

## **ARTYKUŁY**

ROMAN OSSOWSKI

WSP w Bydgoszczy

### **ROLA SYSTEMU WARTOŚCI W DIAGNOZIE SYTUACYJNEJ**

#### **1. Istota i główne założenia diagnozy sytuacyjnej**

Praktyka diagnostyczna ma długą historię oraz złożony rodowód. Jej poprzedniczką była psychologia różnic indywidualnych, behawioryzmu, neobehawioryzmu, psychoanaliza, neopsychanaliza, psychologia pracy i wiele innych orientacji i dyscyplin psychologicznych. Diagnozowanie jest szczególnie ważnym elementem pracy każdego psychologa. Celem diagnozy jest badanie zjawisk, aby następnie interweniować. Interwencja odbywa się w dwojakiej formie: poprzez selekcję warunków lub osób, aby osiągnąć zamierzony wynik (strategia selekcji), albo; poprzez modyfikację warunków lub osób można uzyskać zamierzony wynik (strategia weryfikacji). W pierwszym przypadku zakładamy niezmienność warunków lub osób, a także ich możliwości (por. W. Paluchowski 1983, s. 14-15).

W zależności od podejścia do przedmiotu psychologii, stawiamy swoiste pytania o cel diagnozy. Dla behawiorystów ważne jest pytanie o funkcje zachowania oraz o to, co je wywołuje. Stawiamy diagnozę, aby poprzez sytuacje lepiej stymulować aktywnością jednostki. W klasycznej psychoanalizie Z. Freuda chodzi o określenia aktualnych relacji między *id*, *ego* i *superego*. Poprzez poznanie istoty konfliktu między *id* i *superego* można pomóc człowiekowi w odzyskaniu zdrowia psychicznego.

Psychologowie o orientacji poznawczej w procesie diagnozy psychologicznej dążą do poznania standardów deskryptywnych i ewaluatywnych, oraz zasad "filtrowania" informacji o świecie, samym sobie i innych ludziach. Ważny więc

będzie opis subiektywnego doświadczenia jednostki. Dlatego też współczesna fascynacja psychologią kognitywną wysunęła do roli znaczącej diagnozę sytuacyjną. Budzi ona coraz większe zainteresowania psychologiczne ze względu na swoją moc eksplanacyjną i predyktywną, a przez to i praktyczną.

Z rozważań wyżej przedstawionych wynika, że sposób rozumienia celu, struktury i technik uzyskania diagnozy psychologicznej jest ściśle uzależniony od tego, jak określa się przedmiot psychologii. Warto zaznaczyć, że zabiegi psychokorekcyjne, jak i psychoterapeutyczne mają także swoją genezę, znajdują uzasadnienie w sposobie uprawiania psychologii i przyjętych stanowiskach teoretycznych co do przedmiotu psychologii oraz w metodach uzasadniania twierdzeń psychologicznych.

Diagnoza psychologiczna jest jedna we wszystkich naukach psychologicznych, ma takie same podstawy i strukturę, gdyż owe nauki zawsze badają człowieka. Różnice polegają jedynie na tym, że każda dyscyplina psychologiczna zajmuje się człowiekiem w innego rodzaju sytuacjach życiowych (S. Gerstmann 1973).

Co zatem jest przedmiotem diagnozy psychologicznej?

M. Jarosz i H. Sękowa opierając się na rozważaniach A. Lewickiego, A. Frączka, Z. Pleszewskiego i S. Ziemskiego uważają, że z formalnego i teoretycznego punktu widzenia diagnoza psychologiczna jest podobna do diagnozy lekarskiej.

Jedną i drugą można ujmować jako **czynność badania** (postępowanie diagnostyczne) i jako **wynik** tej czynności. Jest ona rozpoznaniem jakiegoś stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych na podstawie objawów, w oparciu o znajomość ogólnych prawidłowości. Różnice dotyczą przede wszystkim przedmiotu diagnostyki. Lekarz dąży do poznania zaburzonego narządu, poznania zaburzonych funkcji biologicznych człowieka. Natomiast diagnoza psychologiczna powinna być systemem twierdzeń: 1) opisujących zaburzenia zachowania, 2) wyjaśniających te zaburzenia przez wykrycie dysfunkcji procesów psychicznych (orientacyjno-umysłowych, emocjonalno-motywacyjnych i wykonawczych) sterujących zachowaniem i wpływających na funkcje biologiczne, 3) określających, jaki udział w genezie zaburzeń mają czynniki sytuacyjne i osobowościowe; powinna ona także wykazać, czy zaburzenia osobowości uwarunkowane są bezpośrednio i pośrednio czynnikami somatycznymi, czy wpływami otoczenia (A. Lewicki 1969, s. 81).

Zatem przedmiotem diagnozy psychologicznej jest człowiek uwikłany w splót związków i zależności swoich codziennych działań, realizujący cele, rozwiązujący zadania i problemy codziennego życia.

Zdaniem S. Gerstmanna diagnozą psychologiczną nie jest diagnoza nozologiczna ani diagnoza typologiczna.

Diagnoza nozologiczna jest rozpoznaniem choroby psychicznej na podstawie ustalonych objawów. Natomiast diagnoza typologiczna pozwala zaszeregować osobę do określonego typu psychicznego w oparciu o określoną klasyfikację. **Nie uwzględniają one położenia osoby w określonej sytuacji życiowej.** Dlatego są one pozasytuacyjne (1979).

M. Susułowska zwraca uwagę, że termin diagnoza był pierwotnie związany z medycyną. Oznacza on powiązanie objawów chorobowych z etiologią. Postawić diagnozę w medycynie, oznacza powiedzieć, jaka to choroba, a więc określić jej jednostkę nozologiczną. Znaczy to przeważnie określić równocześnie prognozę i leczenie, bowiem rozpoznanie choroby najczęściej implikuje także sposób postępowania terapeutycznego (1979, s. 8). To myślenie chętnie przyjmują psycholodzy praktycy. Przejawia się ono między innymi w nadmiernym zaufaniu do **metod testowych** (psychometrycznych). Wynika to z lęku przed odpowiedzialnością w momencie stawiania diagnozy psychologicznej. Według M. Susułowskiej podstawową metodą diagnostyczną w psychologii klinicznej powinna być dobrze przeprowadzona **obserwacja** i starannie przeprowadzony **wywiad** oraz eksperymenty zaczerpnięte z psychologii ogólnej (1979, s. 12). Trudność polega na przyjęciu założeń ogólnoteoretycznych i przez to wydaniu opinii - na czym polegają zakłócenia regulacji, skąd się biorą oraz co robić, aby człowiek zaspokajając swoje potrzeby, realizował również zadania, które wynikają z pełnionych ról społecznych. S. Gerstmann w interesującej, a jednocześnie bardzo kontrowersyjnej pracy pt. *Podstawy psychologii konkretnej* (1987) zwraca uwagę, iż diagnoza psychologiczna jest "wynikiem badania biegu życia lub jego składników, np. zadań życiowych w psychologii klinicznej, głównie tych, w których podmiot nie osiąga celu, a napotyka trudności przynoszące skutki psychiczne, wytwarza problemowe położenie życiowe. Jest więc rezultatem poznania konkretnych form aktywności człowieka w codziennych warunkach życia" (s. 203). Tak więc poznanie sytuacji życiowej jednostki w toku jej rozwoju jest sprawą kluczową w diagnozie psychologicznej.

Mało docenianym w diagnozie zagadnieniem jest problem percepcji własnej sytuacji. Istnieje często, szczególnie wśród ludzi cierpiących na lżejsze lub

cięższe zaburzenia psychiczne, taka **percepcja własnej sytuacji życiowej**, która nie ma odpowiednika w obiektywnym stanie rzeczy. Sytuacja jest widziana przez nich w sposób wypaczony, który albo nie odpowiada ich nastrojom, albo też usprawiedliwia ich zachowanie. Zatem odpowiedź na pytanie: **w jaki sposób człowiek spostrzega swoją sytuację jest** ważne dla właściwego rozumienia jego zachowania, czy rozumienia prezentowanych zaburzeń zachowania.

Niezwykle ważnym dla właściwego funkcjonowania człowieka jest jego nastawienie wobec zadań, jakie ma wykonać. Sądzę, że w naszych diagnozach zbyt mało uwagi poświęcamy zagadnieniu postaw wobec zadań, u podstaw których leży preferowany przez jednostkę system wartości. Postawy te mogą w konsekwencji stać się przyczyną wielu zaburzeń w kontaktach z innymi ludźmi, mogą pomagać bądź przeszkadzać we współdziałaniu z grupami społecznymi czy konkretnymi ludźmi.

Inne pytanie, które stawiamy w procesie diagnozy - to pytanie o genezę danego zakłócenia (zaburzenia) - jak doszło do obecnego stanu (A. Lewicki - psychologiczny życiorys pacjenta). Wreszcie ważnym elementem diagnozy jest propozycja zaleceń psychokorekcyjnych lub terapeutycznych.

W dalszych rozważaniach zwrócę uwagę na koncepcję sytuacji w ujęciu T. Tomaszewskiego. Jest to oryginalna wersja koncepcji sytuacji w ujęciu poznawczym. Stanowi ona bardzo wartościową podstawę teoretyczną do diagnozy sytuacyjnej.

## **2. Koncepcja sytuacji w ujęciu psychologii poznawczej jako teoretyczna podstawa diagnozy sytuacyjnej**

Pojęcie sytuacji, akcentujące rolę związków człowieka z otaczającym światem, stosowane jest coraz powszechniej we współczesnej psychologii. T. Tomaszewski (1975) przez sytuację rozumie układ wzajemnych stosunków człowieka z innymi elementami jego środowiska w określonym czasie. W tak rozumianej sytuacji człowiek stanowi szczególny jej element, ze względu na który jest ona rozpatrywana - jej podmiot. Ta podmiotowa rola człowieka wiąże się z jego specyficzną zdolnością do percepcji i tworzenia jej subiektywnego, właśnie podmiotowego obrazu. Konstruowanie obrazu rzeczywistości jest z jednej strony następstwem czy wyrazem podmiotowości, a z drugiej - warunkiem funkcjonowania jako przedmiotu. **Subiektywny obraz własnej sytuacji pełni bowiem ważne**

**funkcje regulacyjne, to właśnie on, a nie obiektywne właściwości sytuacji, decyduje o przebiegu wyższych form efektywności człowieka.** Właśnie dlatego tylko sytuacjom możemy nadawać takie przymiotniki, jak "pomyślna" lub "niepomyślna", "łatwa" lub "trudna", "stresowa", "przyjemna", "przykra", "ujemna" lub "niejasna" itp. (1970, s. 176). Każda sytuacja może być rozpatrywana tylko ze względu na określoną aktywność podmiotu, a nie obiektywnie, niezależnie od podmiotu. Mając to na uwadze T. Tomaszewski proponuje włączenie do pojęcia sytuacji także jej poznawczej reprezentacji przez człowieka. Pojęcie sytuacji obejmuje więc układ elementów, w których jeden wyróżniony jest **jako podmiot i podmiotową** percepcję tego układu (1975). Rozróżnienie subiektywnego i obiektywnego aspektu sytuacji jest uzasadnione z jednej strony ich odmiennym udziałem w regulacji zachowania się człowieka, z drugiej strony tym, że pomiędzy obiektywnymi właściwościami sytuacji a jej podmiotowym charakterem zachodzą niekiedy znaczne różnice.

Niezależnie od rozróżnienia aspektu subiektywnego i obiektywnego T. Tomaszewski rozpatruje sytuacje w ich wymiarze **życiowym** bądź **czynnościowym**. Wymiary te odpowiadają dwom głównym kierunkom aktywności człowieka: **procesom** istotnym dla utrzymania się przy życiu na odpowiednim poziomie - sytuacja człowieka chorego, sytuacja inwalidy, sytuacja więźnia itp.; oraz **działalności** człowieka, w której reguluje on swoje stosunki z otoczeniem.

Sytuacje w wymiarze życiowym wiążą się zaspokajaniem potrzeb. Np. sytuacja człowieka chorego nie musi tylko mieć charakteru negatywnego. Często choroba zwalnia człowieka z zagrożeń zawodowych lub przyczynia się do zaspokojenia potrzeb afiliacyjnych. Są zatem i korzyści z choroby. Ważny jest przeto bilans zysków i strat co jest istotne w diagnozie!

Sytuację człowieka możemy także charakteryzować w wymiarze czynnościowym. Za T. Tomaszewskim (1975) rozróżniamy dwa aspekty sytuacji: **bodźcowy i zadaniowy**. W **aspekcie bodźcowym** stanowi ona określony układ stymulacyjny, wywołany szereg reakcji na drodze odruchowej. Różnice interindywidualne w reagowaniu są spowodowane wrażliwością na bodźce, stanem organizmu - zmęczenie, lęki aktywizujące bądź hamujące wydzielanie hormonów, rytmy biologiczne.

Sytuacja rozpatrywana w **aspekcie zadaniowym** stanowi pewien układ **wartości, czyli celów**, do których człowiek dąży, oraz **możliwości**, od których zależy, czy cel zostanie osiągnięty. Różnice interindywidualne w funkcjonowaniu

jednostki są spowodowane różnicami w strukturze i hierarchii wartości oraz poczuciem szans (możliwości) ich osiągnięcia.

### 3. Wartości i system wartości jako ważny wymiar diagnozy sytuacyjnej

H. Sękowa (1980) system wartości traktuje jako wiedzę, z tym, że chodzi tu o te elementy, które dla jednostki mają bezpośrednio wartość w tym znaczeniu, że jest w nich zawarta i zmagazynowana ocena pozytywna lub negatywna. Przedmiotem wartości jest "wszystko co otacza człowieka i on sam oraz relacja jego ze światem społecznym, przyrodniczym i światem wytworów ludzkich, tj. światem rzeczy, cywilizacją i kulturą" (s. 29).

Zdaniem Autorki, informacje o wartościach (oceny) spełniają rolę standardów sterujących zachowaniem jednostki. Tworzą one bowiem system celów i zadań człowieka. Jeśli informacja o wartości dotyczy stanów przeszłych, zachowanie będzie ukierunkowane na przywrócenie bądź utrzymanie wartości posiadanych (zachowanie obronne lub zachowawcze). Gdy zachowania będą nastawione na cele (wartości) będące idealizacją rzeczywistości (stany przyszłe) można mówić o realizacji celów (wartości) rozwojowych (s. 29-30).

Człowiek ceni różne rzeczy. Różna jest też siła z jaką człowiek ceni rzeczy. Możemy też mówić i o tym, że jedne rzeczy, stany, człowiek ceni na kontinuum dodatnim (zdrowie), inne zaś ocenia na kontinuum ujemnym (chorobę) - inaczej mówiąc może być **odczucie wartości** lub poczucie braku (np. zdrowia).

Istnieją w literaturze różne próby opisu systemu wartości. Innymi słowy usiłuje się je opisać w kategoriach jakościowych (rodzaje wartości), jak i ich hierarchii.

Wybitny etyk, filozof A. Grzegorzczak (1983) w swojej bardzo interesującej rozprawie *Próba treściowego opisu świata wartości i jej etyczne konsekwencje* dzieli wartości na **witalne** i **duchowe** oraz opisuje konsekwencje społeczne i osobowościowe funkcjonowania wartości, a zwłaszcza znaczenie ich hierarchii. Jego zdaniem w życiu lub działaniu większości ludzi istnieje pewne niedopowiedzenie dotyczące intencji. Nie mówimy o wartościach tylko o celach jako zewnętrznie uchwytnych stanach rzeczy i o tym tylko zakresie posiadamy jasną świadomość swoich intencji i formułujemy postanowienia. Natomiast odczucia wartości stanowią drugie dno, jak gdyby głębszą warstwę naszych przeżyć związanych z dążeniami. Ingerują one niewątpliwie i w sposób decydujący, ale ta

ingerencja nie odbija się adekwatnie w sferze regulacji zwerbalizowanej, które właśnie nazwaliśmy wolą (art. 46). Wartości zatem stanowią ważne tło zadań i celów życiowych.

We własnych badaniach nad sytuacją ludzi z inwalidztwem wzroku zastosowałem koncepcję sytuacji T. Tomaszewskiego (1982). Bardzo trafnym, w sensie diagnostycznym, okazał się zamysł, aby na zdarzenia otoczenia, siebie samego, elementy otoczenia "spojrzeć" przez pryzmat celów i zadań życiowych (podkładem ich są wartości). Zdarzenia otoczenia są bowiem spostrzegane przez pryzmat preferowanych wartości i realizowanych celów i zadań życiowych.

Z przedstawionej koncepcji rozumienia sytuacji w perspektywie zadań, celów życiowych i preferowanych wartości wynikają dwa wnioski dla procesu diagnozy:

1. Dla pełnego opisu sytuacji człowieka należy dokonać opisu układu ważności celów i zadań życiowych i dopiero w tym kontekście dokonać oceny znaczenia różnych elementów środowiska i specyfiki ich wpływu na poszczególne jednostki. Natomiast obiektywny opis sytuacji człowieka jako np. trudnej, wcale nie musi być dla jednostki sytuacją trudną. Przeciwnie choroba może być wyjściem ze złożonej sytuacji życiowej, z sytuacji bez wyjścia.

2. W procesie badawczym (diagnozy) należy dokonać oceny struktury i układu ważności celów życiowych i dopiero w tzw. kontekście rozważyć, czy wynikające stąd sytuacje podmiot może w danych warunkach przekształcić za pomocą dostępnych mu czynności w sytuację pożądaną. Ocena tej relacji jest podstawą określenia, czy człowiek znajduje się w sytuacji normalnej, optymalnej, czy trudnej. Ta ostatnia sytuacja może być sytuacją z nadzieją bądź z brakiem nadziei.

Obraz sytuacji badanej jednostki zawierający podane wyżej elementy, ukazuje nam jaki badany jest, jakie ma problemy życiowe i jak sobie z nimi radzi. Stanowi więc ważne uzupełnienie danych, które można uzyskać metodami standaryzowanymi. Dlatego diagnoza sytuacyjna umożliwia wnikliwy opis zachowania w złożonych sytuacjach życiowych, które jest często sterowane całą konstelacją zmiennych, będących poza pomiarem metodami standaryzowanymi. Nie deprecjonując wartości metod standardowych trzeba dostrzegać znaczenie pomiaru obrazu własnej sytuacji technikami niestandardowymi.

Dużą wartość diagnostyczną posiada hierarchia uznawanych wartości. Wspomniany wcześniej A. Grzegorzczak wyraża to w trzech tezach.

"1. Lepsze (wartościowsze) wydaje się życie ludzkie (fragment, decyzja), w którym obok dążenia do wartości witalnych występuje dążenie do wartości duchowych.

2. Lepsza (wartościowsza) wydaje się rezygnacja z wartości witalnych, jeśli przy jej pomocy można osiągnąć wartość duchową, aniżeli rezygnacja z wartości duchowej dla osiągnięcia wartości witalnej, gdy nie ma możliwości harmonijnego osiągnięcia obu wartości.

3. Tym lepszym (wartościowszym) wydaje się życie (fragment życia, decyzja), im więcej występuje w nim dążenie do wartości duchowych" (s. 49).

Jest to dyskusja wokół problemu - mieć czy być.

Uwzględniając w procesie diagnozy psychologicznej system preferowanych wartości można określić nie tylko istotę zakłóceń w regulacji stosunków z otoczeniem (wartość eksplanacyjna) ale i zebrać dane o charakterze prognostyczno-utylnym. Tzn. znajomość systemu wartości jednostki może pomóc w określeniu konkretnych celów terapii. Np. zdaniem K. Jankowskiego istnieją cztery podstawowe cele terapii: wybór konkretnej, własnej drogi życiowej, akceptacja siebie, pozytywne postawy wobec innych ludzi, realistyczne postrzeganie otaczającego świata. Następstwem terapii powinien być wybór strategii życiowej, że człowiek częściej wygrywa, aniżeli przegrywa, że zyskuje, a nie traci, że jest odpowiedzialnym za swoje życie, a nie przerzuca tej odpowiedzialności na innych (1975, s. 260).

#### **4. Wartość eksplanacyjna i predyktywna diagnozy sytuacyjnej - analiza przypadków**

Wartości diagnozy sytuacyjnej zostaną ukazane na przykładzie badań nad własną sytuacją rodzinną inwalidów wzroku.

Autor niniejszego artykułu w oparciu o swobodne wypracowania pisemne i rozmowę psychologiczną zebrał dane od 45 inwalidów wzroku na temat własnej sytuacji rodzinnej<sup>\*</sup>. Wiek badanych wahał się w granicach 18-34 lata. Wśród

Całość badań można znaleźć w pracy: R. Ossowski *Kształtowanie własnej sytuacji i siebie u inwalidów wzroku w procesie rehabilitacji*. Bydgoszcz WSP 1982



badanych byli mężczyźni i kobiety, ociemniali i niewidomi. Niektórzy byli inwalidami o wieloprofilowej niepełnosprawności.

Sugerowano, aby w wypracowaniu na temat *Moja sytuacja rodzinna* badani ustosunkowali się do następujących spraw: ocena własnej sytuacji rodzinnej, stosunek rodziców i rodzeństwa do badanego, przyczyny radości i smutków w rodzinie, pragnienia co do poprawy samopoczucia w rodzinie. Drogą rozmowy psychologicznej, prowadzonej według reguł sugerowanych przez S. Gerstmann (1983) starano się uzupełnić dane uzyskane w oparciu o wypracowania pisemne.

Badani szczególnie dużo uwagi poświęcali dwom sprawom - swojej sytuacji w rodzinie generacyjnej i pragnieniom co do założenia własnej rodziny prokreacyjnej, gdy tylko zaistnieją ku temu odpowiednie warunki.

Oto trzy przykłady z badań bardzo charakterystyczne, ze względu na odmienną aktualnej sytuacji własnej oraz wizję własnej sytuacji pożądaną (przyszłą).

Niedowidząca kobieta L.B., lat 22: " (...) Mam troje rodzeństwa. Jestem najmłodsza i chyba dlatego mnie trochę rozpieszczano. Mój wzrok ani trochę nie wpływa na moje stosunki z rodzicami i rodzeństwem. Mam wspaniałą rodzinę. Nie mogłabym żyć, gdyby moi bliscy dali mi odczuć, że jestem dla nich ciężarem. Czuję się bardzo dobrze w gronie rodzinnym i przyjaciół. Nie chciałabym, aby w mojej rodzinie zaszły jakiegokolwiek zmiany".

Percepcja własnej sytuacji badanej L.B. jest pozytywna i optymistyczna. Jednakże brak przyszłościowej wizji życia rodzinnego w rodzinie prokreacyjnej musi budzić niepokój. Wszakże niemożliwy jest jeden stan przez długi okres czasu. Zmiany w rodzinie zajść muszą. Pozostaje stąd pytanie, jaka będzie wtedy sytuacja L.B. W procesie rehabilitacji uwzględniono ten problem, ale badana bardzo go unikała i nie chciała przyjąć do wiadomości, że zmiany w jej sytuacji muszą nastąpić.

Szczaćkowo widzący S.J., lat 24 "(...) Rodzina składa się z 5 osób. Mam 2 siostry. Moje miejsce w rodzinie jest na równi z siostrami. (...) Stosunek do mnie rodziców i rodzeństwa jest bardzo dobry. Nie ma między nami kłótni. Radość w rodzinie sprawia mi to, że czuję się w niej jak równy członek rodziny. Biorę udział we wszystkich pracach w gospodarstwie. Na przykład, gdy jest przerywka buraków, to biorę w niej pełny udział. Zdarzało się tak, że przeoczyłam zielsko między burakami. Wówczas rodzice nie poprawiali po mnie, lecz zwrócili mi na to uwagę

i kazali poprawić. I właśnie to sprawiło mi szczególną radość. Uczyli mnie samodzielności i dokładności”.

Na uwagę zasługują w tej wypowiedzi bardzo rzeczowe i serdeczne stosunki w rodzinie oraz wartościowa postawa rodziców wobec niewidomego dziecka - akceptacji i wyzwalania jego możliwości.

Zgoła odmienna jest sytuacja rodzinna niewidomego R.W. lat 23. “Mam 23 lata. Jestem nieślubnym dzieckiem. Moja rodzina składa się z 4 osób: mamy, ojczyrna i siostry, która ma 9 lat. Przez rodziców byłem zawsze źle traktowany. Tylko siostra mnie kochała i lubiła. Największą moją radością w rodzinie jest to, że kocha mnie siostra. Natomiast smuci mnie i martwi niechęć i wrogość do mnie, i to że rodzice pragną wykorzenić z siostry to, co najcenniejsze - przyjaźń, miłość i przywiązanie do brata. Jestem przekonany, że moich rodziców nic nie zmieni, gdyż są pozbawieni wszelkich uczuć rodzicielskich. Wierzę, że moje samopoczucie w rodzinie będzie lepsze, gdy założę własne ognisko domowe, tak bardzo przeze mnie wymarzone”.

Sytuację niewidomego R.W. można określić jako krańcowo trudną. Stąd wielkie pragnienie, aby założyć własną rodzinę, w której spotka się z pozytywnym rezonansem uczuciowym.

Z trzech przytoczonych przykładów, można zauważyć jak różne są konstelacje rodzinne, postawy uczuciowe i jak odmienny wywierają one wpływ na plany życiowe. Najkorzystniejsza ze względu na dobro niewidomego zarówno aktualne, jak i przyszłe jest sytuacja szcążtkowo widzącego S.J. Mniej korzystna jest sytuacja niedowidzącej L.B. Jej obecna sytuacja jest wprawdzie korzystna, ale grożą jej niebezpieczeństwa w przyszłości, ponieważ samozadowolenie z sytuacji istniejącej i brak konkretnych planów na przyszłość musi budzić niepokój.

Wprawdzie obecna sytuacja rodzinna niewidomego R.W. jest trudna do zniesienia, to jednak w przyszłości może być ona bardzo przyjemna. Być może, że w jego przyszłej rodzinie będzie to wszystko czego nie otrzymał on w dzieciństwie - miłość, ciepło, przywiązanie, współbrzmienie uczuciowe.

Z przedstawionych danych wynikają pewne wnioski co do kierunków rehabilitacyjnego oddziaływania na rodzinę oraz co do przygotowania niepełnosprawnego do realnego życia rodzinnego w momencie założenia rodziny własnej.

1. Sprawą podstawową jest kształtowanie postaw rodziców i rodzeństwa wobec osoby niepełnosprawnej. Postawy akceptacji, uznania praw, rozumnej swobody i współdziałania najlepiej mogą przyczynić się do wyzwolenia i rozwoju

pozostałych możliwości. Bardzo inspirujące dla praktyki rehabilitacji mogą być rozważania M. Ziemskiej zawarte w pracy *Postawy rodzicielskie*.

2. Ważnym zadaniem zespołu rehabilitacyjnego i rodziny generacyjnej jest przygotowanie niepełnosprawnego do założenia własnej rodziny prokreacyjnej. Nie można bowiem zatrzymać rozwoju niepełnosprawnego na poziomie rodziny generacyjnej. Z drugiej jednak strony należy niepełnosprawnego przygotować do rozwiązywania trudów życia jakie wiążą się z funkcjonowaniem rodziny. Nie są od nich wolne wszystkie rodziny pełnosprawne, zaś niepełnosprawne w szczególności. Trzeba przygotować niepełnosprawnych do samorozwoju, do niezależności. Przeto w strukturze diagnozy sytuacyjnej jest opis istniejącej sytuacji życiowej, opis wizji sytuacji przyszłej oraz umiejętności, nawyki, które inwalidzi wzroku powinni opanować, aby mogli własne sytuacje istniejące przekształcić w pożądane, przyszłe.

Tego rodzaju elementy struktury diagnozy sytuacyjnej umożliwiają poznanie przebytej drogi życiowej człowieka, poznanie planów życiowych, gotowość do ich realizacji oraz oceny własnych możliwości.

## LITERATURA

- Gerstmann S.: Podstawowe założenia diagnozy psychologicznej, W: Klimasiński K. (red.) *Diagnoza psychologiczna w poradnictwie i rehabilitacji*, Min. Ośw. i Wych. oraz PTP Oddział Kraków 1979
- Gerstmann S.: *Rozmowa i wywiad w psychologii wychowawczej* (red.) L. Wołoszynowa. Seria III, T. 2. Warszawa PWN 1973
- Gerstmann S.: *Podstawy psychologii konkretnej*. Warszawa PWN 1987
- Grzegorzczak A.: *Próba treściowego opisu świata wartości i jej etyczne konsekwencje*. Warszawa Ossolineum 1983
- Jankowski K.: *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*. Warszawa PIW 1975
- Jarosz M. i Sęk H.: *Niektóre metody badań psychologicznych*, W: Jarosz M. (red.): *Psychologia lekarska*. Warszawa PZWL 1983
- Lewicki A.: *Psychologia kliniczna w zarysie*, W: Lewicki A. (red.): *Psychologia kliniczna*. Warszawa PWN 1969
- Ossowski R.: *Kształtowanie obrazu własnej sytuacji i siebie u inwalidów wzroku w procesie rehabilitacji*. Bydgoszcz WSP 1982
- Paluchowski W.: *Wybrane problemy psychodiagnostyki*, W: Paluchowski W. (red.): *Z zagadnień diagnostyki osobowości*. Warszawa Ossolineum 1983
- Paluchowski W.: *Osobowość a działanie*. Warszawa Ossolineum 1981
- Sęk H.: *Orientacja w sytuacjach społecznych*. Poznań 1980
- Susułowska M.: *Struktura i funkcja diagnozy psychologicznej*, W: Klimasiński K. (red.): *Diagnoza psychologiczna w poradnictwie i rehabilitacji*, Min. Ośw. i Wych. oraz PTP Oddział Kraków 1979
- Tomaszewski T.: *Z pogranicza psychologii i pedagogiki*. Warszawa PZWS 1970
- Tomaszewski T.: *Ślady i wzorce*. Warszawa WSiP 1984
- Tomaszewski T.: *Człowiek i otoczenie*, W: *Psychologia* (red.): Tomaszewski T. Warszawa PWN 1975
- Ziemski S.: *Problemy dobrej diagnozy*. Warszawa WP 1973
- Ziemska M.: *Postawy rodzicielskie*. Warszawa WP 1973