



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



**CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)**

Wytyczne z zakresu wsparcia psychologicznego oraz terapeutycznego dla osób o specjalnych potrzebach w kontekście mobilności oraz transportu

Opracowanie:

Dr hab. Małgorzata Starzomska – Romanowska

Dr Dominik Gołuch

Warszawa, 2023

Spis treści

| | |
|--|----|
| 1. Wstęp..... | 3 |
| 2. Wytyczne w zakresie diagnozy | 4 |
| 3. Konsekwencje psychospołeczne niepełnosprawności w zakresie narządu ruchu oraz czasowych ograniczeń w sprawnym poruszaniu się..... | 7 |
| 4. Cele interwencji terapeutycznych przeprowadzanych u osób niepełnosprawnych | 9 |
| 5. Jakie formy interwencji psychologicznej należałoby zaproponować osobom z niepełnosprawnościami?..... | 12 |
| 6. Przykłady terapii możliwych do zastosowania w przypadku niepełnosprawności | 13 |
| 7. Pułapki w pracy terapeutycznej z osobami z niepełnosprawnościami | 18 |
| 8. Podsumowanie | 21 |
| Bibliografia..... | 22 |

1. Wstęp

Niniejsze opracowanie ma na celu wskazanie głównych obszarów i problemów związanych z pracą terapeutyczną oraz wsparciem osób o specjalnych potrzebach w zakresie mobilności i transportu.

Na wstępie należy zauważyć, że doświadczanie napięć czy problemów związanych z mobilnością i transportem u większości osób może być wtórne w stosunku do istniejących deficytów. W związku z tym pomoc psychologiczna czy terapeutyczna w pierwszej kolejności powinna skupiać się na kwestiach związanych z głównym problemem, a nie jedynie ograniczać do kontekstu mobilności. Przykładowo, osoba niewidoma może cierpieć na depresję nie dlatego, że ma problemy z przemieszczaniem się, lecz ogólnie z uwagi na swój stan zdrowia (Podgórska-Jachnik, 2017). W przypadku tej grupy przygotowanie osobnych wytycznych w kontekście transportu i mobilności jest wtórne w stosunku do ogólnych zasad terapeutycznych czy niesienia pomocy psychologicznej, ponieważ poradzenie sobie z problemami płynącymi z głównego źródła z dużym prawdopodobieństwem przyczyni się do lepszego funkcjonowania również przy przemieszczaniu się. Nie jest istotne, czy niepełnosprawność jest od urodzenia, czy też powstała później – np. w wyniku wypadku lub choroby. W obu przypadkach wsparcie będzie koncentrowało się przede wszystkim na poradzeniu sobie z samym faktem bycia osobą niepełnosprawną, a dopiero dalej z funkcjonowaniem na różnych płaszczyznach.

Podobną kategorię osób stanowią osoby starsze. Również w ich przypadku problemy z mobilnością są jedną z konsekwencji starzenia się i doświadczanych chorób. W związku z tym wsparcie w pierwszej kolejności będzie koncentrowało się na kwestiach związanych z akceptacją swojego stanu, a dopiero później na konkretnych problemach związanych z codziennym funkcjonowaniem (Jankowska & Leśnikowska-Matusiak, 2010; Zawadzka & Stalmach, 2015).

Do innej kategorii należy zaliczyć osoby, które doświadczają negatywnych emocji czy stresu pourazowego jedynie w kontekście transportu i mobilności, np. ofiary wypadków drogowych. W zależności od konsekwencji psychicznych wsparcie może dotyczyć jedynie kwestii związanych z dyskomfortem związanym z tymczasowym ograniczeniem możliwości przemieszczania się (np. osoba złamała nogę w wyniku wypadku), a w przypadku doświadczenia PTSD wsparcie będzie głównie osadzone w kontekście transportu i mobilności (Popiel & Zawadzki, 2021).

W związku z powyższymi wyróżnionymi sytuacjami poniższe wytyczne będą podzielone w zależności od tego, czy problemy psychiczne i psychologiczne są bezpośrednio wynikiem wydarzeń związanych z transportem i mobilnością, czy też są wtórne wobec innych problemów.

Warto również wskazać, że pomoc psychologiczna może przybierać różnorakie formy. Może to być promocja zdrowia, prewencja, poradnictwo psychologiczne, interwencja kryzysowa, psychoterapia, resocjalizacja (Sęk, 2013). Poniższe opracowanie może być wykorzystane w każdej z form, choć ich zasięg może być różny w zależności od okoliczności, konkretnej sytuacji.

2. Wytyczne w zakresie diagnozy

Celem diagnozy jest ustalenie, jaki jest stan psychiczny osoby, której udzielane jest wsparcie psychologiczne lub terapeutyczne (Stemplewska-Żakowicz, 2018). W szczególności należy ustalić, jakie niepożądane objawy występują u takiej osoby oraz czy ich źródłem jest wydarzenie związane z transportem i mobilnością (np. wypadek drogowy), czy też problemy z mobilnością i związane z tym problemy psychiczne są konsekwencjami stanu tej osoby (np. niepełnosprawność, wiek). W zależności od okoliczności diagnoza może być np. krótka i przyjąć formę obserwacji (np. bezpośrednio po wypadku drogowym, gdy jest ograniczony kontakt z uczestnikiem wypadku) lub dłuższa i w formie pogłębionego wywiadu, łącznie z testowaniem narzędziami psychometrycznymi, jeśli osoba zgłosi się do gabinetu psychologa lub terapeuty (Stemplewska-Żakowicz, 2018; Stemplewska-Żakowicz & Krejtz, 2009). Forma diagnozy powinna być dostosowana do okoliczności i stanu psychicznego osoby, której wsparcie jest udzielane. Diagnoza jest krokiem niezbędnym, bez którego udzielenie wsparcia może być nieefektywne, a nawet szkodliwe. Sama diagnoza w miarę możliwości i okoliczności powinna spełniać standardy etyczne i profesjonalne. Można odwołać się do zasad określonych w „Standardach diagnozy psychologicznej”, opracowanej przez Ogólnopolską Sekcję Diagnozy Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (Filipiak & Paluchowski, 2019):

- 1.1. Psycholog podejmuje decyzje czy wykona usługę diagnostyczną w odpowiedzi na skierowane do niego zapotrzebowanie na tę usługę od osoby diagnozowanej i/lub zleceniodawcy (tzn. osoby bezpośrednio zainteresowanej, osób trzecich lub instytucji).
- 1.2. Psycholog podejmuje się wykonania usługi diagnostycznej tylko wtedy, kiedy możliwe jest udzielenie odpowiedzi na pytanie diagnostyczne na podstawie współczesnej psychologicznej wiedzy naukowej.
- 1.3. Psycholog podejmuje się realizacji usługi diagnostycznej wtedy, gdy posiada odpowiednią: wiedzę, umiejętności oraz postawę etyczną.
- 1.4. W razie potrzeby, psycholog kieruje osobę diagnozowaną i/lub zleceniodawcę do innego specjalisty lub podejmuje współpracę z innym specjalistą.
- 1.5. Psycholog realizuje proces diagnostyczny dbając o dobro osoby diagnozowanej.
- 1.6. Psycholog podejmuje się realizacji usługi diagnostycznej tylko wówczas, gdy może ją wykonywać z poszanowaniem dóbr, autonomii i praw osoby diagnozowanej oraz osób trzecich.
- 1.7. Psycholog diagnosta korzysta z superwizji (indywidualnej, grupowej, koleżeńskiej).
- 1.8. Jeżeli psycholog nie posiada umiejętności niezbędnych do tego, by uwzględnić indywidualną perspektywę osoby diagnozowanej (np. nigdy nie pracował z osobą reprezentującą daną grupę społeczną czy doświadczającą danego problemu), komunikuje ten fakt osobie diagnozowanej i/lub zleceniodawcy wraz z informacją o

CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)

ewentualnej dostępności innych psychologów specjalizujących się w danym obszarze pracy.

1.9. W przypadku braku możliwości skierowania osoby diagnozowanej i/lub zleceniodawcy do ekspertów z określonego obszaru psychologicznej praktyki diagnostycznej, psycholog podejmuje się realizacji usługi diagnostycznej pod warunkiem, że aktywnie poszerza swoją wiedzę w tym zakresie oraz poddaje dany proces diagnostyczny superwizji.

1.10. Psycholog stara się rozpoznać występujące (oraz potencjalne) konflikty, w jakich może się znaleźć podczas realizacji procesu diagnostycznego.

1.11. Jeżeli konieczne warunki wstępne są spełnione (patrz punkty 1.1 – 1.10), psycholog zawiera pisemny lub ustny kontrakt na badanie diagnostyczne na podstawie świadomej zgody osoby diagnozowanej.

1.12. Psycholog uzgadnia z osobą diagnozowaną i/lub zleceniodawcą (osobą/institucją zlecającą wykonanie usługi diagnostycznej) zakres przekazywanych we wnioskach diagnostycznych informacji, co stanowi element kontraktu dotyczącego tego badania diagnostycznego.

2.1. Psycholog potrafi wskazać obszary wiedzy naukowej, będące podstawą formułowania odpowiedzi na pytanie diagnostyczne.

2.2. Psycholog potrafi wskazać, co należy badać, by móc formułować twierdzenia dotyczą ce konkretnego badanego zagadnienia.

2.3. Psycholog opracowuje strategię diagnozowania.

2.4. Psycholog ocenia związek zbieranych danych z konkretnym pytaniem diagnostycznym oraz przyjętym celem postępowania diagnostycznego.

2.5. Psycholog używa wyłącznie narzędzi diagnostycznych, które mają podstawy naukowe w zakresie danego obszaru diagnostyki.

2.6. Dobierając narzędzia, psycholog uwzględnia indywidualne właściwości uczestnika badania.

2.7. Dobierając standardowe narzędzia, psycholog uwzględnia ich właściwości psychometryczne.

2.8. Psycholog używa narzędzi z poszanowaniem osobistego i materialnego prawa autorskiego.

2.9. Psycholog używa aktualnych wersji narzędzi diagnostycznych.

3.1. Psycholog prowadzi badania wyłącznie w standardowych warunkach, umożliwiających porównywanie uzyskiwanych wyników.

3.2. Psycholog zachowuje właściwą z punktu widzenia kodeksu etyki zawodowej psychologa postawę wobec osoby uczestniczącej w badaniu.

**CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)**

3.3. Psycholog jest odpowiedzialny za kontrolowanie i minimalizowanie czynników zakłócających wynikających z jego interakcji z osobą diagnozowaną.

4.1. Psycholog integruje uzyskane w badaniu dane ilościowe oraz jakościowe w kontekście formułowania odpowiedzi na pytanie diagnostyczne.

4.2. W odniesieniu do standardowych narzędzi diagnostycznych, psycholog bierze pod uwagę ich właściwości psychometryczne i adekwatnie do ich poziomu ocenia stopień zaufania, z jakim może odnosić się do uzyskanych wyników. W odniesieniu do wywiadu i obserwacji ocenia ich poprawność metodologiczną i na tej podstawie stopień zaufania, z jakim może odnosić się do uzyskanych wyników.

4.3. Wszędzie tam, gdzie w toku badania wystąpiły zakłócenia w stosunku do warunków standardowych, psycholog uwzględnia możliwy wpływ tych zakłóceń na wynik badania i adekwatnie modyfikuje stopień zaufania, z jakim może odnosić się do uzyskanego wyniku.

5.1. Psycholog komunikuje wnioski diagnostyczne zgodnie z zawartym wcześniej kontraktem na badanie diagnostyczne.

5.2. Psycholog przekazuje informacje o efektach procesu diagnozy w sposób dopasowany do odbiorcy.

5.3. Psycholog podejmuje się przeprowadzenia procesu diagnostycznego wyłącznie wtedy, gdy zapewnione są warunki właściwego przechowywania dokumentacji związanej z prowadzonymi działaniami.

5.4. Przekazywanie pełnej informacji dotyczącej procesu diagnozy odbywa się tylko wówczas, gdy jej odbiorcą jest upoważniony przez osobę diagnozowaną psycholog.

5.5. Przekazywanie informacji w formie pisemnej odbywa się w sposób zapewniający jej poufność.

3. Konsekwencje psychospołeczne niepełnosprawności w zakresie narządu ruchu oraz czasowych ograniczeń w sprawnym poruszaniu się

Niepełnosprawność w zakresie narządu ruchu oraz czasowe ograniczenia w sprawnym poruszaniu się poprzez ich wpływ na mobilność/korzystanie z transportu osoby nimi dotkniętej, powodują liczne konsekwencje psychospołeczne.

W pierwszym rzędzie należy wymienić problem związany z **barierami fizycznymi**, gdyż mogą one powodować poczucie wykluczenia społecznego, uprzedzeń i stygmatyzacji, których doświadczają wszystkie grupy mniejszościowe. Kolejną ważną konsekwencją niepełnosprawności w zakresie narządu ruchu oraz czasowych ograniczeń w sprawnym poruszaniu się, jest **izolacja**. Takie osoby mogą być praktycznie odizolowane, mając trudności z opuszczeniem domu z powodu problemów z mobilnością i korzystaniem w transporcie. Dolegliwości związane z niepełnosprawnością, ból lub zmęczenie mogą ograniczać kontakty społeczne. Z kolei izolacja psychologiczna pojawia się, gdy osoby niepełnosprawne nie dzielą się z innymi swoimi myślami, się swoimi myślami, często uprzednio uciszone/nieusłyszane przez innych. Osoby te mogły stracić przyjaźnię z powodu barier fizycznych lub dlatego, że inni zmagają się z ich niepełnosprawnością. Kolejną ważną konsekwencją niepełnosprawności w zakresie narządu ruchu oraz czasowych ograniczeń w sprawnym poruszaniu się jest doświadczenie **traumy**. W przeszłości w poradnictwie i psychoterapii przyjmowano model medyczny niepełnosprawności (Reeve, 2014a; Swain and French, 2000) lub postrzegano ją jako źródło problemów. Nie brano pod uwagę, że u podstaw często leży trauma, a nie sama niepełnosprawność. Rozszerzony społeczny model niepełnosprawności postrzega doświadczanie traumy jako reakcję nie tylko na wypadek lub nabytą niepełnosprawność, ale także na skumulowaną (często codzienną) niepełnosprawność psychoemocjonalną (Reeve, 2014b; Watermeyer i Swartz, 2016). Trauma i strata są nadal rozpatrywane przez pryzmat osób pełnosprawnych (Reeve, 2014a). Nierzadko osoby z niepełnosprawnościami mówią o swoich negatywnych doświadczeniach w kontakcie z terapeutami, kiedy to ci ostatni zakładali, że pacjent jest zdenerwowany z powodu „bycia niepełnosprawnym”. Trauma u osób z niepełnosprawnościami może również dotyczyć trudnego kontaktu z personelem medycznym, np. powszechnym doświadczeniem jest poddanie pacjenta bolesnemu lub/i powodującemu wstyd i lęk z powodu przymusu lub/i izolacji od opiekunów zabiegowi medycznemu często bez zgody, gdy był zbyt młody lub nie zapytano o zgodę (Smart i Smart, 2006). Kolejną ważną konsekwencją niepełnosprawności w zakresie narządu ruchu oraz czasowych ograniczeń w sprawnym poruszaniu się jest doświadczanie trudności w obszarze **ciała, seksu i związków**. Jak uważa Barker historycznie rzecz ujmując, projekt kategoryzowania seksualności i płci ludzi na „uporządkowaną” i „nieuporządkowaną”, „normalną” i „nienormalną” jest nieodłącznie związany ze sposobem, w jaki pewne ciała zostały zdefiniowane jako normatywne w kulturze zachodniej, czyniąc inne ciała nieuporządkowanymi. Dziedzictwem tego jest

CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)

postrzeganie osób z niepełnosprawnościami jako nieatrakcyjnych seksualnie, mniej kobiecych/męskich (Barker, 2017). Z tego względu seks i intymność mogą być postrzegane jako nieistotne lub unikane w przypadku, gdy osoba z niepełnosprawnością postrzega je jako kłopotliwe lub traumatyczne (Olkin, 1999). Płodność jest często ignorowana z założeniem, że osoba z niepełnosprawnością będzie samotna, nie jest w stanie uprawiać seksu, mieć dzieci. Należy dodać, że osoby niepełnosprawne zostały wykluczone z badań przesiewowych dotyczących zdrowia i seksualności (WHO, 2018). Kolejną ważną konsekwencją niepełnosprawności w zakresie narządu ruchu oraz czasowych ograniczeń w sprawnym poruszaniu się jest doświadczanie **dotyku**. Praca z pacjentami z niepełnosprawnościami, których mobilność jest ograniczona, może stanowić wyzwanie, gdyż są to osoby szczególnie wrażliwe na kwestie związane z dotykiem. Często osoby z niepełnosprawnościami proszą o pomoc, powiązaną z dotykiem, na zasadzie „muszę” i są przyzwyczajeni do zacierania granic. Z drugiej strony może się pojawić problem „deprywacji dotyku”, ponieważ korzystanie z pomocy w poruszaniu się lub ból mogą uniemożliwić rzeczywiste fizyczne zbliżenie się do bliskich. Osoby pełnosprawne z otoczenia mogą unikać dotykania osoby niepełnosprawnej, aby zdystansować się z powodu dyskomfortu związanego z jej niepełnosprawnością. Dotyk może być przede wszystkim związany z zadaniami medycznymi lub opiekuńczymi, co wpływa na poglądy osób niepełnosprawnych na temat siebie i swojego ciała. Wreszcie, niepełnosprawność przypomina nam o rzeczywistości **słabości, upadku i śmierci**. Podobnie jak choroba, niepełnosprawność jest często kojarzona ze śmiercią (Livneh, 1982) nieświadomie wywołując lęk terapeuty przed śmiercią i wpływając na świadczone przez niego usługi (Fish, 1986). Lęki te często leżą również u podstaw podejścia opartego na modelu medycznym, według którego należy dążyć do tego, aby osoba z niepełnosprawnością wyzdrowiała lub stała się jak najbardziej „normalna” lub niezależna (Olkin, 2017). Pod tym kryje się przesłanie jest takie, że bycie innym nie jest w porządku (Morris, 1991). Natomiast przyszłość jest ważna dla wszystkich pacjentów i obejmuje takie tematy, jak praca, finanse, mieszkania, emerytury i śmierć, ale także pragnienie przyjaźni, miłości, intymności, rodziny i dziedzictwa. Dla niektórych niepełnosprawnych klientów tematy te są powiązane z ich oczekiwaniami dotyczącymi pomocy fizycznej. Wiele osób niepełnosprawnych ma niskie dochody (Scope, 2020). Obawy finansowe, często zgłaszane na terapię dotyczą niezależności i kontroli nad swoim życiem w miarę starzenia się, pogarszania się niepełnosprawności lub pogarszania się stanu zdrowia i oczywiście kwestii zapłaty za terapię. Może to powodować niepokój zarówno dla klienta i terapeuty, jeśli perspektywy wydają się ponure, trudne lub beznadziejne. Ponadto innymi poważnymi konsekwencjami niepełnosprawności w zakresie narządu ruchu oraz czasowych ograniczeń w sprawnym poruszaniu się są: obniżenie poczucia sensowności/jakości życia, poczucie nieskuteczności oraz poczucie braku kompetencji społecznych.

4. Cele interwencji terapeutycznych przeprowadzanych u osób niepełnosprawnych

Ze względu na wyżej wymienione konsekwencje trwałych lub czasowych problemów z mobilnością należy wymienić następujące cele interwencji psychologicznych w grupie osób, której dotyczy ten problem.

Po pierwsze, celem interwencji powinno być **zmniejszanie poczucia izolacji**. Rozważenie kwestii izolacji jest pomocne przy planowaniu naszej pracy terapeutycznej. Ważne jest, w jaki sposób klienci przenoszą wiedzę terapeutyczną na temat mechanizmów psychologicznych związanych z poczuciem izolacji, do swojego codziennego życia. Wprowadzanie zmian może być trudne, gdy występuje izolacja nie tylko z powodu niewielkiego wsparcia społecznego, małej liczny przyjaciół, ale także z powodu słabych umiejętności czytania i pisania, trudności w komunikacji, obaw finansowych lub braku prywatności. Istotna jest również praca nad doświadczaniem traumy, w szczególności podczas psychoterapii warto rozważyć kwestię wsparcia społecznego, gdyż w przebiegu PTSD jest to czynnik kluczowy, decydujący o tym, czy stan depresyjny ulegnie pogłębieniu czy też osoba doświadczy wzrostu potraumatycznego (Tedeschi i Calhoun, 2004). Kolejnym ważnym celem interwencji psychoterapeutycznych powinna być dyskusja nad takimi kwestiami, jak: **seksualność, intymność, związki**. Dyskusje podczas terapii mogą obejmować menstruację, pielęgnację ciała, przygotowanie do aktywności seksualnej i uwzględnienie tożsamości płciowej. Chociaż związki partnerskie (zarówno intymne, jak i z przyjaciółmi i dziećmi) dają wiele korzyści, wyższy odsetek związków intymnych rozpada się, gdy jeden z partnerów staje się (czasowo lub na stałe) niepełnosprawny, a więcej osób niepełnosprawnych niż pełnosprawnych pozostaje osobami samotnymi (Olkin, 2017). Pomocne może być przekazanie osobie z niepełnosprawnością następującego komunikatu: „Nie jestem ekspertem, ale chcę przyznać, że zdaję sobie sprawę, że może to być może być dla ciebie problemem i chętnie pomogę ci go rozwiązać”. Kolejnym ważnym celem interwencji psychoterapeutycznej w pracy z osobami z niepełnosprawnościami jest uzdrawianie ran psychicznych związanych z **dotykem**. Należy stwierdzić, że nadużycia w tej sferze są bardziej powszechne w grupie osób z niepełnosprawnościami, dlatego za zgodą pacjenta i przy wspierającym nadzorze i/lub dodatkowym szkoleniu, dotyk w terapii może modelować wyrównanie sił i mieć charakter naprawczy, praca z ciałem w przebiegu PTSD jest ogromnie ważna, tym bardziej w przypadku niepełnosprawności (Rotschild, 2014). Należy spojrzeć krytycznie na zasadę „bez dotyku”, rozważając np. kwestię „W jaki sposób pomoże to lub utrudni relację terapeutyczną?”. Ważnym celem interwencji psychoterapeutycznych powinno być dyskusja nad lękiem przed przyszłością, zwłaszcza w sytuacji, gdy głos pacjentów na ten temat był systematycznie nieraz uciszany przez innych. Może również istnieć uzasadniony niepokój związany ze perspektywą śmierci członków rodziny lub samej osoby z niepełnosprawnością. Należy dodać, iż etap refleksji nad własnym życiem i czasem, który pozostał, może mieć miejsce wcześniej, kiedy osoba była pełnosprawna. Ważnym celem interwencji psychoterapeutycznej wśród osób z niepełnosprawnością jest **podniesienie poczucia**

sensowności i jakości życia. Według twórcy logoterapii Victora Frankla (2015), warunkiem zdrowia i wewnętrznego zadowolenia jest dążenie człowieka do jasno sprecyzowanego celu oraz oparte na określonych wartościach, sensowne postępowanie. Brak poczucia sensu życia odczuwany jako pustka egzystencjalna może prowadzić do różnego rodzaju zaburzeń emocjonalnych. Zdaniem Frankla, interpretacja zdarzeń życiowych jako bezsensownych i trudności w przypisaniu im znaczenia, wywołują lęk, niepokój oraz cierpienie, zarówno psychiczne, jak i fizyczne. Z kolei Roy F. Baumeister (1991) wymienia cztery elementy niezbędne do prawidłowego rozumienia sensu życia: realizację określonych, dalekosiężnych celów, posiadanie wartości wynikających z konkretnego światopoglądu czy otrzymanego wychowania, odczuwania kontroli nad przebiegiem życia, odczuwanie wartości i ważności swojej osoby. Osoby, które nie odczuwają sensu własnego życia, cechuje lęk przed przyszłością, apatia, poczucie zagubienia i osamotnienia w świecie. Konsekwencją tego jest wycofanie i niepodejmowanie odpowiedzialności za swoje życie. Pojawia się także brak poczucia wspólnoty z innymi, cynizm, rezygnacja z realizacji własnych uzdolnień i negacja wartości własnej osoby, wartości innych i sensu istnienia wartości jako takich. Warto zwrócić uwagę na pozorne przystosowanie czy pozorną akceptację niepełnosprawności, na przykład osoby niepełnosprawne podczas interwencji ukierunkowanych na poczucie sensu życia, mogą nie dostrzegać sensu czy wartości dotyczących różnych aktywności (postawa rezygnacyjna). Ważna wówczas może okazać się praca nad hierarchią wartości, formułowaniem celów (bliskich i dalekich), wzmocnieniem wiary we własną skuteczność oraz ważnością siebie i swoich pragnień. To może zaowocować przekonaniem beneficjentów, że „warto walczyć o siebie” (Krawczyk-Pasławska, 2010). Oczywiście mobilność w sensie swobodnego korzystania z transportu w dużym stopniu wykazuje związek z poczuciem sensu, gdyż warunkuje podejmowanie wielu istotnych dla tego poczucia aktywności. Kolejnym ważnym celem interwencji psychoterapeutycznej wśród osób z niepełnosprawnością jest odzyskanie **poczucia własnej skuteczności**. Osoby niepełnosprawne ruchowo w zdecydowanej większości, przypisują swoją niepełnosprawność czynnikom zewnętrznym (los, zbieg okoliczności, działanie innych itd.). Jest to oczywiście najczęściej zgodne z rzeczywistością. Niezależnie od przyczyny niepełnosprawności, to może osłabiać poczucie własnej sprawczości. Warto podejmować działania, których celem jest, aby osoby te uzyskały poczucie wpływu na kształtowanie swoich losów, uwierzyły w sens kierowania swoim życiem a więc we własną sprawczość i skuteczność. Osoby, które oceniają wysoko własną sprawczość, mają większe szanse na osiągnięcie celu, gdyż przedwcześnie nie porzucają podjętych działań, jednakże warto pamiętać, że podjęcie i utrzymanie działania to nie tylko kwestia intencji i kontroli poznawczej ale także postrzeganych i rzeczywistych czynników sytuacyjnych (bariery, wsparcie społeczne) (Krawczyk-Pasławska, 2010). Innym celem interwencji psychoterapeutycznej wśród osób z niepełnosprawnością jest nabycie **kompetencji społecznych**. Celem interwencji psychologicznej w tym obszarze jest uwierzenie beneficjentów w skuteczność i wykorzystania zasobów. Ważne jest, aby zdali sobie sprawę (gdy to ma miejsce) z subiektywnego postrzegania rzeczywistości, nieprawidłowej formy wypowiedzi, nieprawidłowych oczekiwań wobec rozmówców, komunikacji równoległej (walka o wygraną) oraz sprzeczności

**CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)**

komunikatów (werbalnych i niewerbalnych). Bardzo ważne jest wzmocnienie ich wiary w skuteczność wypowiedzi oraz dostarczenie kolejnych „narzędzi” służących poprawie komunikacji. Szczegółowe cele interwencji psychologicznej w tym obszarze obejmują: nazywanie własnych potrzeb, emocji i postaw – rozpoznawanie i redukowanie aleksytymii; asertywność – wyrażanie własnych potrzeb, praw, emocji bez naruszania granic i praw innych osób; komunikację – proces wymiany informacji (potrzeb, praw, emocji) w spójnej formie werbalnej i niewerbalnej, w sposób zrozumiały dla innych; ekspozycję społeczną – przedstawianie siebie w korzystnym świetle, dostosowanie swojego sposobu zachowania, postaw i wizerunku do oczekiwań i preferencji odbiorców (Krawczyk-Pasławska, 2010).

5. Jakie formy interwencji psychologicznej należałoby zaproponować osobom z niepełnosprawnościami?

Rozpatrując wpływ trwałej lub czasowej niepełnosprawności powodującej problemy z mobilnością, warto na początku tej części przytoczyć następujący cytat: „Tymczasem nie tylko sama utrata zdrowia jest dla osób niepełnosprawnych źródłem cierpienia. Niewątpliwie jest to stresor podstawowy ale za jego przyczyną powstają ciągle nowe np.: dyskryminacja, kłopoty ekonomiczne, utrata pracy, utrata pozycji w rodzinie czy pozycji zawodowej, ograniczenie samodzielności, obniżenie pewności siebie itd.” (Krawczyk-Pasławska, 2010, s. 30). Stereotypy dotyczące osób niepełnosprawnych oraz postawy wobec nich, pomijając inne utrudnienia (np. bariery architektoniczne czy administracyjne), stanowią najbardziej kluczowe bariery w życiu osób niepełnosprawnych. Tworzą one bariery psychologiczne w nich samych, a mianowicie wywołują one poczucie bezradności, braku akceptacji, bezwartościowości, a tym samym apatię społeczną. Taka postawa jest często spotykana w kontaktach z osobami niepełnosprawnymi, szczególnie zamieszkałymi w mniejszych miejscowościach (Krawczyk-Pasławska, 2010; por. Buchwald, 2015). Bariery psychologiczne obejmują także trudności związane z zaakceptowaniem własnej sytuacji związanej z niepełnosprawnością. Uświadomienie sobie własnej niepełnosprawności wiąże się z silnymi emocjami, co niejednokrotnie uniemożliwia obiektywny ogląd rzeczywistości, a tym samym utrudnia podejmowanie aktywności oraz decyzji co do właściwych działań. Może pojawiać się zwątpienie, brak wiary we własne możliwości i poprawę swojej sytuacji życiowej (głównie ekonomicznej i społecznej). W związku z takim nastawieniem psychicznym do siebie i świata, osoby niepełnosprawne przyjmują nierzadko postawę wycofania się, zamknięcia w wąskim życiu domowym lub postawę roszczeniową – postawę pełną frustracji i oczekiwania na poprawę życia za sprawą innych, co blokuje aktywność i izoluje je od świata społecznego. Można zatem mówić o schemacie poznawczym/schematach poznawczych dotyczących własnego życia wśród osób niepełnosprawnych, przy czym niestety często może być to schemat poznawczy defektu, nieudolności, porażki (Young, Klosko i Weishaar, 2003; Young i Klosko, 1994). Ważnym elementem pogłębiającym cierpienie psychiczne osób niepełnosprawnych jest utrata lub brak sensu życia. Oczywiście należy pamiętać, że poczucie sensu życia jest szerokim pojęciem, a na jego poziom wpływ mają różne czynniki indywidualne jak np. sytuacja społeczno-demograficzna, hierarchia wartości, umiejętności radzenia sobie z problemami, doświadczenia traumatyczne czy czas nabycia niepełnosprawności, należy pamiętać, że utrata sensu życia nie dotyczy wszystkich osób niepełnosprawnych (Krawczyk-Pasławska, 2010).

W związku z powyższym, należy stwierdzić, że psychoterapia wspierająca osoby niepełnosprawne powinna koncentrować się na: redukowaniu schematów poznawczych; polepszaniu funkcjonowania społecznego, wykształcaniu/przywracaniu poczucia sensu życia, chociaż nie są to jedyne opcje do zaoferowania tej grupie pacjentów.

6. Przykłady terapii możliwych do zastosowania w przypadku niepełnosprawności

Jednym z możliwych typów terapii, które można zaleca się stosować u osób z niepełnosprawnościami jest **praca z ciałem** (jest to przede wszystkim praca nad kwestią doświadczania/odczuwania dotyku i traum doznanych w tym obszarze), np. w nurcie Gestalt (por. Perls, 2019). W podejściu Gestalt człowiek ujmowany jest holistycznie – każdy aspekt jego istnienia w świecie – emocje, cielesność, intelekt i budowanie relacji z otoczeniem – jest jednakowo ważny i stanowi obszar do eksploracji w trakcie procesu terapii. W Gestalt wszystko ma znaczenie – to psychoterapia poprzez „dotykanie”, kontakt z drugim człowiekiem. Zaczyna się od spojrzenia, podania ręki, reakcji na siebie nawzajem. Zauważenie tych reakcji jest istotne, bo to doświadczenie ma znaczenie korektywne i leczące – tu i teraz mogą być z klientem i jego cierpieniem, które jest zapisane w ciele; mogą udzielić wsparcia, zaproponować, by przyjął inną pozycję lub podać koc i go okryć. Zwracam uwagę na sposób, w jaki oddycha i krok po kroku wspieram jego możliwości do wypuszczania zamkniętego powietrza lub wdychania większej jego ilości. Również nowatorską metodą pracy z ciałem jest podejście zaproponowane przez Babette Rothschild (2014) w ramach terapii traumy, autorka podaje liczne przykłady, w jak różnorodny sposób można pracować z ciałem osoby, która doznała traumy i jak uniknąć pogorszenia stanu pacjenta podczas takiej pracy. Ważną metodą pracy terapeutycznej z osobami z niepełnosprawnościami jest **praca z traumą** ukierunkowana na łagodzenie bólu psychicznego oraz na wzrost potraumatyczny. Istnieje wiele technik zorientowanych na pierwszy cel, szczególnie poznawczych oraz egzystencjalnych. Z kolei wzrost potraumatyczny powoduje, iż poziom funkcjonowania jednostki jest wyższy w porównaniu z okresem sprzed doświadczenia traumatycznego i jest on związany jest ze zmianami w percepcji postrzegania siebie, swoich relacji czy życiowych wartości. W wyniku tego procesu osoba, która doświadczyła traumy przechodzi pewnego rodzaju transformację i uzyskuje wyższy, niż przed traumą, poziom funkcjonowania. Znaczącym jest fakt, że rozwój jest efektem nie tyle przeżytej traumy, co podejmowanych w jej wyniku strategii zaradczych. Mechanizm rozwoju po wydarzeniu traumatycznym związany jest bezpośrednio z procesami emocjonalnego i poznawczego przepracowania informacji dotyczących doświadczonego zdarzenia. Ludzie w konsekwencji przeżytej traumy są w stanie nawiązywać bliższe relacje z innymi, odkrywać w sobie większe pokłady empatii, osobistej siły, zaufania do siebie. Bardzo ważna jest praca terapeutyczna nad zwiększeniem szansy rozwinięcia przez osobę, która doznała traumy w związku z niepełnosprawnością oraz jej konsekwencjami, wzrostu potraumatycznego. Ważną rolę może tutaj odegrać pozytywne przeformułowanie, które nie ujmuje to oczywiście bólu jednostki w obliczu traumatycznych zdarzeń, lecz doznane cierpienie ma szansę zostać przekształcone w istotną dla człowieka wartość (Tedeshi i Calhoun, 2004). Ważną opcją terapeutyczną w pracy z osobami z niepełnosprawnościami jest **terapia usprawniania poznawczego** (Cognitive Remediation Therapy, CRT) pomocna w redukowaniu schematów poznawczych. CRT jest interwencją poznawczą cechującą się dużą skutecznością w poprawie funkcji poznawczych. Pacjent uczy się przekształcać

CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)

schematy poznawcze, poprawia się jego metapoznanie oraz motywacja do działania. Metapoznanie, które jest wiedzą o własnych procesach i strukturach poznawczych polega na planowaniu i kontroli wykonywania operacji umysłowych niższego rzędu. Jego prawidłowy przebieg ułatwia rozpoznawanie trudności poznawczych i identyfikację zmian zachowania, które usuwają lub kompensują problemy (obniżenie wrażliwości na działanie stresorów). CRT, rozwijając zdolności metakognitywne, wpływa na zaangażowanie w proces terapii. W CRT, podobnie jak w terapii poznawczo-behawioralnej (Cognitive Behavioural Therapy, CBT), pacjenci zwracają uwagę na rolę schematów poznawczych w definiowaniu procesów poznawczych potrzebnych do wykonywania zadań. Terapia wymaga świadomości własnych procesów poznawczych (w jaki sposób myślę?) oraz zdolności do zmiany przekonań (jakie myślenie jest bardziej pomocne?), rozwijając w ten sposób elastyczność poznawczą. CRT zmniejsza lęk będący konsekwencją zniekształceń poznawczych pacjenta. Ponadto pozytywnie wpływa na samoocenę chorego i przygotowuje go na kontakt z terapeutą. W przypadku osób niepełnosprawnych, CRT może się okazać bardzo korzystna ze względu na zmianę schematów poznawczych (oczywiście w kontekście poprawy metapoznania), jakie oferuje i co za tym idzie – zwiększenie motywacji do działania (Wilkos, Tylec, Kułakowska i Kucharska, 2013). W pracy z osobami z niepełnosprawnościami warto wprowadzić elementy **treningu umiejętności poznania społecznego**. Tego typu treningi odgrywają ważną rolę w poprawie funkcjonowania społecznego osób niepełnosprawnych. Przykładowo, trening poznania społecznego i interakcji (Social Cognition and Interaction Training, SCIT) obejmuje trzy główne aspekty społecznego poznania: percepcję emocji (rozpoznawanie, doświadczanie oraz wyrażanie emocji), styl atrybucyjny (który odnosi się do sposobu wyjaśniania przyczyn zachowania innych ludzi, np. obwinianie innych osób, szybkie wyciąganie wniosków w przypadku niejednoznacznych sytuacji, bez uwzględniania dodatkowych informacji i analizy faktów), teorię umysłu (wrodzona zdolność do przypisywania stanów umysłu samemu sobie i innym ludziom w celu przewidzenia i wytłumaczenia zachowania; jest ona związana z indywidualną zdolnością rozumienia np. wskazówek, zamiarów, oszustwa, humoru, metafory, ironii) (Wilkos, Tylec, Kułakowska i Kucharska, 2013). Trening społecznego poznania obejmuje ćwiczenia służące poprawie życia emocjonalnego i adekwatnego spostrzegania faktów społecznych. Daje także możliwość takiego zrekonstruowania procesów współodczuwania (empatii) i stylu atrybucji, aby poszerzać własne kompetencje społeczne i osobiste (Wilkos, Giguere, Sawicka i Kucharska, 2012; por. <http://lsozp.org/aktualnosc/drogowskaz-odnalezc-siebie-odc-10-trening-spoecznego-poznania>). W pracy z osobami z niepełnosprawnościami bardzo przydatne może być wprowadzenie elementów **terapii egzystencjalnej** pomocnej w wykształcaniu/przywracaniu sensu życia. Według podejścia egzystencjalnego ludzka egzystencja jest wypełniona możliwościami i potencjalnymi znaczeniami. W każdej sytuacji, niezależnie od tego, czy wydaje się ona banalna czy trudna, zawiera się możliwość lub zadanie, które czekają na zrealizowanie. Logoterapia (Frankl, 2015) skupia się na leczeniu kryzysów egzystencjalnych, które pojawiają się najczęściej po doświadczeniu straty spowodowanej chorobą (np. u osób niepełnosprawnych) lub śmiercią. Z tego względu, że logoterapia najczęściej przybiera formę doradztwa,

CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)

zazwyczaj zamyka się w dziesięciu godzinach. Polega ona przede wszystkim na psychoedukacji, którą klient może zastosować w swoim życiu. Według logoterapii, człowiek zawsze ma możliwość przekucia każdej porażki i tragedii w zwycięstwo, a pomiędzy patologicznym cierpiętnictwem a ucieczką od cierpienia jest jeszcze jedna droga — odkrycie jego sensu. Według Frankla (2015), życie zachowuje swój potencjalny sens w każdych okolicznościach, nawet tych najbardziej trudnych. To z kolei sugeruje, że człowiek ma zdolność do kreatywnego przekuwania negatywnych stron życia na coś pozytywnego i konstruktywnego. Innymi słowy, liczy się przede wszystkim to, aby jak najlepiej wykorzystać daną sytuację. Przeżycia traumatyczne i zniekształcone nastawienia nie stanowią jednak jedynych przyczyn niespełnionego życia. Prawie zawsze okazuje się, że ktoś, kto szuka pomocy u innych licząc na to, że pokierują jego życiem, nie do końca zdaje sobie sprawę z własnych zdolności i kompetencji. Terapeuta w ramach tego podejścia może zastosować pomocne techniki terapeutyczne, np. dyrektywy paradoksalne (tj. zalecenia, by pacjent wystawiał się na działanie tego, co przynosi mu największe cierpienie, czyli by „przezwycięzył objawy choroby trucizną”). Może stosować też tzw. logodramę. Polega ona na wyobrażeniu sobie przez pacjenta trudniejszej niż obecna sytuacji po to, aby spojrzeć na własne życie z dystansu. Logoterapia najczęściej przybiera formę doradztwa lub konsultacji. Polega przede wszystkim na psychoedukacji, pokazaniu ścieżki, którą klient może zastosować w swoim życiu. Sednem terapii jest wspólna analiza egzystencji klienta. Terapeuta nie interpretuje symptomów, nie poucza, nie daje rad. Poprzez „dialog sokratejski” i pytania niejako zmusza klienta do refleksji nad własnymi przekonaniem i sytuacjami, w których uczestniczy. Wreszcie, w pracy z osobami z niepełnosprawnościami przydatne mogą okazać się oddziaływania niespecyficzne czyli **terapia zajęciowa**. Głównym celem terapii zajęciowej jest zapobieganie skutkom ograniczenia aktywności, które towarzyszy chorobie i przywracanie zdolności do aktywnego, dającego zadowolenie życia w harmonii ze społecznym otoczeniem. Terapia zajęciowa stanowi również integralną część rehabilitacji zawodowej, której zasadniczym celem jest powrót do społeczeństwa poprzez podjęcie pracy lub przysposobienie do pracy – jak to się dzieje wśród osób niepełnosprawnych. W terapii zajęciowej szczególne znaczenie mają zajęcia twórcze, ponieważ umożliwiają wyrażanie emocji (Szeligiewicz-Urban, 2015). Szczegółowe zadania terapii zajęciowej to: usprawnianie fizyczne, usprawnianie psychiczne, preorientacja zawodowa. W ramach usprawniania fizycznego zadaniem terapii zajęciowej jest przekonanie osoby niepełnosprawnej, że jest ona zdolna do pracy i stworzenie atmosfery, w której może zapomnieć o swojej chorobie i inwalidztwie. Może to doprowadzić do poprawy jej kondycji fizycznej, a w efekcie tego do przyspieszenia powrotu do zdrowia. Wszelkie usprawnienia fizyczne mają pomóc choremu w uświadomieniu sobie, że pomimo doznanej niepełnosprawności posiada wiele sprawności, które mogą stanowić podstawę samodzielnego życia. W ramach usprawniania psychicznego terapia zajęciowa ma za zadanie pomóc osobie niepełnosprawnej w zaakceptowaniu swojej niepełnosprawności. Cel ten osiąga się poprzez odpowiednio dobraną oraz prowadzoną pracę, osoba niepełnosprawna nabiera poczucia własnej wartości, odzyskuje wiarę we własne możliwości oraz samoakceptację. Terapia zajęciowa powoduje odwrócenie uwagi chorego od swojej

CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)

niepełnosprawności i własnej osoby, a zwiększa jego zainteresowanie wykonaniem danej pracy. Poprzez wykonywaną pracę niepełnosprawny łatwiej akceptuje swoje deficyty i uczy się życia w nowych warunkach. Fakt wykonywania pracy podnosi wartość niepełnosprawnego jako jednostki społecznej i otwiera nowe możliwości w jego życiu (Milanowska, 1982). W ramach preorientacji zawodowej terapia zajęciowa ma za zadanie przygotowanie niepełnosprawnego do pracy zawodowej. Jest to ostatni etap w terapii zajęciowej. W trakcie leczenia i usprawniania należy zorientować się, jakiego rodzaju zainteresowania ma chory, jaka jest jego wydolność fizyczna i poziom umysłowy. Następnie należy wypróbować możliwości zawodowe niepełnosprawnego, a następnie przekonać i skierować na odpowiednie szkolenia zawodowe czy do odpowiedniej pracy. „Wartość terapii zajęciowej dla procesu usprawniania z punktu widzenia fizjologicznego i kinezyterapeutycznego polega na tym, że dany ruch-ćwiczenie w czasie pracy – pacjent może wykonywać przez dłuższy czas bez zmęczenia fizycznego i psychicznego. Tym samym przyspiesza się usprawnianie” (Milanowska, 1982, s. 16). W ramach terapii zajęciowej stosuje się wiele form i metod, które można wykorzystać w pracy z osobą niepełnosprawną. Należą do nich: ergoterapia (terapia pracą) (Szeligiewicz-Urban, 2015); arteterapia (arteterapia wizualna, np. malowanie, czy rzeźbienie; choreoterapia czyli terapia przez taniec, dramoterapia czyli terapia za pomocą dramy i muzykoterapia (Szulc, strona internetowa dostępna pod adresem: <http://www.kajros.pl/szulc/arteterapia.html>; Zalewska, 1998); kulturoterapia (arteterapia, muzykoterapia, filmoterapia, biblioterapia, bajkoterapia – ta ostatnia przeznaczona dla dzieci - zamierzone oddziaływanie na jednostkę lub grupę ludzi za pomocą specjalnie dobranej książki lub materiałów niedrukowanych (Szeligiewicz-Urban, 2015; Bogusz, strona internetowa dostępna pod adresem: przedszkole320.pl/wp-content/uploads/2016/06/biblioterapia.pdf; strona internetowa dostępna pod adresem: <https://www.swps.pl/nauka-i-badania/konferencje/14512-przebudzeni>); ludoterapia (terapia zabawą) (Szeligiewicz-Urban, 2015); zooterapia (animaloterapia), np. kynoterapia (dogoterapia), hipoterapia, felinoterapia (Chmiel, Kubińska i Derewiecki, 2014; Kleszcz, 2016; strona internetowa dostępna pod adresem: <http://konektia.pl/artykuly/331-terapia-z-uzyciem-zwierzat-dla-osob-niepełnosprawnych>); kinezyterapia (terapia ruchem) (Szeligiewicz-Urban, 2015) i choreoterapia (terapia tańcem) (strona internetowa dostępna pod adresem: <https://www.swps.pl/nauka-i-badania/konferencje/14512-przebudzeni>). Poniżej zamieszczono kilka ważnych cytatów na temat terapii zajęciowej: „Literatura stosowana w działaniach biblioterapeutycznych spełnia istotną i wielce zróżnicowaną rolę w procesie rehabilitacji. Daje ona radość, pomaga przenieść się w świat marzeń, fantazji, ciekawości, kusi nieznanym, dzięki niej pacjent-czytelnik staje się bogatszy w nowe doświadczenia potrzebne mu w wielu codziennych sytuacjach. Potrafi zmierzyć się z chorobą, spojrzeć na swoje życie i niepełnosprawność z innego punktu widzenia, nauczyć się akceptacji. Książka może zrelaksować, uspokoić, skłonić do refleksji, rozwija wewnątrz człowieka. Ma to bardzo duże znaczenie dla niepełnosprawnych, chorych osób będących w trakcie procesu rehabilitacji. Osoby te uczą się rozwiązywać swoje problemy, dzięki lekturze uczą się rozumieć, że ich sytuacja nie jest jedynakowa, że jest wielu ludzi dotkniętych podobnymi schorzeniami,

CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)

odczuwających ból, lęk, uciekających w samotność. Biblioterapia pomaga im otworzyć się na innych, znaleźć dobre strony swojej sytuacji, czasem też sprawia, że chorzy zapominają o sobie i chcą pomagać innym, bardziej chorym i nieszczęśliwym od nich” (Bugusz, strona internetowa dostępna pod adresem: przedszkole320.pl/wp-content/uploads/2016/06/biblioterapia.pdf); „Psychodrama to jedna z metod psychoterapii grupowej. Polega na odgrywaniu roli przez pacjenta, której treścią są jego problemy lub przeżycia. Celem dramy jest przezwyciężanie lęków i nieśmiałości, które przeszkadzają w kontaktach interpersonalnych, utrudniając relacje. Uczestnictwo w dramie, w atmosferze pełnej akceptacji, przezwycięża nieśmiałość załęczonych osób, dodając wiary w siebie. Drama zachęca do oryginalnego wyrażania się każdego z jej uczestników, zaspakajając w ten sposób osobiste pragnienie bycia sobą” (Szeligiewicz-Urban, 2015, s. 32); „Terapia zajęciowa ułatwia również rozumienie własnych potrzeb możliwości i pozwala uwierzyć w siebie. Powinna być stosowana przede wszystkim w odniesieniu do osób, u których proces chorobowy przebiega niepomysłnie, prowadząc do znacznej degradacji w wielu obszarach życia. Jest ona jedną z dziedzin rehabilitacji, a głównym [jej] zadaniem jest pomaganie osobom niepełnosprawnym fizycznie i umysłowo w samodzielnym funkcjonowaniu w środowisku społecznym. Bardzo ważnym elementem terapii zajęciowej jest program zajęć terapeutycznych dostosowany do indywidualnych potrzeb podopiecznych, którzy uczą się różnych czynności dnia codziennego lub przygotowują się do pracy zawodowej” (Szeligiewicz-Urban, 2015, s. 28-29); „Ergoterapia stopniowo angażuje pacjenta w życie społeczne poprzez udział w celowej aktywności, zwykle z pogranicza pracy użytkowej i twórczości artystycznej” (Wilczek-Różyńska, 2007, s. 215).

7. Pułapki w pracy terapeutycznej z osobami z niepełnosprawnościami

Rozpatrując problemy, które mogą pojawiać się podczas psychoterapii z pacjentami z niepełnosprawnościami, jedną z ważnych kwestii, jakie należy rozpatrywać w kontekście trudnych momentów w terapii z osobami z niepełnosprawnościami są: **przeniesienie i projekcja**. Jako terapeuci wszyscy popełniamy błędy, a uprzedzenia, których nie jesteśmy świadomi, pojawiają się nieoczekiwanie. pojawiają się nieoczekiwanie, w niektórych przypadkach prowadząc do zakończenia terapii. Możemy zapobiegać, wykonując własną refleksyjną pracę przed spotkaniem z niepełnosprawnymi pacjentami i umawiając się z nimi, że jesteśmy otwarci na omawianie naszego z niepełnosprawnością, w tym zapraszając ich do poinformowania nas, jeśli źle zrozumiemy, źle zinterpretujemy lub popełnimy błąd. W ten sposób te „pęknięcia” mogą być okazją do nawiązania bezpieczniejszej relacji terapeutycznej i przełamania i przełamania istniejącej profesjonalnej struktury władzy. Praca z niepełnosprawnymi pacjentami może wnieść do relacji terapeutycznej ważne, często unikane aspekty ludzkiego życia. Wielu pacjentów projektuje nieświadome procesy na terapeutę. Z kolei pacjenci zgłaszają, że terapeuci przyjmują założenia oparte na uprzedzeniach osadzonych w dominującej kulturze, więc konieczne jest również rozważenie przeciwprzeniesienia terapeuty. Przykładowo tendencyjny przekaz medialny doprowadził terapeutów do założenia, że niepełnosprawne kobiety nie mogą mieć dzieci lub, gdy zajądą w ciążę, przerwą ją. Kolejną ważną kwestią, która powinna być rozpatrywana podczas terapii osób niepełnosprawnych, jest odkrywanie tego, co indywidualne i tego, co **zbiorowe**. Często odpowiedzialnością za problemy rodzinne lub społeczne obarczane są osoby niepełnosprawne, a nie np. rodzina, jest to kwestia dynamiki grupowej, osoba niepełnosprawna jest zaangażowana w konflikt, którego nie spowodowała (Haydon-Laurelut, 2011). Świadomość, że zjawisko to jest powszechne, pomaga nam zachować świadomość i odpowiedni dystans terapeutyczny, np. dominujące narracje istnieją wokół zmagania z opieką. Osoby niepełnosprawne mogą być postrzegane jako ciężar, niewarte życia. W niektórych skrajnych przypadkach osoby niepełnosprawne są maltretowane lub mordowane przez ich opłacanych lub nieopłacanych opiekunów i krewnych (Kurchak, 2018; Weijun Wang, 2019), gdzie ucieczka lub ulga od „ciężaru” jest motywem morderstwa (Young, 2013). Wszystko to może mieć wpływ na tożsamość i doświadczenia niepełnosprawnego pacjenta. Ważną i trudną kwestią związaną z psychoterapią osób z niepełnosprawnościami są: **język i komunikacja**. Wzmacniające jest, jeśli język dotyczący niepełnosprawności obejmuje pełne szacunku pytania, wspieranie autonomicznego wyboru przy jednoczesnej świadomości możliwości pomyłki. My często boimy się być „niepoprawni politycznie”, ale, pomijając obraźliwe terminy, często słowa są ważne ze względu na cel wypowiedzi. Np. osoba niepełnosprawna może identyfikować się jako (i preferować, aby ją określać jako „niedowidząca”, a nie „niewidoma”). W ten sam sposób możemy zapytać, jak wymawia się imię klienta, możemy zapytać, które słowa dotyczące niepełnosprawności są preferowane przez klienta. Język dotyczący niepełnosprawności jest stale przedmiotem dyskusji, co zwiększa strach terapeutów

CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)

przed ewentualną „pomyłką”. Jako terapeuci musimy być na to wyczuleni i wykorzystywać superwizję, aby zastanowić się nad językiem, którego używamy i znaleźć sposoby na przełamanie stereotypów. Możemy również obserwować i omawiać język naszego pacjenta, ponieważ może się on zmieniać w trakcie procesu terapeutycznego. Niektóre osoby niepełnosprawne mogą opisywać siebie za pomocą języka, którzy inni uważają za obraźliwy, np. „jestem upośledzony”. Może to wynikać z historycznego użycia terminu, wstydu, zinternalizowanego nacisku społecznego lub samooceny. Niektóre słowa mogą być bardziej akceptowalne w innych kulturach lub przedziałach wiekowych, i odwrotnie, osoby niepełnosprawne mogą odzyskać język, który w przeszłości był używany w sposób obraźliwy i nie byłby odpowiedni dla kogoś spoza tej społeczności, analogicznie do niegdyś obraźliwego słowa „lesbijka”. Osobną kwestią jest praca z pacjentami z trudnościami w komunikacji. Możemy obawiać się, że ich nie zrozumiemy lub wstydzić się prosić ich o powtórzenie. Zwykle chodzi o to, że jesteśmy poza naszą strefą komfortu, na początku terapii, przyjaciele lub członkowie rodziny mogą pomagać / być obecni, aby ułatwić komunikację. Może to zająć trochę czasu, aby przyzwyczaić się do pracy z kimś, kto ma wadę wymowy, afazję lub korzysta z pomocy w komunikacji. Przydatne może być rozważenie zaoferowania dłuższych sesji. Kolejnym wyzwaniem w psychoterapii osób z niepełnosprawnościami jest kwestia **granic**. Bycie osobą z niepełnosprawnością często oznacza, że granice są często ignorowane lub przekraczane, zwłaszcza jeśli potrzebna jest pomoc fizyczna (Watermeyer, 2013). Ponieważ utrzymywanie granic jest centralną terapią, terapeuci często doświadczają dyskomfortu w ruchach kierowanych w stronę pacjenta w obawie przed „popętnieniem błędu” lub zadają sobie pytania dotyczące tego, jak zachować granice terapeutyczne, zapewniając jednocześnie skuteczną terapię. Czasami granice terapeutyczne mogą być stosowane defensywnie w celu ochrony przed tym, co niewygodne, i wskazane jest, aby granice w odniesieniu do niepełnosprawnych pacjentów były omawiane w ramach superwizji. Halacre i

Jalil (2017) omawiają bardziej elastyczne i holistyczne podejście terapeutyczne, które pozostaje w kwestii granic bezpieczne, ale i wzmacniające, często prowadząc do pogłębienia relacji terapeutycznej. Kolejną ważną kwestią związaną z psychoterapią osób z niepełnosprawnościami są: **superwizja i szkolenia**. Superwizja pomaga poradzić sobie terapeutom z trudnymi uczuciami, jakie pojawiają się podczas ich pracy z pacjentami, gdyż na terapeutach ciąży etyczna odpowiedzialność za wykazanie się kompetencjami i poszerzanie wiedzy i umiejętności. Według Olkina (1999) „Mówienie, że nie leczy się pacjentów z niepełnosprawnością, jest analogiczne do mówienia, że nie leczy się pacjentów z depresji - nigdy nie wiadomo, kiedy w terapii pojawi się ten problem, a umiejętność postępowania z nim ma fundamentalne znaczenie dla naszej pracy”. Tematy, które mogą być poruszane podczas superwizji obejmują: nasze własne przemyślenia i doświadczenia związane z niepełnosprawnością, różnicami między ludźmi i dyskryminacją, obawy dotyczące złożonych niepełnosprawności, niezawodność sprzętu podtrzymującego życie, egzystencjalne obawy związane z pogarszającym się stanem zdrowia, strach przed „popętnieniem błędu”, „poczucie winy ocalałego”

**CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)**

u pełnosprawnych terapeutów, przytłoczenie historią klienta, chęć stworzenia dystansu wobec pacjenta lub stworzenie podziału na „oni” i „my”, beznadzieja wynikająca z przekonania, że problemy pacjenta są nie do przezwyciężenia, Problem: „ratownik” kontra „zraniony uzdrowiciel”. Model tragedii pozycjonuje pełnosprawnego pomocnika jako wybawcę lub ratownika. W przypadku terapeutów niepełnosprawnych superwizja może również pomóc w zbadaniu ich relacji z ich niepełnosprawnością i wspólnych doświadczeń dyskryminacji, kiedy i w jaki sposób ujawniać niepełnosprawność, w jaki sposób nasz własny i pacjenta pogląd na niepełnosprawność wpływa na pracę, a także poufność i granice podczas pracy z pacjentami ze społeczności podobnej do naszej. Kwestia niepełnosprawności staje się coraz bardziej obecna w szkoleniach terapeutycznych, ale Paluck (2006) sugeruje, że krótkoterminowe szkolenia z zakresu różnorodności mogą wzmacniać stereotypy i świadomość różnic. Być może długoterminowa refleksja lub szkolenie jest optymalne dla zmiany naszych naturalnych nieświadomych uprzedzeń. Praca z superwizorem afirmującym niepełnosprawność jest przydatna, a czasem wręcz niezbędna, zwłaszcza gdy wkraczamy na obszar niepełnosprawności.

8. Podsumowanie

Niepełnosprawność jest wyjątkowym i niezwykle trudnym doświadczeniem. Chociaż około 20% populacji doświadcza niepełnosprawności, to tendencja ta może mieć charakter wzrostowy. Możemy jako terapeuci wspomagać: tworzenie fizycznie dostępnego środowiska, nabywać wiedzę o niepełnosprawnościach, rozważać, analizować naszą początkową reakcję na nowego pacjenta, w tym język ciała, ekspresję i ton głosu, pytać nowych pacjentów, jak najlepiej ich wspierać i jak przejawia się u nich niepełnosprawność, nie powinniśmy formułować założeń, a raczej obserwować siebie i pacjenta, bycie sojusznikiem ma miejsce poprzez słuchanie i normalizowanie uczuć i doświadczeń pacjentów, uznając piętno społeczne i dominujące narracje i zapewniając dla nich przeciwwagę, należy badać kontekst społeczny zamiast wyłącznie indywidualizować. Trzeba być świadomym możliwości wzmacniania nacisku społecznego, w sensie dyskryminacji poprzez dynamikę władzy w relacji pacjent-terapeuta, należy czerpać z własnych doświadczeń związanych z różnicami, niekorzystną sytuacją, dyskryminacją, wykluczeniem i przynależnością do grup mniejszościowych, należy rozważyć, czy nasz superwizor posiada odpowiednią wiedzę specjalistyczną, a jeśli nie, trzeba poszukać dodatkowego wsparcia. Możemy wzmocnić pozycję niepełnosprawnych klientów i ich rodzin poprzez zachęcanie do psychoedukacji w zakresie niepełnosprawności. Czasami terapeuta może odmówić przeprowadzenia terapii u osoby z niepełnosprawnością z powodu lęku przed dyskryminacją pacjenta lub z powodu poczucia, że ma zbyt ograniczoną wiedzę, być może zastanawia się, jak można „naprawić” niepełnosprawność. Zawsze należy zadać sobie pytanie, czy czujemy, że wykonaliśmy wystarczającą pracę. Pracując z pacjentem z niepełnosprawnością, warto analizować własne świadome i nieświadome założenia, uprzedzenia i lęki (niezależnie od tego, czy jesteśmy niepełnosprawni, czy pełnosprawni) możemy dążyć do ich zmiany, minimalizując w ten sposób wzmacnianie piętna. Jak mówi Olkin (1999): Prawdopodobnie nie ma silniejszego lekarstwa na „zdolność” do dobrego przeprowadzenia psychoterapii niż zanurzenie siebie w kulturze niepełnosprawności, patrząc na osoby niepełnosprawne jak na osoby pełniące „normalne” role funkcjonalne i angażujące się w interakcje społeczne. Ale to jest możliwe tylko wtedy, kiedy spotykamy się z „innym” na równych zasadach, a nie jako: profesjonalista – pacjent.

9. Bibliografia

- [1] Barker, M-J. (2017, updated 2019). *GPaCP001 Gender, sexual, and relationship diversity*. Lutterworth: BACP.
- [2] Baumeister, R.F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- [3] Bogusz, M., *Biblioterapia – metoda terapeutyczna w pracy z dziećmi*. Strona internetowa dostępna pod adresem: przedszkole320.pl/wp-content/uploads/2016/06/biblioterapia.pdf.
- [4] Buchwald, T. (2015). Osoby niepełnosprawne i ich aktywizacja zawodowa na otwartym rynku pracy a polityka społeczna w Polsce. Programy wsparcia realizowane przez Fundację Aktywizacja. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*. Nr II (15), 74-94.
- [5] Chmiel, K., Kubińska, Z., Derewiecki, T. (2014). Terapie z udziałem zwierząt w rehabilitacji różnych form niepełnosprawności. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 95(3): 591-595.
- [6] Filipiak, M., & Paluchowski, W. J. (2019). Standardy diagnozy psychologicznej– historia powstawania. *Testy psychologiczne w praktyce i badaniach*, 2, 1–6.
- [7] Fish, D.E. (1986) Disabled persons and death anxiety in counselor trainees. *Journal of Rehabilitation*, 52, 53-55.
- [8] Frankl, E. V. (2015). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- [9] Halacre, M. (2020). *Working with disability across the counselling professions*. BACP. Strona internetowa dostępna pod adresem: <https://www.bacp.co.uk/media/10780/bacp-working-with-disability-gpacp007-feb-21.pdf>
- [10] Halacre, M. and Jalil, R. (2017). Holistic therapy with disabled adults from a social and individual perspective: A service evaluation feasibility study. *Counselling & Psychotherapy Research*, 17(4), 320-329.
- [11] Haydon-Laurelut, M. (2011). Disablement, systemic therapy and people with learning disabilities. *Context*, 7, 7-11.
- [12] Jankowska, D., & Leśnikowska-Matusiak, I. (2010). Osoby starsze w ruchu drogowym—Bezpieczeństwo i mobilność. *Logistyka*, nr 2. <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.baztech-article-BPL8-0020-0015>
- [13] Kleszcz, J. (2016). Typologia ośrodków zooterapii a ich rozwiązania przestrzenne. Zooterapia w przestrzeni miejskiej. *Niepełnosprawność - Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, 2, 128-158.
- [14] Krawczyk-Pasławska, E. (2010). *Niepełnosprawność, bariery i szanse*. Kraków: Fundacja Bariera.

- [15] Kurchak, S. (2018, February 2019). *I'm autistic. I just turned 36 — the average age when people like me die*. Strona internetowa dostępna pod adresem: www.vox.com/first-person/2018/2/19/17017976/autism-average-age-death-36-stress.
- [16] Livneh, H. (1982) On the origins of negative attitudes toward people with disabilities. *Rehabilitation Literature*, 43(11-12), 338–347.
- [17] Milanowska, K. (1982). *Techniki pracy w terapii zajęciowej*. Warszawa: PZWL.
- [18] Morris, J. (1991). *Pride against prejudice: Transforming attitudes to disability*. BPPC.
- [19] Olkin, R. (1999). *What psychotherapists should know about disability*. New York: The Guilford Press.
- [20] Olkin, R. (2017) *Disability-affirmative therapy: A case formulation template for clients with disabilities*. New York: Oxford University Press.
- [21] Paluck, E.L. (2006). Diversity training and intergroup contact: A call to action research. *Journal of Social Issues*, 62(3), 577-595.
- [22] Perls, F. S. (2019). *Terapia Gestalt*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- [23] Podgórska-Jachnik, D. (2017). Problem depresji wśród osób niesłyszących i niewidzących, [w:] Nawracające zaburzenia depresyjne: Etiologia, diagnoza i terapia, red. A. Orzechowska, P. Gałęcki, T. Pietras, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- [24] Popiel, A., & Zawadzki, B. (2021). Od badań podstawowych do wdrożenia metod terapii i profilaktyki PTSD. *Przegląd Psychologiczny*, 64(1), 45–60. <https://doi.org/10.31648/pp.7320>
- [25] Reeve, D. (2014a). *Psycho-emotional disablism and internalised oppression*. In J. Swain, S. French, C. Barnes and C. Thomas (Eds.) *Disabling Barriers – Enabling Environments* (3rd ed., 92-98). London: Sage.
- [26] Reeve, D. (2014b). *Counselling and disabled people: Help or hindrance?* In J. Swain, S. French, C. Barnes and C. Thomas (Eds.) *Disabling Barriers – Enabling Environments* (3rd ed., 255-261). London: Sage.
- [27] Rotschild, B. (2014). *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- [28] Scope. (2020). *Disability facts and figures*. Strona internetowa dostępna pod adresem: www.scope.org.uk/media/disability-facts-figures.
- [29] Sęk, H. (2013). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej* (Wyd. 4 (na podstawie wyd. 1), dodr. cyfrowy 2013). Wydawnictwo Naukowe Scholar.

CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)

- [30] Smart, J.F. and Smart, D.W. (2006) Models of disability: Implications for the counselling profession. *Journal of Counselling and Development*, 84(1), 29- 40.
- [31] Stemplewska-Żakowicz, K. (2018). *Diagnoza psychologiczna: Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- [32] Stemplewska-Żakowicz, K., & Krejtz, K. (Red.). (2009). *Wywiad psychologiczny. 3: Wywiad w różnych kontekstach praktycznych*. Pracownia Testów Psychologicznych.
- [33] Strona internetowa dostępna pod adresem: <http://lsozp.org/aktualnosc/drogowskaz-odnalezc-siebie-odc-10-trening-spoecznego-poznania>.
- [34] Strona internetowa dostępna pod adresem: <https://www.swps.pl/nauka-i-badania/konferencje/14512-przebudzeni>.
- [35] Swain, J. and French, S. (2000). Towards an affirmation model of disability. *Disability and Society*, 15(4), 569-582.
- [36] Szeligiewicz-Urban, D. (2015). Rola prac ręcznych w terapii zajęciowej osób niepełnosprawnych. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Pedagogika*, 11, 25-35.
- [37] Szulc, W. Strona internetowa dostępna pod adresem: <http://www.kajros.pl/szulc/arteterapia.html>.
- [38] Tedeshi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). *Posttraumatic Growth: Conceptual Foundation and Empirical Evidence*. Philadelphia, PA: Lawrence Erlbaum Associates.
- [39] Watermeyer, B. (2013). *Towards a contextual psychology of disablism*. New York: Routledge.
- [40] Watermeyer, B. and Swartz, L. (2016) Disablism, identity and self: Discrimination as a traumatic assault on subjectivity. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 26(3), 268–276.
- [41] Weijun Wang, E. (2019). *The collected schizophrenias*. London: Penguin Books.
- [42] Wilczek-Różyńska, E. (2007). *Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego*. Lublin: PZWL.
- [43] Wilkos, E., Giguere, M., Sawicka, M., Kucharska, K. (2012). Wartość terapeutyczna „Treningu społecznego poznania i neuropoznania” dla pacjentów po udarze mózgu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21(4): 299–305.
- [44] Wilkos, E., Tylec, A., Kułakowska, D., Kucharska, K. (2013). Najnowsze kierunki terapeutyczne w rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatria Polska*, XLVII, 4, 621–634.

CENTRUM WIEDZY O DOSTĘPNOŚCI DO TRANSPORTU I MOBILNOŚCI OSÓB O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH
(POWR.03.05.00-00-CW07/20)

- [45] World Health Organisation (2018, January 18). *Disability and Health*. Strona internetowa dostępna pod adresem: www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health (accessed 2 November 2020).
- [46] Young, J.E., Klosko, J.S. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume Books.
- [47] Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications.
- [48] Young, S. (2013, September 2). Disability is no justification for murder. ABC News, www.abc.net.au/news/2013-09-03/young-kyla-puhle-death/4930742 (accessed 2 November).
- [49] Zalewska, M (1998). *Dziecko w autoportrecie z zamalowaną twarzą*. Warszawa: Wydawnictwo Santorski & Co.
- [50] Zawadzka, D., & Stalmach, M. (2015). Problemy psychologiczne osób w okresie starości. Cz. I. Najważniejsze wyzwania i trudności. *Hygeia Public Health*, 2, 298–304.