterze indywidualnym (czynniki osobowe) i społecznym (czynniki środowiskowe). Niepełnosprawność jest tu traktowana jako wypadkowa cech indywidualnych, oddziaływań środowiska i sytuacji.

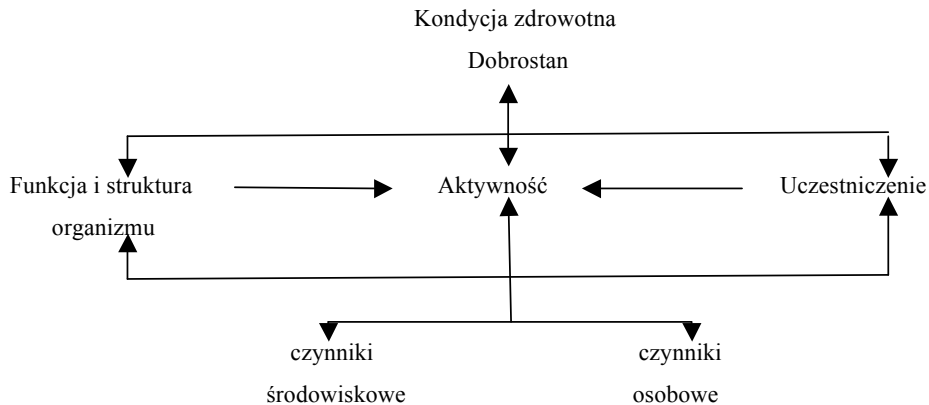
Zintegrowany model niepełnosprawności leżący u podłoża Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia¹⁶ uznaje znaczenie sfery biologicznej, lecz jednocześnie podkreśla rozumienie człowieka jako istoty działającej, realizującej zadania, ale przede wszystkim jako członka grupy/grup społecznych, do których on przynależy i w których uczestniczy. Pomiędzy wymienionymi komponentami istnieje sieć wzajemnych powiązań.

Zintegrowany model niepełnosprawności pozwala na zindywidualizowaną analizę funkcjonowania (możliwości i ograniczenia w odniesieniu do konkretnej osoby w kontekście uwarunkowań osobowych i środowiskowych), umożliwia także adekwatne formułowanie celów oddziaływań, w tym o charakterze pedagogiczno-rehabilitacyjnym.

Takie postrzeganie niepełnosprawności jest spójne z podejściem ekologicznym, opartym na teorii systemów. O ile w indywidualnym modelu niepełnosprawności cele formułowane były pod adresem samej osoby z niepełnosprawnością, zaś w modelu społecznym głównie wobec środowiska społecznego, o tyle w zintegrowanym modelu niepełnosprawności konieczne jest wielowymiarowe formułowanie celów, adekwatne do wielowymiarowego widzenia niepełnosprawności. Z jednej strony cele winny więc być zorientowane bezpośrednio na samą osobę z niepełnosprawnością jako na złożony ontosystem; równolegle winny one dotyczyć systemów zewnętrznych (środowiskowych) i to nie tylko w wymiarze bliskiego egzosystemu, ale także szerszych mezo- i najszerszego makrosystemu. Wartością, ku której winny prowadzić rozmaite oddziaływania oparte na tak skonstruowanym układzie celów jest m.in. proces poszukiwania/odnajdywania przez osobę z niepełnosprawnością sensu własnego życia i wsparcie jej w tym procesie przez środowisko.

¹⁶ *International Classification of Functioning, Disability and Health* (2001). Geneva: World Health Organization.

Ryc. 1. Zależności pomiędzy składnikami ICF



Źródło: A. Wilmońska-Pietruszyńska, D. Bliński, *ICF jako narzędzie ilościowej oceny naruszenia sprawności w orzekaniu dla potrzeb zabezpieczenia społecznego*, „Orzecznictwo Lekarskie” 2010, 7(1), s. 1–13.

POJĘCIE SENSU ŻYCIA I WSPARCIE W PROCESIE JEGO POSZUKIWANIA/ODNAJDYWANIA JAKO CEL NOWOCZESNEJ ANDRAGOGIKI SPECJALNEJ

Rozważania *czym jest sens życia? i co czyni życie sensownym?* towarzyszą prawdopodobnie człowiekowi od początku jego istnienia i pojawiają się w świadomości bezpośrednio, jako konkretnie formułowane pytania, bądź w sposób pośredni, jako podświadomy niepokój, imperatyw pobudzający do działania¹⁷. Problematyka sensu życia od dawna pojawiała się na gruncie najpierw filozofii, a stopniowo innych nauk z pedagogiką/andragogiką specjalną włącznie. Sposób rozstrzygnięcia o sensie i wartości życia zależy przede wszystkim od koncepcji podmiotu i ogólnych założeń filozoficznych dotyczących człowieka, w tym od przyjętego modelu niepełnosprawności.

Określenie *sens życia* ma charakter wieloznaczny. Zwykle wiąże się go kategorią wartości, celu, znaczenia. Znak równości pomiędzy pojęciem *sens życia* i *wartości życia* stawia m.in. W. Tatarkiewicz¹⁸ podkreślając, że przekonanie o sensie czyli wartości życia funduje zadowolenie z życia. Życie ma sens, jeśli nasze działania zorientujemy na widziany z naszej perspektywy wartościowy cel. Sensowne życie zależy więc od tego, co uznajemy za cel i od tego, czy zdołamy ten cel realizować. J. Mariański¹⁹ ujmując tę zależność w sposób jeszcze bardziej dosłowny: „Życie sensowne to tyle co życie celowe” i zauważa, że człowiek posiada tzw. *potrzebę sensu*, należąca do pierwotnego i specyficznego wyposażenia człowieka, która sprawia, iż człowiek nie może nie nadać

¹⁷ J. Konarska, *Poczucie sensu życia młodzieży z inwalidztwem wzroku*, Wydaw. UMCS, Lublin 1994.

¹⁸ W. Tatarkiewicz, *O szczęściu*, PWN, Warszawa 1985.

¹⁹ J. Mariański, *W poszukiwaniu sensu życia*, Wydaw. KUL, Lublin 1990, s. 85.

sensu swemu życiu, działaniom i całej rzeczywistości. Jednak *sens życia* nie powinien być utożsamiany wyłącznie z osiąganiem przez człowieka zamierzonych celów. Polega on bowiem bardziej na *dążeniu* do realizacji celów. Interesujące jest spojrzenie J. Bocheńskiego²⁰, który — stosując zasady logiki — dowodzi, że sens życia człowieka to raczej *szereg dążeń*, a nie dążenie do pojedynczego celu; ponadto zwraca uwagę, że życie może mieć sens także wtedy, gdy człowiek nie dąży do realizacji celów, ale gdy „używa chwili obecnej”. Wobec tego Bocheński formułuje — jak sam nazywa — regułę moralną — „umiej żyć w chwili obecnej i używać jej”²¹.

Sens życia jest kategorią zależną od podmiotu i do niego wyłącznie przynależącą. Trafnie ujmują to słowa „sprawa sensu mojego życia jest moją sprawą osobistą i wydaje mi się moralnie w porządku, gdy staram się ten sens na swój sposób zapewnić, czy się to Społeczeństwu podoba czy nie”²². A zatem — to każdy człowiek (także człowiek z niepełnosprawnością), osobiście i niezależnie musi dostrzec sens własnego życia. Sensu życia nie da się arbitralnie narzucić czy choćby zaproponować drugiemu człowiekowi. Z drugiej jednak strony bardzo trudno odnaleźć konstruktywny sens własnego życia, gdy świat zewnętrzny nie stwarza środowiska sprzyjającego człowiekowi. Warunki zewnętrzne wpływają bowiem na kształtowanie obrazu siebie, samoocenę, poziom samoakceptacji, budują nasze przekonania, kształtują system wartości, ku którym się kierujemy, tworzą podstawę dla postrzegania innych ludzi i budowanie relacji z nimi — są podłożem naszego myślenia i działania. A zatem doświadczenia społeczne stanowią bazę dla poszukiwania sensu własnego życia.

Trudno nie zgodzić się z opinią, że niepełnosprawność na ogół obniża poziom odczuwanego sensu życia²³. Pojawia się zatem pytanie o determinanty sensu życia. Odnosząc rozważania do przyjętego tu integralnego modelu niepełnosprawności stwierdzić można, że mogą one być zlokalizowane zarówno w obrębie ontosystemu, jak i w przestrzeni węższego i szerszego środowiska społecznego. Celami, na które w procesie oddziaływań pedagogiczno-rehabilitacyjnych warto zwrócić szczególną uwagę jest wsparcie osoby z niepełnosprawnością w procesie akceptacji niepełnosprawności, wsparcie w kształtowaniu optymistycznego stosunku do rzeczywistości wiążącego się z tendencją do cenięcia radości życia, rozwijanie zainteresowań czy w końcu, choć może od tego należałoby zacząć — rozwijanie duchowości. Jednocześnie wspieranie człowieka z niepełnosprawnością winno polegać na tworzeniu w środowisku przestrzeni i korzystnego klimatu poprzez likwidację rozmaitych barier ograniczających możliwość poszukiwania/odnajdywania sensu życia i dążenia do jego realizacji.

PODSUMOWANIE

Implikacjami wynikającymi dla teleologii i praktyki pedagogicznej (andragogicznej) z przyjęcia interakcyjnego modelu niepełnosprawności jest po pierwsze uznanie, że oddziaływaniami należy objąć nie tylko osobę z niepełnosprawnością, ale także jej bliższe i dalsze środowisko społeczne. Po drugie — oddziaływania pedagogiczno-

²⁰ J. Bocheński, *Sens życia*, Wydaw. Philed, Kraków 1993.

²¹ Tamże, s. 13

²² Tamże, s. 14.

²³ Por. E. Konieczna, *Poczucie sensu życia osób niepełnosprawnych ruchowo*, Impuls, Kraków 2010.

-rehabilitacyjne winny być formułowane jako interakcyjna odpowiedź na problem danego człowieka z niepełnosprawnością, tak ze strony specjalistów, jak i systemów w obrębie których on funkcjonuje (np. rodzina, szkoła, zakład pracy, mieszkańcy osiedla, wspólnota modlitewna, grupa towarzyska itd.). Całokształt oddziaływań winien dotyczyć wspierania procesów rozwoju i uczenia się (rozumianych jako procesy trwające na przestrzeni całego życia). Podejście takie akcentuje rolę środowiska, ale i wagę indywidualnych zasobów człowieka. Stąd oddziaływania winny być ukierunkowane zarówno na wspieranie rozwoju osoby z niepełnosprawnością, jak i na modyfikacje warunków środowiska, co z kolei wpłynie również na konstruktywne przemiany w obrębie samego podmiotu (tu: osoby z niepełnosprawnością). Podejście takie sprzyja realizacji istotnego celu andragogiki specjalnej — wsparcia osoby z niepełnosprawnością w procesie poszukiwania/odnajdywania przez nią sensu własnego życia.

Tamara Cierpiałowska

THE PROBLEMATIC ASPECTS OF TELEOLOGY IN SPECIAL ANDRAGOGY

Summary

The implications that the adaptation of the integrated model of disability brings about in teleology and (andragogical) pedagogical practice include first of all the belief that it is not only the disabled themselves that should be influenced, but also their closest as well as distant social environment. Second of all, pedagogical-rehabilitative effects ought to be formulated as an interactive response to problems of a given disabled person, both from the side of specialists as well as the systems within which they function. The totality of influences should be concerned with supporting the processes of growing and learning (understood as processes encompassing the whole scope of life). Such approach highlights both the role of the environment and the importance of individual resources of each human being. Thus, these influences should be aimed at both supporting the development of the disabled, as well as modifying environmental conditions, which — in turn — would allow for constructive changes within the subject itself (here: the disabled). The aforementioned attitude fosters the process of finding the sense of life by the disabled.