

Kazimierz Ostrowski

Wsparcie pedagogiczne rodzin osób niepełnosprawnych za pomocą socjoterapii

Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy.
Transdyscyplinarne Studia o Kulturze (i) Edukacji nr 3, 27-34

2008

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

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Wsparcie pedagogiczne rodzin osób niepełnosprawnych za pomocą socjoterapii

Rodzina bywa przedmiotem zainteresowania pedagogiki w różnych kwestiach. Analiza pedagogiczna rodzin może dotyczyć między innymi: spójności małych grup, ról rodzicielskich, więzi uczuciowych, oddziaływań rodzicielskich, dynamiki stosunków wewnętrznych rodziny, ochrony i wsparcia emocjonalnego czy regulacji zachowań wychowawczych. Środowisko rodzinne jest istotnym czynnikiem kulturowym oraz korelatem rozwoju emocjonalno-społecznego. Jak podaje M. Ziemska (1977) charakter emocjonalnego stosunku rodziców do dziecka ma niebagatelny wpływ na jego osobowość. Przy określonych postawach wychowawczych rodziców może nastąpić u dziecka wzrost cech pozytywnych i wygaszanie negatywnych lub odwrotnie. Za autorką wyróżnić można następujące rodzaje postaw:

- ❑ akceptacja: uznawanie dziecka jako podmiotu rodziny i angażowanie się w jego sprawy sprzyja kształtowaniu się trwałej więzi emocjonalnej. Prawdopodobnie wychowanek będzie pogodny, przyjacielski, współczujący, a dzięki poczuciu bezpieczeństwa stanie się jednostką asertywną;
- ❑ współdziałanie: jest to oddziaływanie wychowawcze rozwijające ufność młodego człowieka do rodziców. Zwraca się do nich o radę i pomoc, jest zadowolony z samodzielnych decyzji, wytrwały, odpowiedzialny oraz podejmujący zobowiązania;
- ❑ uznanie samorzutnej działalności psychomotorycznej: uznanie swobody twórczych działań i naturalnej aktywności jednostki rozwija: zdolność do kontaktów z rówieśnikami, uspołecznianie, pomysłowość, łatwość w przystosowaniu do zmieniających się sytuacji społecznych oraz dążenie do pokonywania przeciwności losu;
- ❑ respektowanie praw dziecka: poszanowanie praw dziecka rozwija jego lojalność i solidarność z innymi członkami rodziny, rozbudza przedsięwzięcia i inicjatywy, sprzyja obiektywizacji obrazu samego siebie;

- ❑ odtrącanie: odtrącanie dziecka przez rodziców rodzi agresję, kłamstwo, nieposłuszeństwo i często jest przyczyną zachowania antyspołecznego;
- ❑ unikanie: zaniechanie kontaktu z dzieckiem powoduje ambiwalencję emocjonalną, zaburza zdolność koncentracji oraz obniża poziom wytrwałości decyzyjnej. Dziecko staje się bojaźliwe oraz łatwo popada w konflikty z rodzicami lub środowiskiem szkoły;
- ❑ nadmierne ochranianie: ten styl rodzicielski często rodzi bierność oraz brak inicjatywy. Opóźnia również osiągnięcie dojrzałości emocjonalnej i społecznej;
- ❑ nadmierne wymaganie: klimat wychowawczy tego typu sprzyja kształtowaniu się takich cech, jak: brak wiary we własne siły, niepewność, lęklivość, przewrażliwienie i uległość, brak zdolności koncentracji (Ziemska, 1977, s. 163–164).

Dla każdego dziecka, a w szczególności niepełnosprawnego, rodzice stanowią pomost między środowiskiem domowym a środowiskiem zewnętrznym. To oni – jak nikt inny – mogą ułatwić bądź utrudnić zdolności przystosowawcze i umiejętności zachowania się w określonych sytuacjach społecznych. Nierzadko jednak pasmo piętrzących się barier życiowych może prowadzić do pejoratywnego obrazu siebie (swojej niepełnosprawności) w świetle interakcji rodzinnych. Czasami fachowa opieka oraz zaangażowanie uczuciowe na rzecz osoby niepełnosprawnej, w zderzeniu z formalizmem socjalnym może wywołać przeświadczenie pustki społecznej. Aby podkreślić wagę zagadnienia autor sięgnął do komunikatów medialnych, poruszających problem zagubienia poczucia wartości osoby przewlekle chorej (TVB, 25.07.2009; Gazeta Codzienna Fakt nr 172/2009).

„Monika B. (34 l.) od 20 lat jest przykuta do łóżka. Ma już dość życia. Napisała prośbę do sądu o eutanazję. To błaganie jest jak przejmujący krzyk najgłębszej rozpacz. Monika B. z Włocławka poprosiła sąd o zgodę na eutanazję. Dwanaście lat temu kalectwo przykuło ją do łóżka na zawsze. Choć kocha życie, teraz postanowiła je sobie odebrać. Nie chce już dłużej być ciężarem dla swojej rodziny. – Widzę jak przeze mnie się męczą. Pozwólcie mi odejść – błaga zrozpaczona. Chociaż wie, że eutanazja w Polsce jest zabroniona, próbuje wywalczyć sobie prawo do śmierci. Monika była kiedyś roześmianą i pełną życia nastolatką. Wszędzie było jej pełno, miała mnóstwo przyjaciół i wiele planów na przyszłość. Aż do tamtego tragicznego dnia, gdy wybrała się nad jezioro. Była wtedy w ósmej klasie podstawówki. Skoczyła na główkę do jeziora. Momentalnie poczuła straszliwy ból w szyi. Karetka, szpital i diagnoza lekarzy, która zabrzmiała jak wyrok śmierci: – Już nigdy nie będziesz chodzić. Początkowo okaleczona dziewczyna mogła jeszcze ruszać jedną ręką. Ale potem było coraz gorzej, aż w końcu przestała się całkowicie ruszać” (Dudziński, 2009, s. 8). Stan depresyjny wystąpił w sytuacji, kiedy opiekunki i pielęgniarki, w związku z uszczupleniem dofinansowania, ograniczyły pomoc merytoryczną. Ponadto rodzinie zabrony

został dodatek mieszkaniowy, co wiąże się bezpośrednio z podrożeniem kosztów utrzymania. W tym świetle utrwalona dysfunkcja narządu ruchu stanowi poważne wyzwanie dla służb medycznych, socjalnych, lecz przede wszystkim najbliższego otoczenia chorej osoby.

Nie należy zapominać, że dysfunkcja ruchowa rodzi poważne trudności psychospołeczne. Naruszeniu ulega poczucie własnej wartości jednostki, obniża się samoocena oraz występują stany zaburzenia tożsamości. Zabarwione ujemnymi emocjami przeżycia mogą wyzwoić u chorego niekorzystne zmiany psychologiczne. W wyniku długotrwałych sytuacji stresowych obserwuje się także zachwiania równowagi emocjonalnej. Ludzie z określonymi schorzeniami kinestetycznymi ulegają stanom złości, lęku rozdrażnienia czy obawy o przyszłość (Janion, 2001, s. 339). Jednakże zakres niepełnosprawności może wiązać się z różnymi innymi przypadłościami psychofizycznymi. Może to być: dysfunkcja narządu wzroku, dysfunkcja narządu słuchu, niepełnosprawność intelektualna, choroba psychiczna, przewlekła choroba somatyczna oraz inne upośledzenie. Na tym tle każdy problem jest inny, odmienna jest specyfika sytuacji oraz wymiar wychowania rodzinnego. Należy zaakcentować, że „stosunki interpersonalne w rodzinie kształtowane są w swojej treści i charakterze przez każdego z członków, a ich właściwości indywidualne wpływają na charakter interakcji, w jakie wchodzi z pozostałymi członkami rodziny. Aktywność związana z pełnieniem społecznych ról rodzinnych oraz charakter i treść interakcji, a także stosunków międzyosobniczych w rodzinie oddziałują więc na rozwój każdej jednostki, a zarazem rodziny jako całości” (Maurer, 1994, s. 95).

Niesienie pomocy i wsparcia dla rodzin dzieci o różnego typu zaburzeniach rozwojowych jest podstawowym obowiązkiem nauczycieli, służb socjalnych oraz psychologów i lekarzy. W szerokiej systematyce metod i form psychopedagogicznego wsparcia młodych ludzi i dorosłych coraz szersze uznanie znajduje socjoterapia.

Wyjaśniając pojęcie socjoterapii można posiłkować się terminem terapii grupowej. Według „Słownika gerontologii społecznej” (por. Zych 2001, s. 220–221) terapia grupowa to metoda zbiorowego leczenia zaburzeń fizycznych bądź psychicznych spowodowanych konfliktami wewnętrznymi. Na początku lat 30. XX wieku wiele szkół psychologicznych preferowało ideę grupowania pacjentów, by wspólnie dyskutowali o swoich problemach. Głównym celem terapii grupowej jest lepsze uświadomienie sobie przez jednostkę otaczającego ją kontekstu społecznego, a co się z tym wiąże znacznie łatwiej można dokonać korekty zachowań i postaw poprzez refleksję zbiorową. W socjoterapii przyjmuje się, że psychokorekta będzie dokonywać się „wskutek organizowania takich sytuacji społecznych w czasie zajęć grupowych, gdzie uczestnicy będą mieli okazję do korekty oraz kompensacji swoich wcześniejszych doświadczeń traumatycznych i emocjonalnych, co spowoduje, że w konsekwencji nauczą się nowych sposobów reagowania. Jednym z ważnych czynników leczniczych, tak jak w przypadku in-

nych rodzajów terapii, jest katharsis, czyli odreagowanie emocjonalnych napięć oraz uczenie się nowych i skutecznych umiejętności psychologicznych” (Jagiela 2007, s. 25).

Dokonując analizy językowej należy zwrócić uwagę, iż rzeczownik socjoterapia jest nazwą złożoną, łączącą dwie podstawy słowotwórcze, związane znaczeniowo z socjologią i terapią. Zatem pedagog lub psycholog zamierzający stosować formę socjoterapii w pracy z danymi osobami, powinien dostrzec, że jest to działanie w określonej strukturze społecznej – strona socjologiczna. Natomiast rolą terapeuty działającego w określonej strukturze społecznej „jest tworzenie klimatu, w którym klient może się przyjrzeć dokładnie swoim myślom, uczuciom, działaniom, a w końcu dojść do rozwiązań, które są dla niego najlepsze” (Corey, 2005, s. 44) – strona terapeutyczna. Według doświadczeń pedagogicznych autora *socjoterapia stanowi zespół zabiegów psychopedagogicznych, które mają na celu kształtowanie wśród podmiotów społecznych umiejętności prawidłowego funkcjonowania w relacjach interpersonalnych. Socjoterapeuta, wykorzystując związki grupowe, stwarza możliwość uzyskiwania właściwych doświadczeń emocjonalnych, steruje procesem społecznego porównania jednostek, odwołuje się do złożoności poznawczej, tj. zdolności do tworzenia refleksji pozwalających ujrzeć dany problem wielowymiarowo*. Posługując się formą socjoterapii można kształtować umiejętność pozytywnego myślenia, uważnego słuchania, jasnego wypowiedzania własnych opinii, lecz także właściwego przekazywania uwag krytycznych i uczuć niezadowolienia. Uczestnicy terapii grupowej uczą się pożądanego funkcjonowania w zespole oraz uświadamiają sobie znaczenie zarówno konstruktywnych, jak i destruktywnych doświadczeń życiowych. W trakcie zajęć grupowych niezwykle ważne są informacje zwrotne, które dostarczają jednostce pełni obrazu recypowania jej przez innych.

Socjoterapia powinna sprzyjać reorganizacji świadomości, postaw i zachowań zarówno rodziców (opiekunów) osób niepełnosprawnych, jak i ich dzieci. Zatem wspomniana forma może być realizowana tylko dla rodziców, tylko dla dzieci lub przez tworzenie grup mieszanych, w których uczestniczą jednocześnie rodzice i dzieci. Tematyka zajęć może być bardzo zróżnicowana, co związane jest z rodzajem niepełnosprawności oraz charakterystycznymi problemami rodzinnymi bądź społecznymi. Przykładowe zagadnienia sesyjne mogą dotyczyć:

- eliminowania barier i dystansu psychicznego w różnych relacjach społecznych,
- łagodzenia niechęci i wrogości jednostek do świata zewnętrznego,
- układania wzajemnych stosunków rodzinnych, opartych na zaufaniu i szacunku,
- wzrostu pozytywnych zachowań rodzicielskich w sensie ogólnej pewności siebie, w roli rodziców osób niepełnosprawnych,
- poprawy umiejętności rozwiązywania bieżących problemów, kontroli uczucia gniewu i zdolności komunikacyjnych danych jednostek,

- ❑ rozwijania samokontroli dzieci oraz zmiany nawyków autorytarnego stylu wychowania rodzinnego itp.

Jeśli chodzi o dzieci i młodzież, to spotkania grupowe składają się najczęściej z następujących ogniw:

- ❑ „Rytualnego powitania będącego informacją o rozpoczęciu zajęć i podzielenie się informacjami na temat wydarzeń mających miejsce przed zajęciami, bądź na temat stanu emocjonalnego uczestników.
- ❑ Gier, zabaw i ćwiczeń wyciszających lub pobudzających w zależności od stanu emocjonalnego grupy.
- ❑ Zajęć psychokorekcyjnych, edukacyjnych lub rozwojowych – istotą tej części jest zdobywanie doświadczeń społecznych, emocjonalnych i poznawczych. Skłaniają one do nazwania i wyrażania własnych odczuć i spostrzeżeń, dostrzegania związków między wydarzeniami w grupie a życiem codziennym.
- ❑ Zakończenia z rundką podsumowującą i rytualnymi pożegnaniem” (Jagiela, 2007, s.110).

W przypadku zajęć z rodzicami osób niepełnosprawnych, przebieg spotkań może być następujący:

- ❑ Przywitanie i swobodna wymiana myśli na temat wychowania rodzinnego lub spraw bieżących dotyczących relacji rodzinnych.
- ❑ Przedstawienie celów i zadań spotkania.
- ❑ Pedagogizacja, ćwiczenia psychokorekcyjne, wypracowanie planu zmiany problematycznych sytuacji, ćwiczenia tematyczne, społeczne wsparcie jednostki przez grupę itp.
- ❑ Podsumowanie z analizą przyszłościowych działań korekcyjno-kompensacyjnych.

Efektywna organizacja procesu terapii grupowej wymaga nie tylko wiedzy o tym, jak wpływać na postępowanie i psychikę jednostek, lecz także celów, których realizowaniu ma służyć. Przeważnie są to cele terapeutyczne, wsparcia rozwojowego oraz edukacyjne. W socjoterapii korzystać można z różnych teorii i technik oddziaływania psychokorekcyjnego lub pedagogicznego, a ich interdyscyplinarność wynika z przygotowania merytorycznego prowadzących, obranych strategii działania oraz bieżących problemów uczestników zajęć. Wyróżnić tutaj można: terapię Gestalt, trening interpersonalny, terapię rzeczywistością, terapię poznawczo-behawioralną, trening asertywności, arteterapię itp.

Osoby niepełnosprawne, jak wspomniana wcześniej Monika B., powinny uczestniczyć w określonych sesjach terapeutycznych. Przy współudziale grupy łatwiej jest uzyskać odpowiedzi na dręczące pytania, poznać myśli, uczucia i potrzeby innych ludzi oraz być zachęconym do poszukiwania osobistej drogi wytrwania. Kontakt z grupą może znacznie odciążyć rodziców oraz, jak w przy-

padkach podobnych do stanu psychicznego Moniki B., dać odpowiedź w przygotowanych ćwiczeniach na następujące pytania:

- Jak jednostka może się przygotować na czynnik stresujący? Jaki powinien być osobisty lub rodzinny plan radzenia sobie ze stresem?
- Jak jednostka może odważnie stanąć twarzą w twarz i radzić sobie z tym, co powoduje u niej stres?
- W jaki sposób i na ile jednostka może utrzymać strach pod kontrolą?
- W jaki sposób jednostka może organizować, samodzielnie lub wspólnie z innymi, czynności, które będą ją wzmacniać?

Zatem stan socjoterapii dnia dzisiejszego wymusza szerszą recepcję tego terminu o rolę zainteresowania społecznego i poczucia wspólnoty dla każdej osoby i rodziny przeżywającej kryzys. Zainteresowania społeczne to, między innymi, działania mające na celu stworzenie lepszej przyszłości dla osób potrzebujących wsparcia. Do ważnych zadań poznawczych i normatywnych socjoterapeuty należy analiza materiałów badawczych dotyczących zachowań grupy. W przykładowej sesji socjoterapeutycznej pedagog (psycholog) pracuje z grupą 14 osób (dysfunkcje narządu ruchu). Tematyka spotkań dotyczy przywrócenia wartości obrazu samego siebie. Badanie początkowe testem pedagogicznym (Test wartości siebie) wykazało, że na 50 możliwych punktów poszczególne uczestnicy uzyskali odpowiednio: 10; 12; 9; 16; 21; 22; 14; 25; 25; 17; 27; 11; 10; 14 punktów. Zatem samoocena większości badanych jest niższa niż połowa ustalonych punktów. Spotkania socjoterapeutyczne (okres dwóch miesięcy; raz w tygodniu) przyjęły opcję ćwiczeniową o nastawieniu: przechodzenia od wsparcia zewnętrznego ku coraz większemu wsparciu wewnętrznemu, rozwijania umiejętności dostrzegania swoich mocnych stron, osiągnięcia głębszej świadomości wszystkich pozytywnych bodźców życiowych, poruszania się ku zwiększonej świadomości pozytywnego obrazu samego siebie. Po dwóch miesiącach skonstruowano tablicę porównawczą wyników testu.

Tabela 1. Wyniki wstępne (y_i) i końcowe (x_i) „Testu wartości siebie”

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| x_i | 15 | 11 | 20 | 26 | 28 | 30 | 14 | 30 | 35 | 24 | 25 | 28 | 26 | 30 |
| y_i | 10 | 12 | 9 | 16 | 21 | 22 | 14 | 25 | 25 | 17 | 27 | 11 | 10 | 14 |
| $(x_i - y_i)$ | + | - | + | + | + | + | - | + | + | + | - | + | + | + |

Ze względu na małą liczbę osób użyto nieparametrycznego testu znaków (Domański, 1979, s. 146). Sukces oznaczono plusem, porażkę (również ta sama liczba punktów; brak progresji) minusem. Sprawdzanym testu znaków jest statystyka r , która jest liczbą par (x_i, y_i) , dla których $x_i - y_i > 0$. Hipotezę H_0 odrzucamy na rzecz H_1 , gdy r jest $\leq r_{0,05}$. Wartość krytyczną ($r_{0,05}$) odczytujemy dla danych

liczebności z tablic statystycznych. Dla $n = 14$ wynosi 3. Ponieważ $r = r_{0,05} = 3$ (3 minusy), więc H_0 należy odrzucić. Zajęcia socjoterapeutyczne wpłynęły na podniesienie poziomu wartości grupy.

Wyniki zajęć powinny zostać omówione zarówno z uczestnikami sesji, jak i rodzicami (opiekunami). Tego typu i inne analizy pozwalają rodzicom zrozumieć, jakie istotne czynniki ukształtowały zaniżoną samoocenę ich dzieci, jakie ćwiczenia i podejście psychologiczne może wpłynąć na poprawę samooceny, co należy zrobić, żeby zachować ciągłość psychologiczną pozytywnego myślenia dzieci o sobie itp. Zatem socjoterapia stanowić może ważną formę wsparcia i pedagogizacji rodzin osób niepełnosprawnych. Nawet w przypadkach beznadziejnych i mocno niejednoznacznych należy wspierać rodziny – ponieważ – jak pięknie stwierdza prof. A. Wojciechowski: „Człowiek, nawet gdy tracąc świadomość przestaje być podmiotem, a staje się przedmiotem moralności, nie przestaje być dla nas tą najwyższą wartością” (Wojciechowski, 1995, s. 31).

Natomiast, jeśli chodzi o formę terapii grupowej, to należy pamiętać, że ludzkie dążenie tworzenia określonych grup społecznych uwarunkowane jest specyficznymi elementami egzystencji, które charakteryzują nie tylko świat człowieka, lecz również świat zwierząt. Tworząc grupę łatwiej jest przetrwać w przyrodzie. Poprzez organizację można szybciej i efektywniej realizować zamierzone cele, zaspokajać potrzeby i przekształcać środowisko zgodnie z instynktem życia. „By nie mieć poczucia ostatecznego wyizolowania – co niewątpliwie przywiodłoby nas do szaleństwa – potrzebujemy nowej jedności: z innymi ludźmi oraz z przyrodą. Potrzeba przeżywania takiej jedności manifestuje się na najrozmaitsze sposoby: w symbiotycznej więzi z matką, bóstwem, plemieniem, narodem, klasą, religią, organizacją studencką czy zawodową” (Fromm 1999, s. 170). Jednoczenie się pozwala na uzyskanie punktu odniesienia społecznego, to znaczy uzyskania odpowiedzi na interesujące jednostkę kwestie typu: jak wyglądam na tle innych, co mogę zmienić, co pozwala mi na rozwój, a co hamuje moją inicjatywę, czy jestem potrzebny danej hierarchii społecznej tylko ze względu na interes grupy, czy może grupa pragnie mojego szczęścia itp. Ten specyficzny punkt odniesienia przejawia się zarówno w zachowaniach szkodliwych i niepożądanych, jak i społecznie użytecznych.

Bibliografia

- Corey G., (2005). Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Domański C., (1979). Statystyczne testy nieparametryczne. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Dudziński G., (1999). Kocha życie, ale chce umrzeć. *Gazeta Codzienna Fakt* nr 172, 2009.

- Fromm E., (1997). *Mieć czy być?* Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Jagieła J., (2007). *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny.* Kraków: Wydawnictwo Rubikon.
- Janion E., (2001). *Trudności psychospołeczne dzieci z dysfunkcją narządu ruchu*, [w:] A. Maciarz A., Janiszewska-Nieścioruk Z., Ochonczenko H. (red.). (2001). *Człowiek niepełnosprawny w rodzinie i w środowisku lokalnym*, Zielona Góra: WSP.
- Maurer A., (1994). *Potrzeby rodziców dzieci o różnych zaburzeniach rozwojowych w zakresie poradnictwa rodzinnego*, [w:] J. Fenczyn, J. Wyczęsany (red.), *Problemy edukacji i integracji osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem*, Kraków: Polskie Stowarzyszenie Osób niepełnosprawnych w Krakowie.
- Wojciechowski A., (1995). *Granice.* Toruń: Wydawnictwo UMK.
- Ziemska M., (1977). *Rodzina a osobowość*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Zych A., (2001). *Słownik gerontologii społecznej*, Warszawa: Żak.