

DOROTA KORNAS-BIELA

psycholog
Lublin

UWAGI O STATUSIE METODOLOGICZNYM PSYCHOLOGII REWALIDACJI

We współczesnej nauce zauważa się dwie rozbieżne, lecz uzależnione od siebie tendencje, a mianowicie: 1) tworzenie się coraz to nowych dyscyplin wiedzy o daleko posuniętej specjalizacji przedmiotu badań, metod i celów, prowadzące do powstania złożonych problemów badawczych, których nie da się rozwiązać na gruncie jednej wąskiej dyscypliny, oraz 2) wynikającą stąd konieczność rozwoju nauk kompleksowych, interdyscyplinarnych.

Status metodologiczny nauki interdyscyplinarnej jest specyficzny. Nie jest ona konglomeratem składowych nauk, gdyż te ostatnie nie tracą swej odrębności. Najczęściej nauki te wyodrębniły się z jednej gałęzi wiedzy, dlatego też bazują na takich samych założeniach ontologiczno-epistemologicznych oraz regułach formalnych. Nauki składowe dopełniają się zarówno co do aspektów, jak i sposobów poznania, pozwalając na unifikację języka oraz lepsze podporządkowanie wiedzy, wyjaśnianie jej i integrację w jeden zwarty system lub przynajmniej w zharmonizowaną całość¹. To uporządkowanie nauk jest konieczną bazą, a jednocześnie skutkiem racjonalnej organizacji nauki. Kooperacja specjalistów może polegać na badaniu tą samą metodą różnych przedmiotów lub na wieloaspektowym i różnymi metodami prowadzonym badaniu tego samego przedmiotu, albo też może łączyć te dwa ujęcia badawcze. Nauki interdyscyplinarne mogą mieć charakter bardziej teoretyczny (np. teorie informacji, cybernetyka) lub praktyczny.

Tak rozumianą nauką interdyscyplinarną jest między innymi defekto-

¹ S. Kamiński: *Pojęcie nauki i klasyfikacji nauk*. Lublin 1970, s. 242—243.

logia. Powstanie tej dyscypliny jest rezultatem zainteresowania się człowiekiem z fizycznym lub psychicznym brakiem takich dyscyplin, jak psychologia, pedagogika, medycyna, technika. Odpowiednie działy tych nauk, zajmujące się człowiekiem odchylonym od normy psychofizycznej pod jakimś względem, tworzą naukę zwaną defektologią. Defektologia jako nauka kompleksowa o ludziach z fizycznymi lub umysłowymi defektami, o ich właściwościach i prawidłowościach rozwoju, o ich nauczaniu i wychowaniu, o ich usprawnianiu społecznym, o ich leczeniu i technicznym oprzyrządowaniu rozwija się dynamicznie w Związku Radzieckim.

W Polsce termin ten był krytykowany przez twórczynię pedagogiki specjalnej, M. Grzegorzewską, oraz J. Doroszewską. Zarzucano, iż jest on zbyt ogólny, gdyż określa naukę o wszelkiego rodzaju defektach, że sam wyraz „defekt” sugeruje nieodwracalność braku, co jest zaprzeczeniem celów rewalidacyjnych. Z tego też względu nie należy używać terminu „dziecko defektywne”, lecz „dziecko specjalne”. M. Grzegorzewska przeciwstawiła się tendencji zastępowania nazwy „pedagogika specjalna” — „defektologią”, uważając, że termin ten nie akcentuje istotnego zadania pedagogiki specjalnej: oddziaływania wychowawczo-nauczającego w celu rewalidacji społecznej².

Przez swą ogólność i akcentowanie negatywnych skutków upośledzeń termin „defektologia” nie jest trafny. Nie podważa to jednak zasadności istnienia interdyscyplinarnej nauki uogólniającej wyniki badań medycznych, psychologicznych, pedagogicznych, społecznych i technicznych nad ludźmi z psychofizycznymi upośledzeniami. Nauka ta pozwalałaby na skoordynowanie i scentralizowanie badań zespołowych, na podejmowanie badań długofalowych, szerszych zakresowo i pogłębionych merytorycznie, na rozwikłanie złożonych problemów związanych ze skutkami zaburzeń i ich korekcją. Dotychczasowe badania w tej dziedzinie są bowiem nieliczne i zacieśnione w swym zakresie do wąskich aspektów. Wybór problemu badawczego podyktowany jest często dostępnością technik i terenu badań. Niedostateczna koordynacja planów badawczych i niepełne wykorzystanie wyników badań dyscyplin pokrewnych nie pozwalają na całościowe ujęcie dorobku Polski w tej dziedzinie.

DZIAŁY PSYCHOLOGII REWALIDACJI

Psychologia rewalidacji (zwana też psychologią defektologiczną, specjalną lub rewalidacyjną) jest więc jedną z nauk zajmujących się ludźmi odchylonymi od normy psychofizycznej. Podstawowym celem tej nauki jest poznanie prawidłowości i mechanizmów funkcjonowania psychiki

² M. Grzegorzewska: *Pedagogika specjalna*. Warszawa 1964, s. 3.

ludzi niepełnosprawnych, zmierzające do ich usprawnienia psychicznego i włączenia w życie społeczne. Na praktyczny charakter tej nauki wskazuje łacińska etymologia przymiotnikowa *validus* (sprawny, zdatny, ozdrowieniec). Status metodologiczny psychologii rewalidacji bazuje na założeniu, że istnieją wspólne prawidłowości w mechanizmach, strukturze i przejawach różnych zaburzeń rozwoju i funkcjonowania, które pozwalają odróżnić ludzi upośledzonych od pełnosprawnych oraz prawidłowości specyficzne, odrębne dla każdej grupy upośledzeń. Stąd też powstały w ramach psychologii rewalidacji działy w zależności od kategorii zaburzeń lub braków³.

1. Tyflopsychologia — psychologia niewidomych, obejmująca niewidomych od urodzenia i od 5 roku życia, ociemniałych (którzy utracili wzrok po 5 roku życia), ludzi z resztkami wzroku, niewidomych z dodatkowym kalectwem (np. narządu ruchu lub z chorobą przewlekłą), niewidomych upośledzonych umysłowo, głuchoniewidomych i niedowidzących.

2. Surdopsychologia — psychologia głuchych, obejmująca głuchych od urodzenia, ogłuchłych mówiących, głuchych z resztkami słuchu, z dodatkowymi kalectwami lub upośledzonych umysłowo i niedosłyszących.

3. Oligofrenopsychologia — psychologia upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym i głębokim.

4. Psychologia zaburzeń mowy uwarunkowanych organicznie lub funkcjonalnie.

5. Psychologia inwalidów narządów słuchu — niedowłady, uszkodzenia, braki, atrofie.

Wymienione wyżej działy psychologii specjalnej można objąć wspólną nazwą psychologii defektologicznej, gdyż dotyczą zaburzeń procesów i mechanizmów regulacji instrumentalnej. Oddziaływanie psychologiczne ma charakter rewalidacyjny, przede wszystkim kompensujący braki⁴.

6. Psychologia przewlekłe chorych, zwana też psychologią leczniczą, gdyż oddziaływanie ma tu charakter peliatywny, podtrzymujący, leczniczy, głównie w takich chorobach, jak gruźlica węzłów chłonnych, płuc, kostno-stawowa, choroba Heinego-Medina, zespół Little'a, gościec, alergia, epilepsja, schorzenia układu krwionośnego, oddechowego, przemiany materii i inne.

7. Psychologia resocjalizacyjna, która zajmuje się nie dostosowanymi społecznie nieletnimi, młodocianymi i dorosłymi z wyraźnymi lub bez wyraźnych zmian w centralnym systemie nerwowym (charakteropatia, padaczka lub psychopatia). Zaburzenia w zachowaniu wywodzą się z nie-

³ Zob. S. Sękowska: *Pedagogika specjalna*, cz. II. Lublin 1974, s. 20—21.

⁴ Zob. Cz. Czapów, S. Jedlewski: *Pedagogika resocjalizacyjna*. Warszawa 1971, s. 105.

właściwego przebiegu procesów regulacji określonych jako procesy ustosunkowania. Procesy emocjonalno-motywacyjno-dążeniowe są zbyt ubogie lub skierowane na wartości antagonistyczne w stosunku do oczekiwań społecznych. Oddziaływanie psychologiczne ma w stosunku do nie przystosowanych charakter „resocjalizującej reedukacji”, korygującej dotychczasowe efekty ich doświadczeń społecznych⁵.

Niedawno wyodrębniła się w psychologii rewalidacji problematyka związana z czasowymi zahamowaniami w rozwoju, z parcjalnymi zaburzeniami, z trudnościami w nauce szkolnej (w tym zagadnienia dysleksji i dysgrafii) oraz gerontopsychologia.

Zakres zainteresowań psychologii rewalidacji obejmuje V punkt „Deklaracji Praw Dziecka” z 1959 roku: „Dziecko upośledzone fizycznie, umysłowo lub społecznie powinno mieć zapewnione specjalne leczenie, wychowanie, opiekę, odpowiednie do danego przypadku”⁶. Poza tym psychologia ta zajmuje się również ludźmi dorosłymi, tym bardziej, że u około 80% inwalidów kalectwo pojawiło się po dwudziestym roku życia.

PSYCHOLOGIA REWALIDACJI A PSYCHOLOGIA KLINICZNA

Bazą dla wszystkich gałęzi psychologii rewalidacji są metodologiczne i teoretyczne podstawy psychologii ogólnej. Oprócz tego każdy z jej działów ma sobie tylko właściwe powiązania z innymi dyscyplinami psychologicznymi, np. z psychologią rozwojową, kliniczną, rodziny, z psychologią nauczania i wychowania, z psychopatologią.

Psychologia rewalidacji łączy się ściśle z psychologią kliniczną na tym odcinku, w którym rozpatruje się wpływ upośledzeń fizycznych na sferę osobowości człowieka i mogące wystąpić zmiany patologiczne. Natomiast w polskiej literaturze psychologicznej zarysowuje się tendencja, by ten dział psychologii klinicznej, który zajmuje się „...zmianami w psychice człowieka na skutek trwałego obniżenia lub braku jakiejś sprawności...”, określać terminem „psychologia defektologiczna”⁷.

Należy jednak zwrócić uwagę, że kalectwo doprowadza do zmian w zakresie różnych funkcji, zjawisk, procesów psychicznych, które stają się inne, ale nie zawsze patologiczne (np. struktura czytawego u niewidomych, ich wyobrażenia surogatowe, orientowanie się w przestrzeni za pomocą „zmysłu przeszkód” nie są patologią. Są jakościowo

⁵ Zob. K. Kirajczyk: *Założenia systemu kształcenia kadr pedagogicznych dla szkolnictwa specjalnego*. „Ruch Pedagogiczny” 1968, nr 4.

⁶ M. Grzegorzewska: op. cit., s. 11.

⁷ M. Jarosz: *Elementy psychologii lekarskiej i psychopatologii ogólnej*. Warszawa 19, s. 15.

różne od tych zjawisk u ludzi widzących, ale nie można określić ich jako patologiczne).

Termin „psychologia rewalidacji” nie jest podrzędny zakresowo w stosunku do psychologii klinicznej, lecz zakresy badań tych nauk krzyżują się, na przykład w psychologii rewalidacji spotyka się problemy związane z zaburzeniami osobowości występującymi po utracie funkcji wzroku czy słuchu, rozpatruje się problem przewlekłej choroby lub inwalidztwa jako czynnika dezintegrującego osobowość. Problemów psychologii rewalidacji nie można jednak rozpatrywać tylko w aspekcie klinicznym. Takie problemy, jak na przykład kompensacyjna rola dotyku i słuchu u niewidomych, porozumiewanie się osób głuchych za pomocą mowy migowej, daktylografia (mowa do ręki) jako droga poznania świata u głuchoniemych, są specyficznymi problemami psychologii rewalidacji. Problemy te mogą stać się kliniczne w przypadku zaburzeń na przykład kompensacji, orientacji. Traktowanie psychologii rewalidacji jako działu psychologii klinicznej nie jest właściwe, gdyż utożsamia się to z tendencją do traktowania ludzi z brakiem pewnej sprawności jako ludzi, których stan psychiczny odbiega od normy zdrowia psychicznego. Przebieg procesów spostrzegania, kojarzenia, myślenia, uwagi, pamięci u osób z uszkodzeniami analizatorów może być inny, ale może być nadal normalny (a czasem optymalny) przy istniejącym obiektywnie ograniczeniu, np. spostrzeganie kształtu małych przedmiotów u niewidomych dokonuje się na innej drodze niż u ludzi widzących, ale jest normalne w ich sytuacji. Za krzyżowaniem się zagadnień psychologii klinicznej i rewalidacji przemawia również fakt, iż psychologia kliniczna zajmuje się chorobą jako procesem, zaś psychologia specjalna — kalectwem jako stanem trwałym. Rozpatrując problemy choroby psychicznej lub przewlekłej somatycznej ujmuje ją w kategoriach inwalidztwa, w aspekcie trwałych zmian, jakie ta choroba wprowadziła w życie społeczne i zawodowe człowieka. Zajmuje się więc między innymi rehabilitacją zawodową ludzi upośledzonych umysłowo, chorych psychicznie lub somatycznie, kalek i innych.

PSYCHOLOGIA REWALIDACJI A MEDYCyna

Psychologia rewalidacji jest nauką opisową, gdyż opisuje, analizuje, porównuje prawidłowości i specyfikę rozwoju oraz odrębności w zakresie procesów psychicznych osób należących do różnych kategorii upośledzeń. Jest również nauką teoretyczną, gdyż uogólnia te dane w celu opracowania teorii wyjaśniającej wieloaspektowo przyczyny, charakter i skutki upośledzeń.

Jednym z podstawowych założeń, na których bazują badania podejmo-

wane w ramach psychologii rewalidacji, jest teza, iż prawidłowości psychicznego rozwoju dziecka są jednakowe tak dla normy, jak i patologii. Jeśli w jakimś ogniwie jednego łańcucha ogólnych prawidłowości rozwoju powstaje zaburzenie, to pociąga za sobą zmiany, lecz zasięg ich zależy od poziomu, jaki osiągnęła określona funkcja w swoim rozwoju aż do momentu jej naruszenia, i od znaczenia, jakie ma dla dalszego rozwoju psychofizycznego.

Psychologia rewalidacji bardzo dużo uwagi poświęca rozwojowi dziecka specjalnego, gdyż podejście genetyczne pozwala głębiej wniknąć w specyfikę różnych funkcji psychicznych, na przykład kompensacji. Rozwój dziecka specjalnego ma właściwości charakterystyczne w pewnej mierze dla wszystkich dzieci z odchyleniami w rozwoju, które różnią je od ich pełnosprawnych rówieśników (np. różnice w zakresie rozwoju mowy, różny charakter i głębokość odchyień w działalności poznawczej). Poza tym w rozwoju występują i specyficzne odrębności, charakterystyczne dla każdej grupy dzieci specjalnych. Psychologia rewalidacji zajmuje się między innymi tym, na jakim etapie w rozwoju dziecka doszło do zaburzeń i jaki to ma wpływ na dalszy jego rozwój⁸.

Wyodrębnienie specyfiki rozwoju uwarunkowanej konkretnym rodzajem upośledzenia wymaga głębokiej wiedzy etiopatogenezy defektu, jego struktury i diagnostyki różnicowej, opierającej się na kryteriach, które pozwolą na rozgraniczenie jednych stanów od drugih, czasem bardzo podobnych, lecz innych co do natury i wymagających innych sposobów do ich przezwyciężenia. Dlatego konieczna jest współpraca tej psychologii z medycyną i wspólne psychologiczne i kliniczno-fizjologiczne badania, zakładające związek między etiologią a patogenezą, patofizjologicznymi mechanizmami a uzależnionymi od nich psychologicznymi i pedagogicznymi przejawami. Poznanie tych zależności pozwala na prawidłową diagnozę i naukowo uzasadnione zaplanowanie poczynań leczniczych i korekcyjno-pedagogicznych⁹. Badania wykazały, że na przykład przy tej samej ostrości słyszenia, widzenia i tym samym poziomie umysłowym, lecz o innej etiologii defektu, różne są możliwości dziecka specjalnego i inne metody korekcyjne trzeba stosować. Badania etiologicznych wyznaczników defektów, prowadzone przez ogólną i medyczną genetykę, chemię biologiczną, patofizjologię, pozwalają na zapobieganie upośledzeniom wrodzonym lub powstałym wskutek chorób, np. ślepoty z powodu ospy, jaglicy. Wraz z akcją profilaktyki obserwuje się pewien względny wzrost ciężaru gatunkowego zaburzeń. Przyczyna wywołująca je powoduje wie-

⁸ T. A. Własowa: *Problemy preodolenija otkłonenij w rozwitie dietiej*. „Defektologia” 1972, nr 1. s. 3—9.

⁹ Tamże.

lofunkcyjne uszkodzenie (dotykając również sfery emocjonalno-wolitywnej, motorycznej, intelektualnej lub językowej), co prowadzi do obrazu defektu o bardziej złożonej strukturze i cięższych zmianach psychicznych, wymagających specyficznej pracy leczniczo-korekcyjnej (np. uszkodzenie wzroku na tle gruźliczego zapalenia opon mózgowych lub guza mózgu).

Związek psychologii rewalidacji z medycyną dostarcza podstaw do naukowego uzasadnienia klasyfikacji różnych rodzajów uszkodzeń (zwłaszcza oligofrenii). Usprawnia prawidłowy przydział dzieci do odpowiedniej kategorii szkół specjalnych poprzez zapewnienie prawidłowej diagnostyki zaburzeń analizatorów i funkcji psychicznych. Ułatwia rozróżnienie między różnymi stanami patologicznymi psychiki, np. między oligofrenią a czasowym zahamowaniem w rozwoju, astenią mózgową, zaniedbaniem pedagogicznym lub opóźnieniem spowodowanym uszkodzeniem analizatorów. Pozwala ustalić stopień utraty słuchu, wzroku, sprawności umysłowych. Pomaga zlokalizować defekt w centralnym systemie nerwowym.

Nauki medyczne zajmują się leczeniem chorób narządów zmysłu, chorób przewlekłych lub występujących jako skutek pierwotnego defektu (np. choroby układu oddechowo-naczyniowego u inwalidów kończyn dolnych), a tym samym wspierają proces rehabilitacji psychicznej i społecznej, zaś pomyślny przebieg leczenia przy zabiegach wymagających aktywnego współdziałania z pacjentem, jak gimnastyka lecznicza czy terapia zajęciowa, uzależniony jest od postawy człowieka wobec tych zabiegów, a tym samym od jego usprawnienia psychicznego¹⁰.

Psychologia rewalidacji dostarcza naukom medycznym informacji potrzebnych w pracy nad ochroną i rozwojem pozostałych resztek wzroku, słuchu i możliwości adaptacyjnych systemu nerwowego. Badania z zakresu psychoneurologii pozwoliły na wyjaśnienie przyczyn zróżnicowanego obrazu anormalnego rozwoju dziecka; pokazały, że struktura defektu jest nie tylko różna, ale i ma swoją specyfikę w zależności od przyczyny, siły działania negatywnego bodźca (pierwotny defekt), charakteru procesu chorobowego i lokalizacji uszkodzenia, od całego kompleksu czynników socjalnych, w których formuje się osobowość dziecka specjalnego, oraz czasu działania negatywnego bodźca¹¹. Wczesne uszkodzenia burzą ciągłość rozwoju psychicznego. Defekt, który powstał, gdy dana funkcja nie została jeszcze ukształtowana i nie było całego systemu procesów psychicznych, zależnych od pierwotnie naruszonej funkcji, wywołuje bardzo

¹⁰ J. Błaszowska: *Zadania, metody pracy i rola psychologa w leczniczej rehabilitacji chorych z uszkodzonym narządem ruchu*. (W:) *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów*. Warszawa 1961, t. I, s. 38—53.

¹¹ T. A. Własowa: op. cit., s. 8.

ciężkie „wtórne dewiacje”. Te z kolei są przyczyną niedorozwoju innych procesów psychicznych i to wszystko składa się na sylwetkę odchylonego od normy rozwoju człowieka z brakiem psychofizycznym. Kompleksowe badania psychologiczne i medyczne pozwalają na różnicowanie między pierwotnym defektem a jego wtórnymi dewiacjami, np. stwierdzenie przez lekarza częściowej głuchoty tłumaczy występujące zaburzenie mowy i trudności w nauce, które symulowały obraz upośledzenia umysłowego.

PSYCHOLOGIA REWALIDACJI A PEDAGOGIKA SPECJALNA

Psychologia rewalidacji ma również swój dział normatywny, w którym opracowuje wespół z pedagogiką specjalną cele dla oddziaływania leczniczego i pedagogicznego oraz formułuje zasady, jakim powinny być one podporządkowane.

Posiada też dział praktyczny, który opracowuje psychologiczne podstawy dla metod rewalidacyjnych (korekcja, kompensacja i usprawnienie skorygowanych funkcji) i leczniczo-wychowawczych. Ten dział psychologii najbardziej łączy się z pedagogiką, stąd rozpowszechniający się termin „psychopedagogika specjalna”. W codziennej praktyce granice między psychologią a pedagogiką specjalną są mało uchwytne, gdyż psycholog zajmując się analizą mechanizmów zaburzeń oraz prawidłowości rozwoju i funkcjonowania psychiki przy odchyleniu od normy psychofizycznej często zajmuje się również terapią tych zaburzeń. Podobnie pedagodzy podejmując sprawy organizowania właściwych warunków życia oraz metod i treści kształcenia i wychowania bazują na wiedzy o psychologicznych podstawach i mechanizmach zaburzeń¹².

Osiągnięcia psychologii rewalidacji wykorzystywane są przez pedagogikę specjalną przy opracowywaniu możliwości rozwojowych dzieci specjalnych i środków kompensacji; przy przystosowywaniu form organizacyjnych szkolnictwa, treści, programów i metod pracy rewalidacyjnej. Psychologia dostarcza pedagogice specjalnej informacji o pozytywnych możliwościach i potencjalnych uzdolnieniach człowieka, co pozwala bazować w oddziaływaniu rewalidacyjnym nie na brakach, skutkach upośledzeń, ale na tym, co pozostało. Dostarcza również wiedzy o tym, jakie warunki działają harmonizująco i tonizująco na system nerwowy dziecka i wzmagają jego dynamizm adaptacyjny. Pozwala wykorzystać

¹² Zob. M. Jakubowski: *Psychologia rewalidacyjna*. „Szkola Specjalna” 1961, nr 2, s. 114—121.

wać techniki warunkowania instrumentalnego, takie jak nagrody, kary¹³. W tym celu psychologia rewalidacji i pedagogika specjalna bazują na wynikach badań psychologii uczenia się.

PSYCHOLOGIA REWALIDACJI A SOCJOLOGIA I PRAWO

Socjologiczno-medyczne badania epidemiologicznego aspektu występowania chorób i zaburzeń rozwojowych oraz ich statystyczne opracowanie pozwoliło na uwidocznienie niektórych przyczyn stanów defektywnych, co ma duże znaczenie z jednej strony dla ich profilaktyki, z drugiej — dla planowania akcji rewalidacyjnej, na przykład sieci szkół specjalnych. Badania te ujawniły zmiany w zakresie etiologii defektów na przestrzeni lat. Zmniejsza się występowanie niektórych zaburzeń wrodzonych oraz powstałych wskutek chorób we wczesnym dzieciństwie, zwiększa się zaś liczba kalectw nabytych po wypadkach. W skali społecznej ta zmieniona etiologia odchylen od normy psychofizycznej prowadzi do dostrzegania nowych problemów w pracy psychologiczno-terapeutycznej, do konieczności badań naukowych wspierających praktyczną działalność w zakresie akceptacji i adaptacji do powstałego kalectwa, zmian dotychczasowych nawyków, ruchów opierających się na utrwalonych stereotypach dynamicznych, jak również przygotowania do życia rodzinnego, społecznego, zawodowego w zmienionych warunkach.

Skutki psychologiczne kalectwa są ściśle związane ze skutkami społecznymi. Kalectwo, choroba, stawiają człowieka w sytuacji deprywacji podstawowych potrzeb, między innymi społecznych, które nie zaspokojone prowadzą do reakcji nerwicznych, chorób psychosomatycznych.

Związek psychologii rewalidacji z socjologią obrazuje w praktyce współpraca asystenta socjalnego z psychologiem w zakresie między innymi zaspokajania potrzeb społecznych ludzi niepełnosprawnych.

W rehabilitacji leczniczej będzie to:

1. „Odbudowa” naturalnych więzów społecznych z rodziną, szkołą, zakładem pracy i ułatwienie kontaktu ze środowiskiem poza ośrodkiem leczniczym.

2. Zapobieganie ubocznym szkodliwym skutkom rehabilitacji leczniczej, tzn. desocjalizacji pacjenta wraz z rozwojem egocentryzmu, postawy konsumpcyjnej, przerzucaniu odpowiedzialności za siebie i swój przyszły los na otoczenie, niesamodzielności, przyzwyczajaniem do wygody itp.¹⁴.

¹³ N. G. Hoving, R. L. Schiefelbusch (red.): *Metody pedagogiki specjalnej*. Warszawa 1973, s. 35—68.

¹⁴ J. Błaszowska: op cit., s. 49.

3. Dostarczanie psychologowi informacji o środowisku i warunkach materialnych pacjenta, co pozwala na właściwą diagnozę psychologiczną, która jest wykorzystywana przez asystenta socjalnego w zaprogramowaniu zajęć pacjentów na terenie ośrodka (szpitala, sanatorium). Asystent socjalny w oparciu o dane dotyczące zwłaszcza zainteresowań i wydolności wysiłkowej sfery psychicznej prowadzi z pacjentami zajęcia o charakterze kulturalno-rozrywkowym. „Asystent socjalny obserwuje i działa, psycholog interpretuje dane obserwacyjne i modyfikuje metody pracy”¹⁵. Chodzi tu przede wszystkim o przygotowanie inwalidy do przyszłego życia w zakresie umiejętności organizowania sobie czasu wolnego, gdyż w tej dziedzinie inwalidztwo jest odczuwane jako duża przeszkoda.

4. Pomoc w załatwianiu spraw socjalno-bytowych pacjenta i jego rodziny.

5. Przygotowanie środowiska rodzinnego i zakładowego do przyjęcia inwalidy, wyczulenie ich na potrzeby inwalidy, informowanie ich, na czym polega właściwa postawa wobec inwalidy, jaki może być zakres jego obowiązków, a ich opieki, jak można ułatwić mu życie przy istniejących ograniczeniach (pomoc techniczne, adaptacja w mieszkaniu, świadczenia socjalne).

6. Preorientacja zawodowa — wstępne zorientowanie inwalidy o możliwościach szkolenia zawodowego i podjęcia pracy z uwzględnieniem jego potrzeb materialnych, sytuacji rodzinnej, mieszkaniowej.

W ramach rehabilitacji zawodowej współpraca asystenta socjalnego z psychologiem polega na prawidłowej i pełnej diagnozie możliwości zawodowych, wyborze zawodu i czynności z uwzględnieniem jego konsekwencji społecznych oraz włączeniu inwalidy w życie grupy w Zakładzie Szkolenia Zawodowego i w miejscu pracy, rozwiązywaniu, a zwłaszcza zapobieganiu konfliktom, uaktywnieniu społecznym inwalidy, wreszcie uczenia go „zróżnicowanej percepcji zjawisk społecznych”¹⁶.

Świadomość i doświadczenie społecznych skutków inwalidztwa (m.in. negatywnych postaw otoczenia, utrudnienia w kontaktach z ludźmi pełnosprawnymi, obniżenia pozycji społecznej i zawodowej, zmniejszonej pozytywnej oceny siebie przez innych) wpływa bardziej na zachowanie i osobowość ludzi niepełnosprawnych niż sam fakt inwalidztwa. Jednym ze wspólnych zadań psychologa i asystenta socjalnego jest praca nad przełamaniem społecznych barier stworzonych przez negatywne postawy nieinwalidów wobec inwalidów, chociaż są one trudniejsze do przewy-

¹⁵ J. Błaszowska, L. Adamiuk: *Zasady pracy zespołu psychologiczno-socjalnego w sanatorium rehabilitacyjno-ortopedycznym*. [W:] *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów*, Warszawa 1971, t. II, s. 104—106.

¹⁶ A. Hulek: *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. Warszawa 1969, s. 57.

ciężenia niż konsekwencje samego inwalidztwa. Zmiana postaw społeczeństwa jest ważna dla procesu rehabilitacji psychicznej inwalidów, gdyż, jak wykazały badania, istnieje dodatnia korelacja pomiędzy samoakceptacją a akceptacją przez innych ludzi oraz odczuwaniem akceptacji siebie przez innych¹⁷.

Dla pełnej rehabilitacji psychicznej konieczna jest rehabilitacja społeczna inwalidów, związana z wyrobieniem postawy socjocentrycznej, społecznego zaangażowania, poczucia odpowiedzialności za siebie oraz silnej motywacji wywołanej przez produktywne dążenia i przez trening w przezwyciężaniu trudności na przykład w kontaktach¹⁸. Rola czynników socjopsychicznych w rehabilitacji osób niepełnosprawnych jest obecnie przedmiotem zainteresowań badaczy wielu krajów.

Podkreśla się również wagę zagadnień społecznych w środowisku chorego w szpitalu. Rozpatruje się „rolę chorego” w kontekście innych ról społecznych pełnionych dotychczas, zmianę sytuacji społecznej w momencie zachorowania, depriację potrzeb w warunkach leczenia, pozytywne i negatywne wpływy grupy pacjentów hospitalizowanych na pojedynczego pacjenta, warunki interioryzacji norm leczniczych¹⁹. Szpital rozpatruje się jako system ról społecznych, zwraca się uwagę na organizowanie optymalnego układu stosunków społecznych między personelem medycznym a chorym, zapobieganie czynnikom jatrogennym, organizowanie chorych w duchu społeczności terapeutycznej. Dehumanizacja stosunków szpitalnych, osamotnienie chorego, nieumiejętność wczuwania się personelu w sytuację chorego są przyczynami powstawania reakcji nerwicznych pacjenta. Stąd dla rozwiązania złożonych problemów powstałych w sytuacji choroby, zwłaszcza przewlekłej, konieczna jest głęboka wiedza psychologiczna i socjologiczna lekarza oraz umiejętność pedagogicznego oddziaływania, wspieranego kompleksową, interdyscyplinarną interwencją²⁰.

Z rewalidacją społeczną ściśle związana jest sytuacja prawna ludzi odbiegających od normy psychofizycznej. Zakres przysługujących im mo-

¹⁷ J. Siller: *Reactions to physical disability, by the disabled and the nondisabled*. „Research Bulletin” 1964, nr 7, s. 27—34; oraz *Personality determinants of reaction to the physically disabled*. Tamże, s. 37—51; B. Wright: *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*. Warszawa 1965.

¹⁸ J. Błaszowska: *Zasady i wybrane metody grupowego usprawniania psychospołecznego młodzieży z uszkodzonym narządem ruchu*. [W:] *Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów*. Warszawa 1971, t. II, s. 91—103.

¹⁹ R. Janeczko, W. Szymańska-Jagiello: *Struktura społeczna grup nieformalnych w sali szpitalnej przeznaczonej dla dzieci chorych na choroby reumatyczne*. „Szkoła Specjalna” 1970, nr 4, s. 315—337.

²⁰ R. Janeczko: *Socjopsychiczne środowisko chorego w szpitalu*. „Szkoła Specjalna” 1971, nr 2, s. 177—190.

zliwości zawodowych, usług socjalnych, rent, ubezpieczeń w znacznym stopniu przyspiesza i ułatwia proces akceptacji i przystosowania do kalectwa. Dlatego też tam, gdzie kalectwo nabywane jest stopniowo lub gdzie choroba przewlekła ma charakter nie ustabilizowany — trudniej jest o ujęcie tych przypadków w przepisy prawne dla celów ubezpieczeń i pomocy społecznej, co znacznie pogarsza psychiczną adaptację i akceptację swego stanu.

Dlatego też zadaniem służby rewalidacyjnej (szczególnie psychologa i asystenta socjalnego) jest znajomość zagadnień prawnych, zwłaszcza prawa pracy, ubezpieczeń, rent, ustaw o zwalczaniu chorób, świadczeń socjalnych, np. zapomogi pieniężne stałe lub okresowe, pomoc żywnościowa, kredyty na odzież i usamodzielnienie gospodarcze, nabywanie pomocy technicznych, zmiana warunków mieszkaniowych, świadczenia lecznicze, przydzielenie pielęgniarstwa społecznej, umieszczenie w zakładzie państwowym, możliwość korzystania z wczasów, sanatorium.

Usługi socjalne ujęte w przepisy prawne są wielorodzajowe. Każdy jednak przepis prawny, nawet wykonawczy, jest ogólnie sformułowany, stąd od inicjatywy, dobrej woli, poświęcenia i przygotowania zawodowego psychologów i asystentów socjalnych zależy dostosowanie tych norm ogólnych do potrzeb konkretnych jednostek²¹. Żadne jednak przepisy prawne nie są w stanie przewyciężyć trudności w rewalidacji ludzi niepełnosprawnych, wynikłych na przykład z przesądów i uprzedzeń pracodawców wobec zatrudniania inwalidów, kierowników szkół wobec przyjmowania dzieci i młodzieży inwalidzkiej²².

Ustawodawstwo daje normatywne podstawy dla kształtowania pozytywnych postaw wobec ludzi odbiegających od normy psychofizycznej. Zadaniem psychologii rewalidacji, psychologii społecznej i socjologii jest poznanie psychospołecznych mechanizmów warunkujących kształtowanie się określonych typów postaw ludzi sprawnych wobec inwalidów, ich wielokierunkowego wpływu na psychikę ludzi niepełnosprawnych, sposobów przewyciężenia funkcjonujących uprzedzeń i przesądów.

PSYCHOLOGIA REWALIDACJI A TECHNIKA

Psychologia rewalidacji współpracuje z takimi działami techniki, jak surdotechnika, tyfłotechnika, oligofrenotechnika, a pośrednio z elektrotechniką, akustyką, audiologią, radiotechniką, cybernetyką, optyką. Psycho-

²¹ A. Hulek: *Zadania pracownika socjalnego w rehabilitacji i jego współdziałanie z innymi specjalistami*. [W:] *Praca socjalna w rehabilitacji inwalidów*. Warszawa 1972. s. 20—29.

²² H. Lackowa: *Uwarunkowanie rehabilitacji czynnikami psychologicznymi i społecznymi*. [W:] *Rehabilitacja inwalidów w PRL*. Warszawa 1973, s. 36—43.

logia rewalidacji opracowując dla tych działów takie zagadnienia, jak specyfika procesów sensorycznych, wrażeń, spostrzeżeń, wyobrażeń i pojęć, współzależność pozostałych zmysłów w procesie poznania, kompensacyjna rola myślenia w tym procesie — daje podstawy naukowe dla badań i konstruowania tych środków technicznych, jak też unikalny materiał dla teorii poznania.

Współpraca ta pozwala na właściwe opracowanie przyrządów kompensujących i korygujących uszkodzenia analizatorów oraz pomocy naukowych ułatwiających czynności poznawcze (zwiększających precyzję oraz szybkość przekazywania informacji), technicznych środków korygujących zaburzenia mowy, pomocy naukowych dla upośledzonych umysłowo oraz oprzyrządowania dla inwalidów narządu ruchu.

*

*

*

Obserwując rozwój współczesnej nauki można zauważyć, iż jedną z charakterystycznych tendencji jest coraz większy humanizm i antropocentryzm. Człowiek stanowi przedmiot badań zarówno dyscyplin filozoficznych, jak i nauk szczegółowych. Ten humanistyczny trend współczesnej nauki znalazł również swój wyraz w powstaniu odrębnych specjalizacji w ramach takich gałęzi wiedzy, jak medycyna, psychologia, pedagogika i technika, które zajęły się człowiekiem niepełnosprawnym.

Psychologia, pedagogika, medycyna, socjologia i technika w tym ich zakresie, w którym zajmują się człowiekiem ułomnym, zbliżone są tak dalece do siebie, iż wydaje się sensowne, by zintegrowały się w jedną naukę o interdyscyplinarnym charakterze, której zadaniem byłoby:

1. Uogólnianie wyników nauk składowych, dzięki czemu byłaby ona nauką teoretyczną o dużym stopniu ogólności, obejmującą całokształt wiedzy dotyczącej defektów psychofizycznych;

2. Wyciąganie praktycznych wniosków i wdrażanie ich w życie, tzn. wykorzystanie wyników badań dla tworzenia podstaw pracy rewalidacyjnej;

3. Inspirowanie wspólnych badań, co umożliwiłoby wszechstronne ujęcie badanego wycinka rzeczywistości. Jest to szczególnie ważne, gdyż w przypadku zaburzonych sprawności obowiązuje prawo wpływu częściowego uszkodzenia na całokształt warunków rozwojowych, a więc na całokształt tworzącej się osobowości, jej cech, przeżyć i doświadczeń oraz na całokształt jej stosunków z otoczeniem, których równowaga jest w sposób swoisty zachwiana.

Niezależnie od nazwy, jaką przyjąłaby ta nauka (w ZSRR określa się ją terminem „defektologia”), sama idea interdyscyplinarnej wiedzy o czło-

wieku ułomnym jest godna wprowadzenia w życie. Tym bardziej, że postuluje się obecnie (w świetle „Raportu o stanie oświaty”) utworzenie systemu profilaktyczno-korekcyjnego. Brak jest zaś dotychczas podstaw i form organizacyjnych dla tego typu działalności.

ДОРОТА КОРНАС-БЕЛЯ

Замечания о методологическом статусе психологии ревалидации

Автор обосновывает принятие термина „психология ревалидации” для определения науки, занимающейся людьми, имеющими отклонения от психофизической нормы. Этот термин лучше всего представляет идею работы с людьми не вполне работоспособными, т.е. смысл лечения, совершенствования, восстановления физического и психического здоровья в рамках существующих ограничений (лат. *validus* — крепкий, пригодный). Затем автор представляет разделы психологии ревалидации, предпринимаемые в этой области мероприятия и показывает взаимосвязи психологии ревалидации с другими областями психологии, в т.ч. особенно с клинической психологией, медициной, специальной педагогикой, социологией, правом и техникой. В заключение подчеркивает рассудительность интеграции этих областей в единую систему, в одну науку об интердисциплинарном характере, которая обобщая результаты составных наук, охватывала бы совокупность знаний, касающихся психофизических дефектов.

DOROTA KORNAS-BIELA

Remarks on methodological status of the psychology of revalidation

The author explains the adoption of a term „psychology of revalidation” so as to define the branch of science dealing with psychophysical deviants. The very idea of work with mentally deficient people provides the best explanation of this term, i.e. the sense of treatment, rising of the standard of efficiency, restoring both physical and mental health within the framework of the existing limitations (*L. validus* — strong, effacious, convalescent). Subsequently the author presents the branches of psychology of revalidation and problems related to it. Next the author shows the mutual relations of the psychology of revalidation with other branches of psychology especially with clinical psychology, medicine, special education, sociology, law and technics. In the conclusion the author points to the pertinence of integration of all of these branches into one compact system, into single science of an interdisciplinary character which by way of generalizing the findings of constituent sciences would encompass the entire notion of psychophysical deficiencies.