

Piotr Winczewski

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

Wybrane aspekty osamotnienia osób niepełnosprawnych ruchowo

ABSTRAKT: Prezentowany artykuł jest syntetyczną relacją z badań nad uwarunkowaniami osamotnienia osób niepełnosprawnych. Wyeksponowano w nim wpływ wybranych czynników na pozostawanie tych osób w izolacji, a także ich wpływ na wydostawanie się z samotności. Materiał badawczy stanowią biograficzne studia przypadków.

SŁOWA KLUCZOWE: biografie osób niepełnosprawnych, funkcjonowanie osób niepełnosprawnych, niepełnosprawność, samotność.

Kontakt:	Piotr Winczewski p.winczewski@unipt.pl
Jak cytować:	Winczewski, P. (2014). Wybrane aspekty osamotnienia osób niepełnosprawnych ruchowo. <i>Forum Oświatowe</i> , 1(51), 129-145. Pobrano z: http://forumoswiatowe.pl/index.php/czasopismo/article/view/48
How to cite:	Winczewski, P. (2014). Wybrane aspekty osamotnienia osób niepełnosprawnych ruchowo. <i>Forum Oświatowe</i> , 1(51), 129-145. Retrieved from http://forumoswiatowe.pl/index.php/czasopismo/article/view/48

WPROWADZENIE

Osamotnienie niejednokrotnie jest świadomym wyborem jednostki ceniącej autonomię. Nie każdy jednak staje przed możliwością aktywnego wybierania postawy życiowej. Liczne osoby niepełnosprawne zmagają się raczej z trudami funkcjonowania poza zasadniczym nurtem aktywności populacji. Ich pozycja społeczna często nie wynika z wyboru, ale raczej z trudności wchodzenia w relacje z osobami trzecimi. W tej perspektywie niepełnosprawność traktuje się współcześnie nie jako dysfunkcję stanu zdrowia, budowy ciała czy narządów zmysłów jednostek, ale jako organizację społeczeństwa wykluczającą niektórych ludzi z aktywności. Konsekwentnie w takim ujęciu niepełnosprawność rozpatruje się jako formę „społecznej opresji” populacji wobec jednostek, co prowadzi do ich marginalizacji (Abberley, 1997; Hall, 1996). Mechanizmy tej opresji porównuje się z typowymi dla wykluczania jednostek z powodów naturalnych, etnicznych, związanych z płcią, przynależnością do klasy społecznej (Allott, Robb, 2001; Long, 2000). Równocześnie czyni się starania, by w systemie edukacyjnym przeciwdziałać marginalizacji osób niepełnosprawnych projektując ich udział w typowych formach aktywności populacji (Gibb, 2007). Postuluje się także i wprowadza w życie adaptacje przestrzeni publicznej umożliwiające poruszanie się w niej osobom o ograniczonej sprawności, co umożliwia im przezwyciężanie stanu izolacji społecznej (Waddell, Burton, 2004). Wdraża się również tzw. programy aktywnej rehabilitacji wszechstronnie aktywizujące osoby o znacznych uszczerbkach sprawności, co ma ułatwić tej grupie m.in. wykonywanie pracy zawodowej (Kowalik, 2009). Taka aktywność w gronie rówieśników umożliwia osobom niepełnosprawnym wpływanie na kształt praktyki społecznej w zgodzie z własną wizją porządku świata, co potencjalnie przeciwdziała ich osamotnieniu (Ossowski, 2004).

Poniżej przedstawiono relację z szerszych badań jakościowych nad aktywnością osób niepełnosprawnych ruchowo. Sprawozdanie zawężono do wyeksponowania wybranych aspektów i uwarunkowań osamotnienia osób niepełnosprawnych wynikających z ograniczeń możliwości uczestnictwa w zasadniczym nurcie aktywności populacji. Wyeksponowano zindywidualizowane czynniki zarówno utrudniające, jak i umożliwiające osobom niepełnosprawnym wchodzenie w interakcje typowe dla ich rówieśników.

CEL EKSPLORACJI

Celem przedstawianego wycinka badań było zewidencjonowanie czynników potencjalnie izolujących osoby niepełnosprawne ruchowo i ich rodziny od zasadniczego nurtu aktywności populacji oraz przeciwdziałających temu stanowi. Eksploatacja obejmowała zarazem zjawisko zmagania się jednostki z marginalizacją, jak i przezwycięzania jej dzięki wsparciu osób trzecich. Przyjęta procedura badawcza ma na celu ukazanie spektrum zachowań osób niepełnosprawnych, które można wykorzystać w trakcie pogłębionych badań nad uwarunkowaniami ich osamotnienia.

MATERIAŁ BADAWCZY

Materiał do badań pozyskiwano w drodze spotkań z osobami niepełnosprawnymi ruchowo i ich rodzinami. Populację badanych typowano na podstawie wskazań lekarzy rodzinnych oraz lekarzy specjalistów neurologii i rehabilitacji. Poniżej zrelacjonowano jedynie wycinek badań związany bezpośrednio z zagadnieniem wybranych aspektów osamotnienia osób niepełnosprawnych.

METODA

Przedstawione wnioski wyprowadzono na podstawie pogłębionych wywiadów (tzw. głębinowych) z pacjentami (Baker, 1997). Wspomagano je wywiadami z rodzinami osób niepełnosprawnych oraz personelem medycznym sprawującym nad nimi opiekę. Diagnoza miała postać studiów przypadków (Łobocki, 2005; McNeill, 1986) i była ukierunkowana na ustrukturalizowanie ograniczeń funkcjonowania pacjentów. Po zdiagnozowaniu potrzeb inicjowano procedury medyczne i postępowanie przewyżczające ograniczenia architektoniczne oraz komunikacyjne z użyciem środków resortu ochrony zdrowia, pomocy społecznej i dzięki wsparciu finansowemu fundacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych.

W uzupełnieniu postępowania medycznego pozyskano dane o czynnikach relatywnie drugorzędnych dla świadczeń z zakresu ochrony zdrowia, które równocześnie wydają się wartościowe poznawczo dla badaczy wywodzących się ze świata nauk społecznych. Dotyczyły one pozamedycznych uwarunkowań funkcjonowania osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Poniższy materiał syntezyzuje te właśnie jakościowe aspekty diagnoz.

PREZENTACJA WYNIKÓW

Przedstawiając wyniki zaprezentowano syntetyczne studia przypadków odzwierciedlające skonkretyzowane opisy doświadczeń jednostek. Ukazują one zróżnicowanie wybranych czynników limitujących pozycję społeczną osób niepełnosprawnych ruchowo. Relacja ma postać opisów, które domknięto konkluzjami i dyskusjami stanowiącymi odpowiednik wniosków w innych procedurach badawczych. Materiał

zamykają podsumowanie i wnioski zestawiające spektrum ujawnionych zachowań, które stanowią próbę zgeneralizowania ujawnionego stanu rzeczy.

Przedstawione syntetyczne studia przypadków są odzwierciedleniem rzeczywistych losów realnych osób.

Przypadek 1

Pacjent uległ urazowi rdzenia kręgowego w okolicy piersiowej tuż przed maturą. W samochodzie, którym kierował i który uległ wypadkowi, znajdowali się również inni pasażerowie. Żaden z nich nie doznał znacznego uszczerbku na zdrowiu. Nastolatkwie jechali na wieczorną dyskotekę.

Wcześniej chłopiec był duszą towarzystwa, jednym z najaktywniejszych w gronie rówieśników. Był właścicielem ekskluzywnego samochodu, nie trapiły go trudności finansowe. Już jako nastolatek był powszechnie znany osobom trzecim w lokalnej społeczności; jego rodzina była najlepiej sytuowana materialnie pośród mieszkańców niewielkiego miasteczka. Chłopiec był jedynakiem, upatrywano w nim następcę ojca w firmie rodzinnej. Finansowa pozycja rodziców czyniła nastolatka jednym z naturalnych liderów społeczności rówieśniczej.

Pacjent po urazie odmawiał jakichkolwiek form kontaktu z otoczeniem; wyrażał zgodę jedynie na to, by zatrudniana przez rodziców gospoia sporadycznie sprzątała jego pokój. Nawet matka nie mogła do niego wchodzić. Chłopiec nie spożywał posiłków z rodziną. Nie zgadzał się także na odwiedziny rówieśników. Konsekwentnie nie wyraził zgody na odwiedziny mieszkającego nieopodal niepełnosprawnego sportowca – mistrza Polski w tenisie i medalisty w żeglarstwie, który chciał służyć mu radą i pomocą.

Konkluzja. Nastolatek po wypadku nie odczuwał już przynależności do grona rówieśników, w którym sprawność fizyczna i ruchowa, rzutkość, uczestnictwo w wyszukanych formach spędzania czasu wolnego są istotnymi kryteriami stratyfikacyjnymi. Chłopiec intuicyjnie czuł się odmienny od niedawnych kolegów. Zarazem nie potrafił zaakceptować tego, że jest postrzegany jako osoba niepełnosprawna. Z tego powodu unikał kontaktu z osobami o podobnych dysfunkcjach. Nastolatek znajdował się pomiędzy tymi potencjalnymi grupami odniesienia unikając wchodzenia w relacje z nimi. Izolowanie się od kontaktów z obiema z nich uniemożliwiało mu wyjście z trudnej sytuacji.

Rodzina chłopca okazała się niewydolna w adaptowaniu się do nowej sytuacji. Jej członkowie nie podołali zadaniu przezwyciężenia oporu nastolatka przeżywającego traumę. Sam chłopiec nie był w stanie tak radykalnie przeorientować systemu wartości, który wcześniej wyznawał i okazywał swymi zachowaniami. Z osoby wolnej od trosk stał się osobą znajdującą się w trudnym położeniu nie akceptując zarazem żadnej formy pomocy, które potencjalnie umożliwiłyby mu wyjście z tej sytuacji.

Dyskusja. Status tej rodziny przypomina omawianą przez Annę Mitręę sytuację, w której: „samotność rodziny w rozwiązywaniu problemów nie służy ich rozwiązywaniu” (Mitręga, 2009, s. 57). W tym przypadku rodzina, nie uświadamiając

sobie wcześniej specyfiki statusu osoby niepełnosprawnej, nie potrafiła wypracować i udzielić niezbędnego chłopcu wsparcia. Warto przy tym podkreślić, iż zasobność materialna rodziny uwalniała ją od trosk o ewentualne finansowanie pozyskiwanej pomocy zewnętrznej.

Przypadek 2

Niewidzący, niepełnosprawny umysłowo chłopiec z mózgowym porażeniem dziecięcym (MPD) mieszkał sto czterdzieści kilometrów od stolicy województwa. Tylko w niej z kolei funkcjonował specjalistyczny ośrodek mogący przynieść mu pomoc. Na terenie rolniczej gminy nie pracował ani jeden pedagog specjalny, który mógłby służyć radami i instruktążem w zakresie zasad pracy z niewidzącym dzieckiem. Rodzina świadoma, że może pozyskać wysokospecjalizowane wsparcie jedynie w dużej odległości od domu, zrezygnowała z niego. Na przeszkodzie stanęły wysokie koszty nie tylko materialne, ale także organizacyjne, codziennego dojeżdżania do ośrodka. Rodzina nie zdecydowała się także na ulokowanie chłopca w odległym internacie podkreślając, że w ten sposób utraciłaby z nim kontakt. Zarazem jednak rodzice chłopca byli w pełni świadomi tego, że nie są przygotowani merytorycznie i metodycznie do niesienia specjalistycznej pomocy dziecku.

Konkluzja. Czynn timer odległości ośrodka terapeutycznego okazał się krytyczny dla podjęcia specjalistycznej terapii. Rodzice, choć mieli pełną świadomość braku kompetencji, zdecydowali się na poprzestaniu na poziomie jedynie intuicyjnego wspomaganie rozwoju syna. Choć dziecko otaczała atmosfera ciepła rodzinnego, to zarazem ograniczono jego szanse na usamodzielnianie się i tym samym wchodzenie w relacje z osobami trzecimi. Uprawdopodobniała się perspektywa jego przyszłego osamotnienia, zarazem oddalało się bieżące odizolowanie od najbliższych.

Dyskusja. W tym przypadku nie zadziałał, nominalnie spójny i skuteczny, system wspomaganie rozwoju dziecka niepełnosprawnego i opieki nad nim (Januszewska-Warych, 2004). Geograficzne odizolowanie niewidzącego, niepełnosprawnego umysłowo dziecka z MPD od specjalistycznych ośrodków zaskutkowało zminimalizowaniem jego szans na usprawnienie. Równocześnie stało się czynn timer integrującym pozostawioną sobie samej rodzinę.

Przypadek 3

Nastolatek po urazie rdzenia kręgowego, który wydatnie ograniczył jego lokomocję, mógł otrzymać skuteczną pomoc rehabilitacyjną w pobliskim dużym ośrodku miejskim. Chłopiec utracił jednak możliwość pójścia do szkoły, w której miał szybko uzyskać zawód i w przewidywalnej perspektywie niezwłoczne zatrudnienie. Równocześnie jego rodzina była niewydolna ekonomicznie tak dalece, iż rodzice wprost oświadczyli, iż nie stać ich na pokrywanie kosztów dojazdów, podręczników i wyżywienia w szkole ogólnokształcącej. Z tego powodu chłopiec przebywał w odległym województwie w specjalistycznym ośrodku ze szkołą pozwalającą uzyskać

zawód. Przyjeżdżał do domu jedynie w okresie długotrwałych świąt, ferii szkolnych i wakacji. W podróżach publicznymi środkami lokomocji nie towarzyszyli mu rodzice, których nie było stać na późniejsze opłacanie biletów w trakcie przejazdów bez syna (bez statusu opiekunów osoby niepełnosprawnej). W efekcie chłopca w miejscowości docelowej witał i odprowadzał do domu terapeuta. Rodzice nie odwiedzali chłopca. Rodzina utrzymywała jedynie kontakt telefoniczny, gdyż nie było jej stać na sfinansowanie zakupu komputera i łącza internetowego ułatwiającego kontakt, choć chłopiec mógł z nich korzystać w ośrodku.

Konkluzja. W tym przypadku z jednej strony rodzice tracili bezpośredni kontakt z synem. Jednak chłopiec uzyskiwał szansę na zdobycie zawodu i na co dzień funkcjonował w środowisku rówieśniczym. W ten sposób bieżące odseparowanie od rodziny było swoistym kosztem, który miał zapewnić skuteczne radzenie sobie z osamotnieniem w przyszłości.

Dyskusja. Rodzice niepełnosprawnego chłopca wybrali przemyślaną strategię przystosowania społecznego prowadzącą do uzyskania szans na aktywność zawodową syna (Korczyński, 2009). Choć doraźną ceną za przyszły sukces było odizolowanie nastolatka od rodziny, to przy jej ograniczonych możliwościach wspierania jego rozwoju rozwiązanie takie wydaje się optymalne. Jednak niezmiennie kosztem pozostaje tu długotrwała separacja członków rodziny.

Przypadek 4

W tej rodzinie dorosłe dzieci dawno opuściły dom zaawansowanych wiekiem rodziców. Pozostał w nim jedynie najmłodszy, niepełnosprawny syn. Chłopiec z MPD miał tetraplegię – nie władał kończynami, nie był w stanie wykonywać czynności samoobsługowych nawet w elementarnym zakresie. Jego rodziców trawiła troska o przyszły byt najmłodszego dziecka. Mieszkające daleko rodzeństwo już wcześniej zadeklarowało, iż w przyszłości nie będzie opiekowało się bratem. Rodzice mieli świadomość, że po ich śmierci niepełnosprawny syn będzie musiał zamieszkać w domu pomocy społecznej.

Rodzina była zorientowana na uporczywe usprawnianie chłopca, choć w perspektywie medycznej nie mogło być ono skuteczne. Rodzice wiedzieli, iż ich syn w przyszłości nie będzie mógł liczyć na wsparcie w domu pomocy społecznej równe temu, jakiego potrzebował. Rodzice świadomi byli tego, iż najbardziej prawdopodobny jest pesymistyczny scenariusz jego przyszłego osamotnienia. Choć nie potrafili się z nim pogodzić, nie okazywali tego w obecności syna. W związku z tym zaproponowali odbycie fragmentu rozmowy – wywiadu w odrębnym miejscu. W ten sposób chcieli uniknąć epatowania syna perspektywą nieuchronnego i nieuniknionego osamotnienia.

Konkluzja. Rodzice niepełnosprawnego mężczyzny byli w pełni świadomi nieuchronności spełnienia się pesymistycznego scenariusza wydarzeń. Byli w pełni z nim oswojeni. Jednak jako strategię wybrali przemilczanie rozmów o antycypowanej sytuacji.

Dyskusja. Rodzice wybrali opisaną strategię działania najprawdopodobniej dlatego, iż wiedzieli, że ich niepełnosprawny syn i tak nie znalazłby środków zaradczych przeciw niej. W ten sposób starali się uchronić go przed stresogennymi rozważaniami nad oczekującym go osamotnieniem w sytuacji transgresyjnego przejścia przez etap utraty rodziców (Pietruszewska-Kobiela, 2010). Jak się wydaje strategia ta była korzystna w perspektywie doraźnej, zarazem jednak potencjalnie stawiała niepełnosprawnego w jeszcze trudniejszym położeniu w odleglejszej przyszłości. Należy przewidywać, iż w obliczu śmierci rodziców i zupełnego nieprzygotowania na nią nie da on rady odpowiednio szybko dostosować się do nowych wyzwań.

Przypadek 5

Chłopiec poruszający się na wózku inwalidzkim, uczeń szkoły podstawowej. W następstwie przepukliny oponowo-rdzeniowej przeprowadzono u niego zabieg ileostomii (przetoki – otworu umożliwiającego opróżnianie jelita). Chłopiec zbierał mocz w woreczki stomijne, które należało systematycznie opróżniać. Opróżnianie woreczków, jako czynność intymna, wymagało szczególnych warunków. Każdego dnia, w trakcie długich przerw, do szkoły przychodziła jego matka, która przeprowadzała zabiegi opróżniania woreczków. Obywało się to w wydzielonym pomieszczeniu – pokoiku.

Chłopiec, choć uczestniczył we wszystkich lekcjach z wyjątkiem wychowania fizycznego, wszystkie przerwy spędzał w tym pokoiku. Także te, w trakcie których opróżnianie woreczków ileostomijnych nie było konieczne. Towarzyszyli mu wtedy jeden lub dwaj koledzy, niezmiennie ci sami. Chłopcy traktowali pokój jako swoisty azyl, miejsce dostępne tylko im trzem i matce chłopca.

Konkluzja. Z jednej strony koledzy wydobywali niepełnosprawnego chłopca z osamotnienia, z drugiej jednak strony wszyscy (we trzech) nie uczestniczyli w typowych dla przerw międzylekcyjnych formach aktywności uczniów. Chłopcy byli wyraźnie wyobcowani z grona klasowego, co podkreślała ich wychowawczyni. Jej duma z troski dwóch kolegów o niepełnosprawnego wychowanek mieszała się z rozważaniami nad możliwością skutecznego wprowadzenia ich trzech w bliższe relacje z rówieśnikami.

Dyskusja. Osoby niepełnosprawne najczęściej mają niewielu bliskich znajomych, zwykle jest to jeden przyjaciel lub nieliczne grono osób (Komaniecka-Wiśniewska, Zakrzewska-Manterys, 2007, s. 45). W opisanym przypadku zaprzyjaźniona grupa chłopców była na stałe odizolowana od rówieśników. Ich bliskie relacje stanowiły zarazem przeszkodę we wchodzeniu w bliższe interakcje z rówieśnikami w szkole.

Przypadek 6

Pacjentem był chłopiec z MPD, który nie wykazał się ani samodzielnymi zachowaniami lokomocyjnymi, ani samoobsługowymi. Dziecko nie uczestniczyło w żadnym

postępowaniu rehabilitacyjnym, choć było ono konieczne. Rodzina odrzucała próby zainicjowania specjalistycznej terapii ze strony lekarza rodzinnego.

Najbliżej izolowali chłopca od sąsiadów i innych członków społeczności lokalnej niewielkiej wioski. Opuszczał on dom wyłącznie na sporadyczne spacerunki z babcią; odbywały się one jedynie po zmierzchu. Według relacji seniorki rodziny, unikanie spotkań niepełnosprawnego chłopca z osobami trzecimi wynikało stąd, iż w społeczności lokalnej powszechnie uważano, że jego stan jest karą dla rodziny za grzechy jego ojca sprzed lat. Rodzina pogodziła się ze statusem infamisów, gdyż wykazywała się daleko idącym wycofaniem. Już wstępnie zadeklarowano, że dorośli nie będą występowali o pomoc medyczną dla chłopca.

Konkluzja. Chłopiec był jedynym niepełnosprawnym dzieckiem w rodzinie, a także w społeczności lokalnej. Infamia uderzała w niego, co zapewne dotyczyłaby każdego z jego potencjalnego rodzeństwa. W jego sytuacji odseparowanie od bieżącej aktywności populacji skutkowało utratą szans na specjalistyczną pomoc. Rodzina chłopca dostosowała się do wyizolowania w społeczności lokalnej przyjmując je jako stan adekwatny.

Dyskusja. Opisany przypadek wydaje się wprost korespondować z koncepcją szamanistycznych przyczyn choroby, zgodnie z którą upatruje się jej powodów m.in. w przewinieniach przeciw ustaleniemu porządkowi rzeczy krewnych pacjenta (Capra, 1987). Takich nastawień nie ujawniano jednak empirycznie współcześnie w Polsce. To nastawienie rodziny dziecka jest czymś wyjątkowym w kontekście dominujących racjonalnych zapatrywań na przyczyny chorób.

Przypadek 7

W niewielkiej wiosce mieszkało dwóch niepełnosprawnych: nastolatek oraz były pilot i zarazem skoczek spadochronowy. Obaj doznali urazów rdzenia kręgowego, nastolatek kilka lat przed opisanymi wydarzeniami, dorosły mężczyzna czterdzieści lat wcześniej.

Starszy z mężczyzn relacjonował, iż w pierwszych latach po urazie doskwierało mu osamotnienie i radykalne ograniczenie aktywności. Wcześniej był wszakże jednym z najaktywniejszych spośród rówieśników, sięgał po wyzwania ekstremalne i potrafił im sprostać. Uraz diametralnie zmienił jego możliwości zawodowe. W czasach, gdy doznał urazu, aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych była jeszcze mrzonką.

Z tych względów mężczyzna starał się roztoczyć opiekę nad chłopcem, który uległ bliźniaczemu urazowi. Nie chciał dopuścić do tego, by doznawał on w samotności trudów dostosowywania się do nowej sytuacji. Mężczyzna traktował chłopca jak młodszego kolegę.

Mężczyzna dostosował motocykl do swych ograniczeń lokomocyjnych i potrafił nim jeździć. Na osiemnaste urodziny chłopca przygotował mu zaskakującą niespodziankę. Wyszukał i kupił koszyk służący do przewożenia pasażerów dostosowany do modelu pojazdu, który użytkował. Adaptacje motocykla i prace remontowe toczyły się w zupełnej tajemnicy przed kimkolwiek, mężczyzna mieszkał sam.

Konkluzja. Doświadczenie osamotnienia w latach minionych spowodowało, że dorosły mężczyzna zaoferował pomoc nastolatkowi, który doznał bliźniaczego urazu. Jednym z czynników, które zainicjowały jego pomoc, były doznania empatyczne.

Dyskusja. W praktyce pracy z osobami niepełnosprawnymi doświadcza się niejednokrotnie swoistej „pułapki” „zastawianej” przez pacjentów na niezbyt doświadczonych terapeutów. Otóż słysząc z ust terapeuty, iż jest on w stanie w pełni wyobrazić sobie, co czuje osoba niepełnosprawna, niektórzy pacjenci reagują „zaplanowanym” wzburzeniem i demonstracyjną irytacją. Pacjenci wówczas stwierdzają, iż nikt pełnosprawny nie jest w stanie w pełni zrozumieć ich położenia. Jest to relatywnie częstsze w pierwszych etapach terapii, gdy pacjent jeszcze nie w pełni zaadaptował się do nowej sytuacji. Eksplozja emocji jest w takich momentach okazją do rozładowania frustracji. W opisanej sytuacji i samorzutny „terapeuta”, i jego „pacjent” w rzeczywistości doznawali dalece upodobnionych przeżyć. Wskutek tych adekwatnych doświadczeń „terapeuta” w pełni orientował się w optymalnej strategii „terapeutycznej”. To sytuacja korespondująca z rozwiązaniami stosowanymi w czasie tzw. rehabilitacji aktywnej, której instruktorami są najczęściej osoby poruszające się na wózkach inwalidzkich (Szychowiak, 1998).

Przypadek 8

Wysoki uraz rdzenia kręgowego radykalnie obniża aktywność jednostki, gdyż wiąże się z porażeniem czterokończynowym. Po takim urazie pacjenci najczęściej nie mogą utrzymać zatrudnienia w wykonywanym zawodzie; trudno im uzyskać nowy zawód z powodu ograniczenia sprawności kończyn. Liczne osoby wycofują się z innych form aktywności.

Opisywany mężczyzna, niegdyś pracownik fizyczny, uległ urazowi rdzenia kręgowego w okolicy szyjnej. Dłonią operował jedynie w szczątkowym zakresie; nie był w stanie wykonywać czynności samoobsługowych, był całkowicie zdany na pomoc rodziny.

Kolejne dni upływały mu na rozwiązywaniu krzyżówek. Było to możliwe dzięki adaptacji w postaci aluminiowego uchwytu na długopis obejmującego całą dłoń. Mężczyzna globalnym ruchem dłoni potrafił tak precyzyjnie władać długopisem, iż umieszczał stosowne litery w niewielkich kratkach krzyżówek.

W swym hobby był niekwestionowanym mistrzem. Wręcz stanowiło ono dla niego źródło znaczącego dochodu. Wedle zgodnej relacji mężczyzny i jego rodziny, w każdym miesiącu wygrywał co najmniej jedną znaczącą nagrodę rzeczową lub finansową; czasem wręcz kilka. Kolejne wygrywane urządzenia elektroniczne, sportowe, sprzęty gospodarstwa domowego, sprzedawał na aukcjach internetowych.

Konkluzja. W tym przypadku pacjent przeorientował strategię zarobkowania. Niegdysiejszy pracownik fizyczny, który nieomal całkowicie utracił władzę nad ciałem, z pełną determinacją skutecznie realizował strategię utrzymywania się wręcz „zawodowo” wykonując osobliwą postać pracy intelektualnej. To pozwoliło mu wyrwać

się ze stanu apatii. Dzięki temu nadal mógł zapewniać byt materialny dorastającemu synowi, co podkreślał z dumą.

Dyskusja. Jednym z aspektów osamotnienia osób niepełnosprawnych jest ich niemożność utrzymania źródeł dochodów. Szczęólnego znaczenia nabiera wtedy ich pomysłowość oraz unikalność przyjmowanych strategii życiowych. Czasem kluczową wartością jest świadome dobranie nietypowego sposobu postępowania; celowe „pójście pod prąd” w kontraście z praktykowanymi zachowaniami powszechnymi. To swoiste osamotnienie w działaniu jest gwarancją jego niepowtarzalności, a to niejednokrotnie wiedzie do sukcesu (Ries, Trout, 2000).

Przypadek 9

Siostra i brat byli bliźniętami. Ona była najlepszą uczennicą, on w okresie przedporodowym doznał stanu niedotlenienia mózgu. U chłopca zdiagnozowano MPD; nie był w stanie wykonywać ruchów lokomocyjnych. Chłopiec przez cały czas trwania zajęć lekcyjnych siostry przebywał w wydzielonej części domu upodobnionym do sali gimnastycznej. Okazywanie ulubionych zabawek aktywizowało go jedynie na kilka chwil. Chłopiec słabo tolerował zajęcia usprawniające z terapeutami i rodzicami, więc unikano tego rodzaju zajęć.

Sytuacja radykalnie zmieniała się, gdy koleżanki i koledzy siostry chłopca i ona sama kończyli lekcje. Dzieci połączone w kilkusobowe grupki, o ustalonych i ściśle zaplanowanych porach w kolejnych dniach tygodnia, odwiedzały chłopca. Te swoiste dyżury planowano od razu na cały semestr. Niepełnosprawny chłopiec ożywał się w towarzystwie dzieci, próbował elementarnych lokomocji, wokalizował, angażował się w zabawy maskotkami. Dzieci w zorganizowany, zgodny z planem ćwiczeń, sposób aktywizowały go ruchowo. Chłopiec pozwalał im na przemieszczanie kończyn, usilnie starał się wykonywać elementarne zadania wyznaczane przez grupę.

Konkluzja. Dziecko w naturalny sposób poszukuje kontaktu z rówieśnikami i intuicyjnie wyczuwa wspólnotę z nimi. Równolatkowie byli w stanie skuteczniej zaangażować chłopca w proces terapeutyczny aniżeli dorośli, w tym terapeuci.

Dyskusja. W opisanym przypadku zastosowano zmodyfikowaną strategię metody Glenna Domana (Kokosz, 2003). Bardzo rzadko stosuje się ją w Polsce, ponieważ wymaga ona niejednokrotnie zaangażowania w pracę z niepełnosprawnym kilkudziesięciu lub większej liczby wolontariuszy. Jedynie sporadycznie udaje się przełamać wyobcowanie osób niepełnosprawnych w lokalnej społeczności, angażując w pracę z nimi tak liczną grupę osób. W warunkach niewielkiej miejscowości udało się zrealizować tę strategię z powodzeniem.

Przypadek 10

Specyfiką rdzeniowych zaników mięśni (RZM) jest nasilanie się ograniczeń lokomocyjnych w kolejnych fazach życia. Jako kilkuletnie dzieci pacjenci z tym schorzeniem niejednokrotnie wykonują wszystkie czynności ruchowe tak skutecznie,

jak rówieśnicy. Uczestniczą wówczas w typowych zajęciach wychowania fizycznego bez konieczności indywidualizowania zadań. Jednak w licznych przypadkach już w pierwszych klasach szkoły podstawowej konieczne staje się dla nich korzystanie z kul inwalidzkich. W kolejnych latach pacjenci z RZM poruszają się o balkonikach. W pierwszych klasach gimnazjów często korzystają już z wózków inwalidzkich. Po kilku kolejnych latach, z powodu postępujących ograniczeń sprawności dłoni, niejednokrotnie dają radę kierować już tylko wózkami elektrycznymi za pomocą dżojstików.

Pierwsze spotkanie z chłopcem chorym na RZM, poruszającym się na wózku elektrycznym, odbyło się w trakcie jego powrotu ze szkoły. Wracał do domu otoczony gronem kolegów. Chłopcy, w trakcie kilkunastominutowej rozmowy, radośnie wracali pamięcią do wydarzeń ze szkoły. Planowali kolejne spotkania weekendowe w związku z zamiarem korzystania z gier komputerowych. Ich aktywność była typowa dla ich rówieśników. W snuciu planów uczestniczył też niepełnosprawny chłopiec. I jego miano odwiedzać, i on miał udawać się do domów kolegów.

Po przyjeździe do domu niepełnosprawny chłopiec z roześmianego, beztrudnego nastolatka przeistoczył się w dojrzałego, refleksyjnego dorosłego. W rozmowie sam wywołał temat terminalności swego schorzenia. Był świadom nieuniknioności i tempa postępowania dysfunkcji. Gdy jego rówieśnicy wolni byli od troski związanej z egzystencjalnymi przemyśleniami, on szykował się na spotkanie ze śmiercią. Był na nią przygotowany. W pełni świadom kolejnych etapów choroby nie stronił jednak od okazji do radości, rozrywki.

Konkluzja. Powolne uwstecznianie się sprawności dzieci z RZM rozgrywa się na oczach ich koleżanek i kolegów z klasy. Rówieśnicy towarzyszą niepełnosprawnym w każdym kolejnym etapie choroby; zarazem jednak uwstecznienia sprawności pacjentów na przestrzeni kolejnych miesięcy są tak powolne, że są wręcz niemożliwe do wychwycenia. Gdy przebywają oni wciąż w tym samym gronie rówieśniczym, otoczenie społeczne wręcz nie dostrzega różnic płynnie i systematycznie dostosowując się do coraz to nowego obrazu niepełnosprawności kolegi. W następstwie kilkunastoletnie dzieci z RZM w niewielkich miejscowościach są najczęściej otoczone gromadką rówieśników.

Dyskusja. W literaturze przedmiotu rozważa się aktywne przybliżanie młodzieży świata osób niepełnosprawnych wychodząc z przeświadczenia, iż może to być czynnik przeciwdziałający ich marginalizacji (Gorajewska, 2005). W przypadku schorzenia rówieśnika, które postępuje powoli i nieuchronnie, koleżanki i koledzy z klasy szkolnej odbywają swoisty permanentny, wieloletni „kurs” uświadamiający im coraz to nowe potrzeby osoby niepełnosprawnej. To czynnik skutecznie przeciwdziałający osamotnieniu osób niepełnosprawnych.

Przypadek 11

Niejednokrotnie rodziny, w których rodzą się niepełnosprawne dzieci, rozpadają się. W tym przypadku ojciec odszedł od rodziny po wysokim urazie rdzenia kręgowego u nastoletniego syna. Z powodu elementarnej niezaradności życiowej, matka nie

potrafiła uzyskać świadczeń alimentacyjnych; było to dodatkowo utrudnione z powodu osadzenia mężczyzny w zakładzie karnym. Matka z zaangażowaniem sama opiekowała się chłopcem.

Oboje mieszkali w niewielkiej osadzie, ich dom znajdował się daleko od najbliższych sąsiadów. Rodzina nie wchodziła w relacje z sąsiadami z powodu niedysyjszego konfliktu ojca chłopca ze społecznością lokalną. Matka codziennie dojeżdżała do pracy pozostawiając dorosłego już wówczas syna bez opieki. Jej nieobecność w domu trwała każdego dnia po kilkanaście godzin, ponieważ znalazła zatrudnienie w znacznej odległości od domu.

Niepełnosprawny mężczyzna cały dzień spędzał leżąc. Nad jego głową znajdował się telewizor. Z jednej strony jego głowy znajdował się pilot oraz telefon, dzięki któremu mógł ewentualnie wezwać pomoc. Niepełnosprawny nie władał rękoma, więc oba urządzenia mógł obsługiwać jedynie brodą i nosem. Z drugiej strony głowy mężczyzny matka pozostawiała opakowanie napoju ze słomką umożliwiającą jego wypicie i rozdrobnioną kanapkę.

Niepełnosprawny cały dzień spędzał w zupełnym osamotnieniu. Matka po powrocie z pracy szykowała posiłek, myła syna i wykonywała zaplanowany zestaw ćwiczeń kinezyterapeutycznych manipulując jego kończynami. Ten ich bezpośredni kontakt niejednokrotnie zredukowany był do ledwie kilkudziesięciu minut.

Konkluzja. Niepełnosprawność w tym przypadku niosła ze sobą przejmujące, wielogodzinne osamotnienie człowieka, któremu przez przeważającą część doby dostępny był jedynie spektatorski udział w widowiskach telewizyjnych. Każdego dnia przez ledwie pojedyncze godziny miał możliwość zamienienia kilku zdań z matką. Życie tej rodziny miało postać krótkich, intensywnych kumulacji wydarzeń w jednej części doby.

Dyskusja. Gdy rozważa się mechanizmy włączania osób niepełnosprawnych do aktywności w populacji (Fidelus, 2011), to niejednokrotnie trudno przezwyciężyć zobiektywizowane warunki ich codziennego funkcjonowania: niedostatki finansowe, konflikty w społeczności lokalnej. Te czynniki mają nie tylko ogólnikową postać; realnie przeistaczają się w przejmujące osamotnienie osób niepełnosprawnych. Kolejne dni mijają im niejednokrotnie na spędzaniu czasu ze sobą samym. Rozeznanie w bieżących wydarzeniach niepełnosprawni uzyskują wówczas z relacji mediów elektronicznych i incydentalnych narracji najbliższych.

Przypadek 12

Mężczyzna po urazie rdzenia kręgowego uzyskał zatrudnienie w pobliskim zakładzie pracy chronionej. Pracodawcy o takim statusie uzyskiwali szczególne uprawnienia i korzyści w obrocie handlowym, przetargach. W funkcjonowaniu tego rodzaju przedsiębiorstw upatrywano szans na aktywizację zawodową osób niepełnosprawnych.

Niepełnosprawny otrzymywał wynagrodzenie w pełnej kwocie i ustalonych terminach. Pracodawca nałożył jednak na niego szczególny obowiązek – unikanie pojawia-

nia się w zakładzie pracy w godzinach jego funkcjonowania. Pracownik całe dni spędzał biernie w domu. Dopiero po formalnym zakończeniu pracy mógł go opuszczać.

Pracodawcy zależało na utrzymaniu przez firmę statusu zakładu pracy chronionej. Ograniczenie opuszczania miejsca zamieszkania w formalnych godzinach pracy przez pracownika wynikało z obawy zatrudniającego go o to, że ulegając wówczas ewentualnemu wypadkowi otrzymałby status poszkodowanego przy pracy. Ponadto pracodawca chciał uniknąć dwuznaczonej sytuacji, w której zatrudniony byłby widziany poza miejscem świadczenia pracy w nominalnych godzinach jej wykonywania.

Konkluzja. Gdy nominalnie aktywność zawodowa jest dla osób niepełnosprawnych okazją do wchodzenia w relacje z innymi, to opisany przypadek wskazuje, że bywa to iluzoryczne. Opisany mężczyzna w gruncie rzeczy nie tyle nawet doświadczał osamotnienia, co intensywnie je przeżywał każdego dnia przez wiele godzin. Niepełnosprawny „pracownik” przebywał w swoistym areszcie domowym jako zakładnik korzyści, które stanowiły pokusę trudną do odrzucenia.

Dyskusja. Jak się wydaje, opisany przypadek pozwala poddać w wątpliwość uzasadnienie iście euforycznego tonu, w którym opisuje się społeczne korzyści zatrudniania osób niepełnosprawnych (Barczyński, 2008). Tu wykorzystano je jako alibi do dwuznaczonego proceduru.

Przypadek 13 (zbiorowy)

Niejednokrotnie niepełnosprawności nadaje się wymiar statystyczny. Na przestrzeni kilkudziesięciu lat w opisywanej miejscowości żyła jedna tylko osoba niepełnosprawna. W momencie prowadzenia badań była w zaawansowanym wieku. W lokalnej przestrzeni publicznej nie przedsięwzięto żadnych adaptacji na rzecz ułatwień dla niej.

W miejscowości rodziło się niewiele dzieci. W krótkim okresie na świat przyszło sześćoro dzieci. Wszystkie były niepełnosprawne. Ich ograniczenia lokomocyjne były powiązane z rozszczepami kręgosłupów i MPD. Lokalna społeczność musiała szybko „dojrzeć” do uświadomienia sobie potrzeb osób niepełnosprawnych. Przeprowadzono adaptację pomieszczeń przedszkolnych, na kolejny rok planowano przebudowanie jednej z sal lekcyjnych. W miejscowości funkcjonowała tylko szkoła trzyklasowa, więc w perspektywie miano na uwadze zakup środka lokomocji dowożącego dzieci do odleglejszej szkoły.

Konkluzja. W opisanej społeczności lokalnej zrozumienie dla potrzeb niepełnosprawnych dzieci było powszechne. W niewielkiej miejscowości każdy w bliższym lub dalszym stopniu był skoliigacony z którąś z rodzin, w których urodziły się niepełnosprawne dzieci. Czynniki biograficzne legły u podłoża przezwyciężenia osamotnienia osób niepełnosprawnych.

Dyskusja. W literaturze przedmiotu rozważa się zagadnienie przełamywania osamotnienia ucznia niepełnosprawnego w szkole (Ziątek, 2005). W opisanym przypadku ze względu na perspektywę statystyczną należałoby raczej rozważyć zagadnienie potencjalnego osamotnienia dziecka pełnosprawnego w grupie uczniów niepełno-

sprawnych. Oczywiście opisany przypadek ma co najwyżej status artefaktu i trzeba to wyraźnie podkreślić. Prawdowości statystyczne jednoznacznie wyjaśniają, iż taki zbieg okoliczności jest wręcz nieprawdopodobny w jakiegokolwiek innej, nawet niewielkiej, społeczności lokalnej.

WNIOSKI

Niepełnosprawność powodowała poczucie nieprzynależenia do żadnej ze znanych pacjentowi grup odniesienia (przypadek 1), co wprowadzało pacjenta w stan bezradności. Była ona także skojarzona z nieprzygotowaniem rodziny do sprawowania opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem (przypadek 1). Niepełnosprawność pociągała za sobą nieuchronną perspektywę osamotnienia (przypadki 2 i 4). Czynniki nasilającymi osamotnienie rodziny potrzebującej pomocy była też relatywnie duża odległość specjalistycznych ośrodków mogących ją zapewnić (przypadki 2 i 3) oraz jej niewydolność ekonomiczna (przypadek 3). Ponadto marginalizowani w grupach rówieśniczych mogli być niosący wsparcie niepełnosprawnym (przypadek 5). Izolowanie osób z ograniczoną sprawnością wynikało nawet z niezrozumienia mechanizmów jej powstawania i poszukiwaniami uzasadnień irracjonalnych (przypadek 6). Miało ono także postać liczenia się rodziny osoby niepełnosprawnej z presją społeczności lokalnej (przypadek 6). Ograniczenia sprawności pozbawiały czasem możliwości obcowania ze współpracownikami i kontynuowania kariery zawodowej (przypadki 7 i 8), czy wręcz szans na utrzymanie związku małżeńskiego (przypadek 11). Osoby niepełnosprawne miały także ograniczoną możliwość widywania z najbliższymi (przypadki 3 i 11). Izolowanie osób niepełnosprawnym znajdowało swe podłoże także w praktyce ich zatrudniania (przypadek 12).

Jednak odnotowano także konstruktywne dostosowywanie się osób niepełnosprawnych do nowej sytuacji. Otóż odizolowanie od zewnątrz rodziny było czynnikiem ją integrującym (przypadek 2). Perspektywa osamotnienia inspirowała także do uporczywego usprawniania członka rodziny (przypadek 4). Doświadczenie osamotnienia inicjowało też empatycznie uwarunkowaną pomoc dla osób niepełnosprawnych (przypadek 7). Czynnikiem wyprowadzającym z osamotnienia mogło być hobby (przypadek 8). Szczególnym czynnikiem przeciwdziałającym izolacji w przypadku dzieci jest wsparcie ze strony rówieśników (przypadki 5, 9 i 10). Istotne znaczenie ma także pomoc społeczności lokalnej (przypadki 9 i 13). Osamotnienie niepełnosprawnych dzieci prowadzi je do szybszego dojrzewania emocjonalnego (przypadek 10). W sytuacji ograniczonej swobody działania swoistym zamiennikiem relacji z innymi ludźmi może być dla niepełnosprawnych wykorzystywanie mediów elektronicznych (przypadek 11). Upowszechnienie świadomości istoty niepełnosprawności skutkuje szybszym dojrzewaniem populacji do umiejętności niesienia pomocy (przypadek 13).

PODSUMOWANIE

Powyższe opisy przypadków ujawniły zróżnicowane przyczyny ujawniania się osamotnienia osób niepełnosprawnych i trwania w nim.

Osamotnienie okazało się mieć dwie wyraźnie wyodrębnione i zarazem skonstrastowane ze sobą postacie. Z jednej strony ujawniało się ono pod postacią porażki życiowej marginalizującej osoby o ograniczonej sprawności; zarazem jednak odizolowanie od populacji, czy też izolowanie się od niej, wydawało się mieć i pozytywne konotacje. W niektórych sytuacjach zredukowania kontaktów z wieloma osobami trzecimi, niepełnosprawni intensyfikowali relacje z nielicznymi osobami, z którymi pozostawali w kontakcie.

BIBLIOGRAFIA

- Abberley, P. (1997). The concept of oppression and the development of a social theory of disability. W: T. Booth (red.), *Policies for Diversity in Education* (s. 231–245). Bristol: The Open University.
- Allott, M., Robb, M. (2001). *Understanding Health and Social Care. An Introductory Reader*. London: SAGE.
- Baker, P. (1997). Interview. W: D. Cormack (red.), *The Research Process in Nursing* (s. 226–235). Oxford: Blackwell Science.
- Barczyński, A. (red.). (2008). *Społeczne korzyści zatrudniania osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Krajowa Izba Gospodarczo-Rehabilitacyjna.
- Capra, F. (1987). *Punkt zwrotny: nauka, społeczeństwo, nowa kultura*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Fidelus, A. (2011). Integracja osób niepełnosprawnych – rozwiązania systemowe. W: M. Białas (red.), *Specjalne potrzeby osób niepełnosprawnych* (s. 153–166). Kraków: Arson.
- Gibb, S. (2007). Equality of opportunity and anti-discriminatory practice. W: J. Miller (red.), *Care in practice for Higher* (s. 34–82). London: Hodder Arnold.
- Gorajewska, D. (2005). Ogólnopolski program edukacyjny przybliżający młodzieży świat osób niepełnosprawnych. W: D. Gorajewska (red.), *Społeczeństwo równych szans. Tendencje i kierunki zmian* (s. 217–228). Warszawa: Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji.
- Hall, D. (1996). *Health for All Children: Report of the Third Joint Working Party on Child Health Surveillance*. Oxford: Oxford University Press.
- Januszewska-Warych, M. (2004). Dziecko specjalnej troski w świecie wartości. W: Z. Krzysztożek, W. Rabczuk (red.), *Aksjologiczne problemy współczesnej pedagogiki* (s. 131–144). Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP.
- Kokosz, M. (2003). Metody kinezyterapeutyczne. W: A. Zembaty, M. Kokosz (red.), *Kinezyterapia* (Tom 2, s. 207–441). Kraków: Kasper.

- Komaniecka-Wiśniewska, A., Zakrzewska-Manterys, E. (2007). Rola rodziny i przyjaciół w życiu społecznym młodych osób niepełnosprawnych. W: E. Giermanowska (red.), *Młodzi niepełnosprawni o sobie: rodzina, edukacja, praca* (s. 29–56). Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych.
- Korczyński, M. (2009). *Wartości w przystosowaniu osób niepełnosprawnych*. Lublin: Wyższa Szkoła Społeczno-Przyrodnicza.
- Kowalik, S. (2009). Wykorzystanie ruchu w rehabilitacji osób niepełnosprawnych: historia idei i jej praktycznych zastosowań. W: S. Kowalik (red.), *Kultura fizyczna osób z niepełnosprawnością* (s. 23–40). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Long, M. (2000). *The Psychology of Education*. London: Routledge.
- Łobocki, M. (2005). *Metody i techniki badań pedagogicznych* (wyd. 4). Kraków: Impuls.
- McNeill, P. (1986). *Research Methods*. London: Tavistock Publications.
- Mitrega, A. (2009). Trudności w realizacji funkcji wychowawczej rodziny w społeczeństwie ryzyka. W: M. Baryluk, M. Wawrzak-Chodaczek (red.), *Wartości w komunikacji różnych grup społecznych* (s. 45–57). Toruń: Adam Marszałek.
- Ossowski, R. (2004). Jakość życia – efektywne pełnienie ról rodzinnych i zawodowych. W: M. Kościelska, B. Aouil (red.), *Człowiek niepełnosprawny: rodzina i praca* (s. 21–35). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Pietruszewska-Kobiela, G. (2010). Nigdy się nie rozstaniemy. Obraz rodowego dziedzictwa. W: W. Muszyński (red.), *Wartości kulturowe w rodzinie: założenia, realia i egzemplifikacje* (s. 89–101). Toruń: Adam Marszałek.
- Ries, A., Trout, J. (2000). *22 niezmiennie prawa marketingu: naruszasz je na własne ryzyko!* Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Szychowiak, B. (1998). Pedagogika osób niesprawnych ruchowo. W: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna* (s. 179–195). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Waddell, G., Burton, A. K. (2004). *Concepts of rehabilitation for the management of common health problems*. London: The Stationery Office.
- Ziątek, K. (2005). Wspomaganie rozwoju społecznego uczniów niepełnosprawnych ruchowo w domu i w rodzinie. W: M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej: poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych* (s. 221–227). Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu.

SELECTED ASPECTS OF ISOLATION OF PHYSICALLY DISABLED PEOPLE

ABSTRACT: The presented material is a concise report of research carried out on the conditions of isolation of people with disabilities. This article highlights the influence of the selected factors on disabled people remaining isolated or escaping from solitude. The collected research material consists of biographical studies of selected cases.

KEYWORDS: biographies of disabled people, disability, isolation, functioning of disabled people.

