

## Rozdział II

### ROLA WIEDZY PSYCHOLOGICZNEJ W PRAKTYCE REHABILITACYJNEJ OSÓB UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO

Nim przejdę do omówienia problemów związanych z rehabilitacją upośledzonych umysłowo, chciałbym przypomnieć podstawowy wniosek sformułowany w poprzednim rozdziale. Głównym zadaniem psychologii rehabilitacji jest krytyczna analiza praktyki rehabilitacyjnej, tj. taka, która stwarzałaby coraz lepsze naukowe podstawy dla działań rehabilitacyjnych poprzez odwołanie się do czynników psychologicznych. Nie sposób przeprowadzić takiej analizy bez uwzględnienia dotychczasowej wiedzy na ten temat. Dlatego nim przejdę do przedstawienia własnej wersji widzenia praktyki rehabilitacyjnej, poprzedzę ją krótkim omówieniem aktualnie akceptowanych teoretycznych podstaw usprawniania upośledzonych umysłowo.

#### 1. WIEDZA O UPOŚLEDZENIU UMYSŁOWYM JAKO PODSTAWA PRAKTYKI REHABILITACYJNEJ

Gdy analizuje się literaturę psychologiczną pod kątem poszukiwania w niej rozstrzygnięć co do zasad prowadzenia rehabilitacji upośledzonych umysłowo, zadziwia fakt, jak mały jest w tym zakresie dorobek psychologii. Zgromadzono dużą ilość materiałów na temat istoty upośledzenia umysłowego, poszczególnych właściwości tego zaburzenia, czynników determinujących jego powstanie itd., znacznie mniej jest opracowań poświęconych teoretycznym podstawom usprawniania osób upośledzonych. Kontrast między tymi grupami danych jest zastanawiający. Bogactwo i zróżnicowanie interpretacyjne co do natury upośledzenia umysłowego oraz ubóstwo refleksji teoretycznej na temat

oddziaływań usprawniających jest tak duże, że nie można tego tłumaczyć tylko przypadkiem.

Stan ten może wynikać z kilku powodów:

— z braku obiektywnego zapotrzebowania na wiedzę naukową z zakresu praktyki rehabilitacji — wystarczająca jest tu wiedza o samym upośledzeniu umysłowym;

— z braku subiektywnie odczuwanej potrzeby dysponowania taką wiedzą;

— z braku możliwości stworzenia takiej wiedzy.

Na podstawie tego, co powiedziałem w poprzednim rozdziale, można od razu wykluczyć ewentualność ostatnią. Pozostałe dwie chciałbym przeanalizować w sposób bardziej szczegółowy. Można więc zapytać, czy wiedza o tym, co stanowi istotę upośledzenia, jest wystarczająca do prowadzenia skutecznej rehabilitacji osób z tym zaburzeniem? Odpowiedź na tak postawione pytanie jest z jednej strony łatwa, a z drugiej niezwykle trudna. Można bowiem odpowiedzieć krótko: wiedza o upośledzeniu umysłowym nie jest wystarczająca do skutecznego prowadzenia rehabilitacji tej kategorii osób niepełnosprawnych. Jest to jednak z pewnością rodzaj wiedzy konieczny, aby proces usprawniania przebiegał właściwie. W ramach modelu P bardzo łatwo określić znaczenie tej wiedzy. Jest ona niezbędna do wyznaczania celów rehabilitacji i organizowania procesu rehabilitacji. W ramach modelu S sytuacja jest nieco bardziej skomplikowana. Jedno można powiedzieć z całą pewnością: bez wiedzy o istocie dysfunkcji psychicznych, które charakteryzują osoby upośledzone umysłowo, trudno sobie wyobrazić skuteczne oddziaływanie rehabilitacyjne specjalistów z tego zakresu. W tym wypadku nie można rozpatrywać wiedzy o upośledzeniu umysłowym samej dla siebie. Zawsze musi być ona odnoszona do osób, które się nią posługują, które z niej korzystają. Dopiero wówczas zaczyna ona nabierać znaczenia dla praktyki rehabilitacyjnej. Mówiąc inaczej, wiedza, która sama w sobie niczego o tej praktyce nie mówi, nabiera praktycznego sensu w momencie, gdy korzystają z niej specjaliści realizujący tę praktykę.

Trudność w odpowiedzi na pytanie o znaczenie wiedzy o upośledzeniu umysłowym dla praktyki rehabilitacyjnej polega na tym, iż nie można w tym wypadku mówić o jednym rodzaju tej wiedzy. Ogromne różnicowanie podejść badawczych, a w konsekwencji opisów i wyjaśnień dotyczących upośledzenia umysłowego najczęściej grupuje się w różne bloki. Na przykład M. P. Maloney i M. P. Ward (1979) wyróżniają trzy perspektywy badawcze, w jakich podejmuje się analizę upośledzenia umysłowego. Są to perspektywa kliniczna, rozwojowa i społeczna. W ramach perspektywy klinicznej upośledzenie umysłowe traktowane jest jako problem głównie medyczny. Istotą upośledzenia jest defekt biologiczny, który w sposób nieodwracalny uszkadza struktury

i funkcje układu nerwowego. Upośledzenie jest zatem pewnym stanem, który nie podlega zmianom i tym samym jest odporny na wszelkiego rodzaju oddziaływania inne niż oddziaływania o charakterze biologicznym. Taka możliwość oddziaływań istnieje zresztą tylko w teorii, gdyż praktycznie na obecnym etapie rozwoju medycyny ingerencja w struktury mózgowe jest minimalna. Nie można bowiem zmienić wadliwie lub wcale nie działających mechanizmów mózgowych, o których wiadomo zresztą ciągle niewiele. W ramach tej perspektywy jednostka upośledzona umysłowo widziana jest jako taka, której nie można pomóc, której stan należy zaakceptować, którą należy otoczyć opieką, najlepiej izolując ją poprzez umieszczenie w specjalnych instytucjach opiekuńczych. Radzenie sobie z upośledzeniem umysłowym polega ma głównie na profilaktyce, tzn. dążeniu do wyeliminowania tych czynników, o których wiadomo, że mogą przyczynić się do powstania zaburzenia.

Upośledzenie umysłowe rozpatrywane w perspektywie rozwojowej przedstawia się w zupełnie innej postaci. Krótko można byłoby powiedzieć tak: jest to niepowodzenie w procesie rozwoju człowieka. Rozwój człowieka, jak już wiadomo, nie jest uwarunkowany jakimś jednym czynnikiem (M. Przetacznikowa, 1973), zwykle jest ich duża grupa. Należą do niej, ale jej nie wyczerpują, czynniki biologiczne. Bardzo duże znaczenie dla przebiegu rozwoju mają także niebiologiczne czynniki środowiskowe. Jeśli zgodzimy się z tymi stwierdzeniami, to konsekwentnie należy przyjąć pogląd następujący. Jeśli nawet nastąpi uszkodzenie o charakterze biologicznym centralnego układu nerwowego i przez to nastąpi zahamowanie procesu rozwojowego jednostki, to i tak można nadal próbować wpływać na przebieg tego procesu poprzez odpowiednią stymulację środowiskową. W tym tkwi podstawowa różnica między podejściem klinicznym i rozwojowym w ujmowaniu upośledzenia umysłowego. Podejście rozwojowe przyjmuje możliwość oddziaływania na osoby upośledzone, podczas gdy podejście kliniczne takiej możliwości na obecnym etapie rozwoju medycyny nie zakłada. Druga istotna różnica między omawianymi perspektywami polega na tym, że perspektywa kliniczna widzi upośledzenie w sposób dość wąski: istotny jest defekt centralnego układu nerwowego i zaburzone zachowanie. W podejściu rozwojowym natomiast dostrzegana jest jednostka upośledzona w sposób bardziej pełny. W perspektywie tej dodatkowo mieści się cała psychika osoby upośledzonej, a w niej te procesy psychiczne, które są zaburzone i te, które przebiegają prawidłowo. To rozszerzenie spojrzenia na osobę upośledzoną umysłowo jest cenne z bardzo wielu powodów. Przede wszystkim wskazując na te procesy psychiczne, które pozostały prawidłowe, doprowadza się do zmniejszenia dystansu między tzw. patologią i normą. Upośledzony umysłowo przedstawia się już nie jako całkowicie odmienna jakość

w stosunku do normalnej jednostki, lecz jako osoba bardzo do niej zbliżona w zakresie większości cech psychicznych, z pewnymi tylko opóźnieniami w zakresie rozwoju niektórych właściwości. Podejście rozwojowe wskazuje również na związki, jakie istnieją między poszczególnymi procesami psychicznymi. Podkreśla, że uszkodzenie jednych procesów wpływa niekorzystnie na przebieg innych. Ale jednocześnie wyraźnie zakłada, że procesy prawidłowe mogą znacznie pomagać czy też kompensować przebieg procesów zaburzonych. Ta teza jest dodatkową wskazówką określającą sposób stymulacji osób upośledzonych umysłowo.

Trzecia perspektywa, społeczna, rozpatruje zjawisko upośledzenia umysłowego jako fakt społecznokulturowy. Tutaj już nie jest istotne, czy upośledzenie jest defektem mózgu czy też niepowodzeniem w rozwoju jednostki. Ważne jest tylko charakterystyczne, odbiegające od normy zachowanie — zachowanie upośledzone. Ono to właśnie stanowi podstawę do rozpoznawania grupy osób, które zalicza się do upośledzonych umysłowo. Zanikają różnice między jednostkami upośledzonymi, ponieważ wszystkie one podpadają pod jedną kategorię. Z wyróżnieniem takiej kategorii są związane o czekiwanie co do funkcjonowania osób do niej zaliczonych. Po rozpoznaniu kogoś jako osoby upośledzonej następuje przypisanie jej roli upośledzonego, a tym samym oczekuje się, że osoba ta będzie postępowała zgodnie z przypisaną jej rolą. Upośledzenie umysłowe w ramach tej perspektywy jest traktowane przede wszystkim jako nabywanie przez jednostkę roli społecznej upośledzonego umysłowo. Z przyjęciem tej roli wiąże się wymaganie postępowania zgodnego z tą rolą, tj. aby jednostka upośledzona zachowywała się w sposób odbiegający od przyjętych norm społecznych. Ogólnie więc można powiedzieć, że znaczna część zaburzeń zachowania nie musi być wynikiem uszkodzeń organicznych CUN ani też niepowodzeń rozwojowych. Określane są one w znacznym stopniu poprzez etykietowanie społeczne, czyli przypisywanie roli upośledzonego umysłowo. Prezentowana orientacja zwraca tym samym uwagę na jeszcze jedną możliwość oddziaływania na osoby upośledzone umysłowo. Polegać ona powinna na takim wpływaniu na otoczenie tych osób, aby nie dochodziło do etykietowania, które wywoływałoby pojawienie się niepożądanych zachowań u jednostek upośledzonych umysłowo.

Podobnych do wyżej omówionej klasyfikacji poglądów na upośledzenie umysłowe mógłbym przytoczyć znacznie więcej. Na przykład M. Kościelska (1984) wyróżnia także trzy podejścia — biologiczne (w ramach którego dla psychologii typowe jest podejście neuropsychologiczne), społeczne i psychologiczne (to ostatnie dzielone jeszcze na ujęcie piagetowskie, psychoanalityczne, behawiorystyczne i poznawcze). Zbieżną klasyfikację przedstawili także J. T. Neisworth i R. M.

Smith (1978) oraz N. O'Connor i J. Tizard (1956). Nie będę tych koncepcji analizował szczegółowo, ponieważ nie wnoszą one nic zasadniczo nowego w stosunku do propozycji M. P. Maloneya i M. P. Warda (1979). Wszystkie one wyraźnie wskazują, że w zależności od tego, jak jest pojmowane upośledzenie umysłowe, traktuje się możliwość korzystnych oddziaływań na osoby z tym zaburzeniem. Są więc takie ujęcia, które negują prawie zupełnie jakiegokolwiek oddziaływanie; są również koncepcje teoretyczne upośledzenia, które zakładają dużą możliwość wprowadzania zmian w zachowaniu osób rozpoznawanych jako upośledzone umysłowo. Można sądzić, że wszystkie ujęcia teoretyczne upośledzenia umysłowego dałoby się umieścić na kontynuum, którego końce oznaczałyby z jednej strony całkowity brak możliwości oddziaływań usprawniających, a z drugiej pełne możliwości oddziaływań usprawniających.

Niektórzy badacze zwracają uwagę, że rozwój poglądów na istotę upośledzenia umysłowego ma charakter ewolucyjny. Kolejne koncepcje w coraz większym stopniu zakładały możliwość wywierania korzystnych wpływów na osoby upośledzone umysłowo (R. B. McCarver, A. R. Cavalier, nadbitka). Interesującym przykładem ewolucji poglądów na zjawisko upośledzenia mogą być analizy teoretyczne i badania dokonane w ciągu kilkudziesięciu lat przez R. Zazzo. Ten wybitny psycholog francuski w początkowej fazie pracy badawczej interesował się upośledzeniem umysłowym głównie w aspekcie klinicznym. Szczegółowe badania prowadzone nad 300 dziećmi upośledzonymi miały dostarczyć wiedzy na temat zmian zachodzących w procesach umysłowych w zależności od etiologii tego zaburzenia. Podstawowym wnioskiem wynikającym z badań R. Zazzo (1960a) było stwierdzenie zróżnicowanego obniżenia się poszczególnych funkcji psychicznych w grupie badanych dzieci. Wniosek ten był niezgodny z typowym dla perspektywy klinicznej poglądem, głoszącym, iż upośledzenie umysłowe jako odrębna jednostka nosologiczna charakteryzuje się równomiernym obniżeniem funkcjonowania procesów umysłowych.

Według R. Zazzo (1960b) charakterystyczną właściwością dla osób upośledzonych umysłowo jest heterochronia, tzn. nierównomierne tempo rozwoju poszczególnych procesów umysłowych. Przejawia się ona w różnym poziomie wykonania zadań wymagających zaangażowania różnych funkcji psychicznych odbiega w różnym stopniu od poziomu przewidywanego dla osób o normalnym rozwoju umysłowym. W związku z powyższym R. Zazzo sformułował dwa istotne wnioski diagnostyczne: 1) diagnoza upośledzenia umysłowego oparta tylko na ilorazie inteligencji jest niewystarczająca dla poznania konkretnej osoby upośledzonej i 2) im większa heterochronia u osoby upośledzonej, tym trudniejsza, ale i bardziej potrzebna staje się pełna diagnoza psychologiczna. Warto podkreślić, że w tym pierwszym etapie badawczym

R. Zazzo uzyskał znaczną liczbę argumentów wskazujących na ograniczenia klinicznej orientacji w analizie upośledzenia umysłowego. Brak jednorodnej struktury w zakresie uszkodzeń procesów umysłowych u osób o podobnie obniżonym ilorazie inteligencji uzasadniał konieczność wyjścia poza nosologiczne ujmowanie tego zaburzenia. Rozpoznanie upośledzenia, a nawet określenie stopnia upośledzenia umysłowego nie gwarantowało poprawnego rokowania co do przyszłego funkcjonowania społecznego osób upośledzonych.

Takie konstatacje doprowadziły R. Zazzo do zasadniczego przekształcenia orientacji badawczej. Wyrazem tego może być wydana pod jego redakcją w roku 1968 praca „Les défibilités mentales”. W tej pracy Zazzo i jego współpracownicy zajmują się psychicznymi możliwościami rozwojowymi osób upośledzonych nie tylko w aspekcie biologicznym, ale i środowiskowym (podano za Ż. I. Szif 1972). Podstawową tezę przyjętą w tej pracy można sformułować następująco: charakter heterochronii, mimo że uwarunkowany czynnikami biologicznymi, wpływa na to, w jaki sposób jednostka upośledzona funkcjonuje w swoim środowisku, a przede wszystkim jak korzysta z oddziaływań rehabilitacyjnych. Warunkiem koniecznym skutecznej rehabilitacji jest poznanie nie tylko specyfiki funkcjonowania intelektualnego i psychoruchowego konkretnej jednostki upośledzonej, ale również poznanie jej w zakresie procesów emocjonalno-motywacyjnych. Znajomość tych zagadnień umożliwi dostosowanie oddziaływań rehabilitacyjnych do możliwości i potrzeb konkretnej osoby. Dodać trzeba, że im bardziej zróżnicowany będzie profil procesów psychicznych jednostki upośledzonej, tym potrzebniejsza jest wiedza o brakach i walorach umysłowości takiej osoby, aby można było w pełni wykorzystać te walory w kompensowaniu braków.

Wyżej przedstawione stanowisko mieści się dobrze w ramach rozwojowej orientacji teoretycznej ujmowania upośledzenia umysłowego. Można podkreślić typowe cechy dla tej orientacji: uwzględnianie roli środowiska w rozwoju dziecka upośledzonego oraz uznanie istotnego znaczenia pozaintelektualnych procesów psychicznych w regulacji zachowania osób z tym zaburzeniem. Wreszcie trzecim rozwojowym atrybutem zmodyfikowanej koncepcji R. Zazzo jest przesunięcie zainteresowania z problematyki diagnostycznej na problematykę rehabilitacyjną.

R. Zazzo w swojej pracy z roku 1968 uwzględnia w znacznym stopniu kontekst społeczny, w którym funkcjonują osoby upośledzone umysłowo (podano za Ż. I. Szif 1972). Przede wszystkim chciałbym zwrócić uwagę na charakterystyczny dla orientacji społecznej, a zawarty także w pracy R. Zazzo, relatywizm społeczno-kulturowy w ujmowaniu upośledzenia umysłowego. Zdaniem Zazzo wymagania otoczenia społecznego stawiane człowiekowi w okresie dzieciństwa dotyczą głównie realizacji możliwości intelektualnych w procesie uczenia się. Ze

względu na takie wymagania położenie dzieci upośledzonych umysłowo jest w tym okresie życia szczególnie niekorzystne. Nie mogą one sprostać oczekiwaniom społecznym. Szkoła jest miejscem, gdzie wszelkie braki intelektualne ujawniane są wyjątkowo wyraziście. Dlatego tam sytuacja dzieci upośledzonych staje się szczególnie trudna. Nie oznacza to jednak, iż w trwały sposób będą one nieprzystosowane do otoczenia. Po okresie szkolnym sytuacja dziecka upośledzonego zmienia się dość radykalnie. Wymagania stawiane młodzieży i dorosłym dotyczą przede wszystkim pracy. Tym wymaganiom osoby upośledzone umysłowo mogą już sprostać, dzięki czemu dochodzi do lepszego przystosowania w stosunku do okresu szkolnego. Wcześniejszy pesymizm społeczny zastępowany jest bardziej optymistycznym stosunkiem społeczeństwa odnośnie do możliwości usprawniania tej kategorii osób.

Poglądy R. Zazzo stanowią przybliżenie dokonanej wcześniej krótkiej charakterystyki trzech orientacji teoretycznych w ujmowaniu upośledzenia umysłowego. Wskazują one, że w miarę przesuwania się jego zainteresowań od orientacji klinicznej ku orientacji społecznej rosło zainteresowanie możliwościami usprawniania osób upośledzonych. Jest to charakterystyczne dla rozwoju poglądów na upośledzenie w ogóle. Pod wpływem ujęć teoretycznych upośledzenia, modyfikacji ulegały także praktyki rehabilitacyjne, które stawiały sobie coraz ambitniejsze cele. Nie wszyscy badacze zakładają jednak tak prostą drogę rozwoju tych poglądów. Na przykład N. O'Connor i J. Tizard (1956) wskazują, że pierwszy okres zainteresowania rehabilitacją upośledzonych umysłowego (do końca XIX wieku) cechował się dużym optymizmem wśród specjalistów. Było to związane z niewielką wiedzą na temat istoty upośledzenia umysłowego. Późniejsze odkrycia biologicznego podłoża dla tego zaburzenia przekształciły postawy specjalistów z radykalnie optymistycznych w radykalnie pesymistyczne (do lat czterdziestych XX wieku). Przejawiało się to w rezygnacji z realizacji programów usprawniania i w dominacji idei tzw. segregacjonizmu, czyli izolowania osób upośledzonych przez umieszczanie ich w specjalnych instytucjach.

Nie wnikając się szczegółowo w historię rozwoju poglądów na upośledzenie umysłowe, pragnę podkreślić kilka spraw. Nie jest chyba tak, że koncepcje, które nie dają szans na prowadzenie procesu rehabilitacji, są wypierane przez koncepcje zakładające możliwość oddziaływań usprawniających. Jedne i drugie współistnieją ze sobą i jest to sytuacja właściwa. Nie można przecież odrzucić koncepcji zorientowanych biologicznie za to tylko, iż zniechęcają do rehabilitacji upośledzonych umysłowo. Z tego samego względu nie można wyżej cenić teorii socjologicznych niż psychologicznych. Takie oceny mają tylko względny charakter. Z pewnego punktu widzenia możliwości rehabilitacji tak mogą być oceniane. Ale zastosowanie innych kryteriów oceny może już

dać inne wyniki. Co więcej, nawet stosując jako kryterium oceny zakładane przez nie możliwości rehabilitacji, nie można przeprowadzić jednoznacznego wartościowania wszystkich omówionych koncepcji. Na przykład koncepcje biologiczne z zawartą w nich wiedzą na temat etiologii upośledzenia umysłowego mogą być bardzo przydatne, jeśli chodzi o opracowanie specjalnych programów rehabilitacji stosowanych do poszczególnych typów upośledzenia różnicowanego ze względu na czynnik etiologiczny (T. Gałkowski 1973, J. Wald 1973).

Oceniając wartość biologicznego podejścia do upośledzenia umysłowego należy wyraźnie odróżnić jego walor poznawczy od funkcji, które można nazwać ideologicznymi. Zdarza się często, że podejście biologiczne pełni rolę wygodnego uzasadnienia braku właściwej aktywności na rzecz usprawniania osób upośledzonych umysłowo dla całych organizacji społecznych lub poszczególnych jednostek (R. M. Smith 1971). W takim wypadku koncepcje można oceniać negatywnie, jednak nie powinno to oznaczać zarzucenia tej perspektywy w rozpatrywaniu upośledzenia umysłowego.

Niekiedy twierdzi się, że podejścia tego nie można pomijać, ponieważ jest ono odpowiednie w zastosowaniu do osób głębiej upośledzonych umysłowo (R. Feuerstein 1968, J. R. Mercer 1968). Przyjmuje się, że w tych wypadkach uszkodzenie biologiczne mózgu decyduje całkowicie o obrazie upośledzenia umysłowego i nie można do szukać się innych czynników określających to zaburzenie. Tym samym nie ma możliwości odwrócenia istniejącego stanu. Z kolei podejście socjologiczne ma być właściwe do opisu i wyjaśnienia lekkiego stopnia upośledzenia umysłowego. Tutaj o zaistnieniu zaburzenia decydują czynniki socjokulturowe, a więc czynniki, którymi można manipulować. W tym wypadku zakłada się możliwość całkowitego lub częściowego zlikwidowania istniejącego zaburzenia. Przedstawiony pogląd także wydaje się niewłaściwy. Nie sprzyja on prowadzeniu rehabilitacji osób głębiej upośledzonych, mimo iż są dane wskazujące na możliwość usprawniania (E. E. Balthazar, J. L. Phillips 1976, F. W. Gibson, P. S. Lawrence, R. O. Nelson 1976, G. W. B. Grant, B. Moores 1978, D. R. Olson 1968 i inni). Również jest on sprzeczny z danymi na temat przyczyn lekkiego upośledzenia umysłowego, gdzie czynnik biologiczny odgrywa dość znaczną rolę (H. Eysenck 1979). Mając na względzie powyższe uwagi można powiedzieć, że każde podejście do badania upośledzenia umysłowego jest potrzebne, o ile tylko wnosi ono coś nowego do wiedzy o tym zaburzeniu (S. Kowalik 1980). Należy pamiętać, że teorie upośledzenia umysłowego nie są tylko koncepcjami odnoszącymi się do praktyki rehabilitacyjnej i nie tylko z punktu widzenia tej praktyki powinny być rozpatrywane. Po tym zastrzeżeniu chciałbym jednak podkreślić, że w tej pracy interesują mnie teoretyczne ujęcia upośledzenia umysłowego



właśnie w aspekcie ich wpływu na praktykę rehabilitacyjną. W związku z tym zajmę się szczególnie koncepcjami określanymi jako psychologiczne i społeczne, a więc tymi, które zakładają możliwość prowadzenia praktyki rehabilitacyjnej.

## 2. NAUKOWE KONCEPCJE ODDZIAŁYWAŃ REHABILITACYJNYCH NA OSOBY UPOŚLEDZONE UMYSŁOWO

Wspomniałem uprzednio o dwóch rodzajach wiedzy stanowiących teoretyczne podstawy dla rehabilitacji osób upośledzonych umysłowo. Omówiona została pierwsza z nich — wiedza o tym, czym jest upośledzenie umysłowe. Teraz poddam analizie wiedzę naukową znacznie silniej powiązaną z praktyką rehabilitacyjną — teoretyczne koncepcje realizowania tejże praktyki. Koncepcji tych jest więcej i nie sposób wszystkie je tutaj omawiać. Można je jednak podzielić na trzy grupy, dość wyraźnie odróżniające się od siebie. Do takiego odróżnienia skłania nie tylko analiza samych koncepcji, ale również analiza świadomości osób praktycznie zajmujących się usprawnianiem osób upośledzonych umysłowo. Specjaliści, uzasadniając swoje działania praktyczne, odwołują się zwykle nie do jakiejś jednej teorii, lecz do pewnej ich grupy. Są oni zwolennikami pewnej orientacji teoretycznej lub używając modnego obecnie terminu można powiedzieć, że działają w ramach określonego paradygmatu. Pierwsza z tych orientacji nawiązuje do teorii nauczania lub psychodydaktyki i oddziaływania rehabilitacyjne rozpatruje jako dostarczanie wiedzy upośledzonym umysłowo. Następna orientacja odwołuje się do koncepcji zwykle nazywanych teoriami terapii behawioralnej. Zgodnie z tym podejściem rehabilitację ujmuje się jako proces modyfikowania zachowania upośledzonych umysłowo. Ostatnia orientacja ujmuje rehabilitację jako proces normalizacji polegający na likwidowaniu w otoczeniu tych jego elementów, które sprzyjają odróżnianiu osób upośledzonych umysłowo od innych członków społeczeństwa. W ramach tego procesu dochodzi do możliwie pełnej asymilacji kulturowej osób upośledzonych umysłowo.

Każda z wyróżnionych orientacji teoretycznych może być podstawą dla praktyki rehabilitacyjnej. Można więc te koncepcje traktować jako zbiory dyrektyw skutecznego działania (model P omówiony w poprzednim rozdziale) lub jako opis i wyjaśnienie faktycznie realizowanej praktyki (model S). Ponieważ w tej pracy akceptuję model S łączenia teorii z praktyką, dlatego też dokonam próby krytycznej analizy wszystkich wyróżnionych orientacji teoretycznych. Dodać pragnę, iż wyróżnione grupy nie mają charakteru klasyfikacji logicznej. Nie ma tutaj kryteriów, które mogłyby być oparciem dla takiego podziału.

A. ODDZIAŁYWANIE NA UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO POPRZEZ  
DOSTARCZANIE IM ODPOWIEDNIEJ WIEDZY

Orientacja ta ma z pewnością najdłuższe tradycje, tj. najwcześniej różnego rodzaju teorie nauczania były traktowane jako podstawa praktyki rehabilitacyjnej (S. Dziedzic 1970, H. S. Zamskij 1974). Powstanie tej orientacji można zlokalizować, w sensie czasowym, na przełomie XIX i XX wieku, kiedy to w Europie zaczęła się upowszechniać idea powszechności edukacji dzieci. Tworzone wówczas państwowe systemy oświatowe doprowadziły do sytuacji takiej, że po raz pierwszy procesem kształcenia objęte zostały także dzieci upośledzone umysłowo (R. L. Schiefelbusch, G. Haring 1982, H. S. Zamskij 1974). Bardzo szybko okazało się, że nie można od nich wymagać tego samego, czego wymagano od dzieci rozwijających się normalnie, że nie są one w stanie opanować materiału który wymagany był przez powszechne programy nauczania, że wreszcie nie uczą się one tak sprawnie, jak to robią dzieci normalne. Realizacja idei powszechnego kształcenia napotykała więc na poważną trudności.

Istniały dwie możliwości rozwiązania tego problemu: 1) zrezygnowanie z nauczania dzieci upośledzonych umysłowo, 2) zorganizowanie specjalnego systemu kształcenia dla tej kategorii dzieci. Wybór drugiej możliwości był konieczny ze względu na dążenie do zrealizowania idei powszechnej oświaty. Ona właśnie, jak sądzę, doprowadziła do podjęcia bardzo intensywnych prac nad opracowaniem podstaw naukowych oddziaływania na osoby upośledzone umysłowo. Prace te były w dużym stopniu sprzeczne z panującym wówczas medycznym punktem widzenia na istotę upośledzenia umysłowego. Tym bardziej należy docenić znaczenie podjętych prób opracowania całościowego systemu oddziaływań usprawniających na osoby upośledzone umysłowo.

Ponieważ system ten wywodzi się z praktyki pedagogicznej, dlatego też z praktyką tą jest szczególnie mocno związany. Przyjęto, że dziecko upośledzone umysłowo tym różni się od dziecka normalnego, że ma większe trudności w procesie uczenia się wiedzy przekazywanej w szkole. Nie jest ono w stanie opanować materiału przewidywanego programem szkolnym w normalnych warunkach. Dlatego też należy stworzyć specjalne warunki, aby proces kształcenia uczynić maksymalnie skutecznym. Warunek podstawowy to zmniejszenie wymagań dydaktycznych przez ograniczenie materiału dydaktycznego, a jednocześnie ułatwienie programu nauczania. Nadal stanowił on bazę dla procesu kształcenia, ale poprzez wybór zawartości treściowej zmniejszono znacznie wymagania programowe. Jednocześnie utrzymując normalny czas przeznaczony na kształcenie stworzono warunki, aby dzieci upośledzone umysłowo mogły przyswajać wiedzę w wolniejszym tempie. Poza tym opracowano cały szereg dyrektyw określających sposób przekazywania wiedzy. Znane są one powszechnie pod nazwą zasad dydak-

tycznych, nie ma więc potrzeby szczegółowego ich omawiania. Najważniejsze z nich to: zasada pogładowości, stopniowania trudności, konkretności, indywidualizacji itd. (K. Kirejczyk 1981). Respektowanie tych zasad miało na celu ułatwienie przyswajania wiedzy przez dziecko upośledzone (K. Kirejczyk, 1981, Z. Sękowska 1974). Mówiąc inaczej, istotą specjalnego kształcenia było dostarczenie dziecku wiedzy tak przygotowanej, aby była łatwiej przyswajalna. W tym procesie zadaniem nauczycieli było takie sprecyzowanie wiedzy, aby dziecko przyswoiło jej jak najwięcej, a także aby opanowało podstawowe umiejętności szkolne związane z posługiwaniem się tą wiedzą (H. C. Gunzburg 1974b). Zadanie dziecka polegało na pełnym podporządkowaniu się nauczycielowi i takim uczestnictwie w procesie kształcenia, żeby jak najlepiej przyswoić „podawaną” wiedzę oraz na- być żądane umiejętności.

Oczywiście od chwili wykrystalizowania się idei kształcenia specjalnego uległy pewnym modyfikacjom zarówno treści nauczania jak i sposoby preparowania i dostarczania tych treści dzieciom upośledzonym umysłowo. Związane to było z rozwojem teoretycznych podstaw nauczania dzieci normalnych z jednej strony oraz rozwojem poglądów na istotę upośledzenia umysłowego z drugiej. Jeśli chodzi o drugą sprawę, to omówiłem ją wystarczająco w pierwszej części tego rozdziału. Chodzi tutaj o zastąpienie orientacji medycznej orientacją rozwojowo-psychologiczną. Pełniejszego omówienia wymaga jednak pierwszy aspekt problemu.

W tej kwestii ciągłe aktualny jest pogląd wyrażony przez J. Brunera (1974), że: „uderza brak teorii nauczania, z której pedagogika mogłaby czerpać wskazówki praktyczne — brak teoretycznych wskazań, jakimi sposobami można osiągnąć różne rezultaty, teorii neutralnej wobec celów, ale wyczerpującej, jeśli chodzi o środki” (s. 58). Jednak mimo tak krytycznej oceny można zaobserwować postęp, jaki dokonał się w tej dziedzinie. Między innymi właśnie prace J. Brunera doprowadziły do pełniejszego zrozumienia istoty procesu nauczania. W chwili obecnej można znacznie więcej powiedzieć, jak należy przekształcać dowolny zasób wiedzy, aby nadać jej taką strukturę, która byłaby łatwiej przyswajalna przez uczniów. Można także określić kolejność, w jakiej powinny być podawane poszczególne fragmenty wiedzy, żeby uczenie się było efektywne. Pojawiły się również w koncepcjach nauczania nowe idee. Należy do nich pogląd, który coraz częściej wykorzystywany jest w nauczaniu specjalnym, o aktywnym włączeniu ucznia w proces nauczania (A. W. Aleck 1971). Konsekwencją przyjęcia tej idei jest odchodzenie od tzw. nauczania podającego na rzecz nauczania, które J. Bruner nazywa nauczaniem w trybie hipotetycznym. Dla pełności obrazu obecnego stanu teorii nauczania pragnę dodać, że nie zawsze koncepcje nauczania specjalnego tylko wykorzystują dorobek koncep-

cji powstałych w związku z nauczaniem dzieci normalnych. Czasami zdarza się także sytuacja odwrotna.

Dorobek teorii nauczania nie może być przeniesiony w prosty sposób na obszar oddziaływań na upośledzonych umysłowo. Musi on być dostosowany do ograniczonych zdolności uczenia się upośledzonych umysłowo, jak również często spotykanej nadprotekcyjności rodziców, która nie sprzyja rozwojowi samodzielności upośledzonych dzieci oraz równie często spotykanej deprywacji w zakresie stymulacji środowiskowej (H. C. Gunzburg 1974a). Pewną osobliwością nauczania upośledzonych umysłowo jest fakt, że proces kształcenia obejmuje poza dziećmi także osoby dorosłe. Fakt ten musi być uwzględniany w tworzeniu koncepcji nauczania specjalnego (H. Borzyszkowska 1978, H. C. Gunzburg 1974a, E. W. Wallin, O. P. Kolstoe 1971).

Wskazane tutaj zmiany wpłynęły za znaczne wzbogacenie oddziaływań na upośledzonych umysłowo w procesie kształcenia. Wzrosła liczba różnych szkół dydaktycznych określających zasady skutecznego nauczania tych osób (R. Feuerstein 1968, R. F. Heber, R. B. Dever 1968, M. E. Kaufman, P. A. Alberto 1976, K. Kirejczyk 1981 i inni). Jednak mimo tych osiągnięć, istota oddziaływań rehabilitacyjnych polegających na dostarczaniu wiedzy osobom upośledzonym umysłowo nie uległa zasadniczemu przeobrażeniu. Najlepszym tego przykładem może być koncepcja R. Feuersteina (1968) nazwana przez niego aktywnie-modyfikującym podejściem do nauczania upośledzonych umysłowo. Koncepcję tę omówię dokładniej, ponieważ chciałbym do niej nawiązać w dalszej części pracy.

R. Feuerstein wyróżnia trzy rodzaje poglądów na temat możliwości odwrócenia stanu, w jakim się znajdują osoby upośledzone umysłowo. Pierwszy z nich jest związany z medycznym podejściem do tego zaburzenia. Przypomnę, że zgodnie z tym podejściem upośledzenie umysłowe jest zdeterminowane genetycznie lub organicznie. Ponieważ nie ma możliwości biologicznej interwencji mającej na celu zlikwidowanie zaburzenia, nie ma więc w ogóle szans na odwrócenie stanu upośledzenia, jeśli w okresie dzieciństwa nie została zapewniona odpowiednia stymulacja dziecka. W dzieciństwie u dziecka upośledzonego umysłowo zachodzą pewne procesy rozwojowe i w tym czasie można je wzmocnić dzięki specjalnym oddziaływanom — praktycznie chodzi tutaj o zapewnienie dziecku nauczania specjalnego. Późniejsze oddziaływania na osobę upośledzoną są nieskuteczne. Trzeci pogląd, który jest najbliższy autorowi koncepcji, głosi, że stan upośledzenia umysłowego jest odwracalny w znacznym stopniu pod warunkiem, że zniesiona zostanie deprywacja kulturowa, jakiej podlegają osoby z tym zaburzeniem.

Istota koncepcji R. Feuersteina (1968) polega na sformułowaniu zasady likwidowania tej deprywacji. Ogólnie można ją określić jako

„upośrednione uczenie się doświadczenia” (s. 358). Zakłada się, że umysł osoby upośredzonej jest systemem otwartym, którego struktura nie jest jednak w stanie, bez dodatkowego wsparcia, zdobywać doświadczenia, jak to jest w wypadku osób rozwijających się normalnie. To wsparcie może zapewnić osoba o normalnym doświadczeniu, która dzięki umiejscowieniu między upośredzonym a zewnętrznymi źródłami stymulacji pośredniczy w konstruowaniu, selekcjonowaniu i odczuwaniu odbieranych bodźców. W wypadku braku takiego wsparcia jednostka wystawiona jest na oddziaływanie środowiskowej stymulacji, ale z niej nie korzysta. Używając języka J. Piageta można powiedzieć, że nie dochodzi do asymilacji oddziałujących na jednostkę obiektów, nie ma także odpowiednich procesów akomodacji będących wynikiem tych oddziaływań. Pośredniczenie w procesie nabywania doświadczeń przez osobę upośredzoną umysłowo polega przede wszystkim na pomocy w wyodrębnianiu obiektu z otoczenia. Dzięki temu następuje przełamanie jednego z podstawowych braków w zakresie funkcjonowania poznawczego osób upośredzonych umysłowo — zaniku nastawienia eksploracyjnego. Drugi rodzaj pomocy polega na przeprowadzaniu różnego rodzaju operacji na wyodrębnionych obiektach wspólnie z upośredzonym umysłowo. W trakcie tych manipulacji osoba upośredzona współuczestniczy w umiejscawianiu obiektu w przestrzeni i w czasie, porównuje go z innymi obiektami, definiuje go itd. W efekcie zdobywa ona podobne doświadczenia w kontakcie z obiektem jak osoba normalna. Osoba pośrednicząca i pomagająca upośredzonemu w poznawaniu otoczenia nie przekazuje mu efektów własnej pracy dostosowanej do odbiorcy, jak to jest w tradycyjnej pedagogice specjalnej, lecz wspólnie z nim aktywnie uczestniczy w poznawaniu otoczenia. Druga różnica polega na tym, że materiałem, na którym koncentruje się zainteresowanie osoby nauczanej i nauczającej, nie jest zbiór sztucznych obiektów wyrwanych często z kontekstu środowiska — a tak jest często w szkole specjalnej — lecz są to obiekty znajdujące się w naturalnym otoczeniu. Nie dąży się więc do ograniczania i kontrolowania stymulacji zewnętrznej. Jedyną zasadą, którą uznaje R. Feuerstein za możliwą do stosowania, jest tzw. „wzbogacanie środowiska”. Polega ono na umieszczaniu w otoczeniu osoby upośredzonej takich przedmiotów, które mogłyby pomóc w prowadzeniu odpowiednich operacji umysłowych.

Nie bez znaczenia dla tego podejścia jest przyjęcie przez R. Feuersteina założenia, że wraz ze wzbogacaniem doświadczeń osoby upośredzonej następuje poprawa jej społecznego funkcjonowania. Stworzone są bowiem warunki do coraz bardziej samodzielnej działalności poznawczej, a tym samym coraz większej autonomii w postępowaniu. Znalazło to potwierdzenie w badaniach. W trakcie 8-letniego programu badawczego nad dziećmi lekko upośredzonymi umysłowo stwierdzono

nie tylko istotne zmiany w zakresie umiejętności wymaganych w szkole, ale także wyraźny wzrost motywacji do uczenia się, zmniejszenie się zachowań antyspołecznych itd. (R. Feuerstein 1968).

Podsumowując, podejście rehabilitacyjne polegające na dostarczaniu osobom upośledzonym odpowiedniej wiedzy można scharakteryzować następująco:

— uznaje się, że osoby upośledzone umysłowo mogą uczestniczyć w powszechnym procesie kształcenia pod warunkiem dostosowania treści i form tego kształcenia do ich możliwości;

— specjalnie przygotowany materiał dydaktyczny dostarczany osobie upośledzonej ma na celu zmniejszenie różnicy w zakresie posiadanej wiedzy i umiejętności szkolnych między osobami normalnymi i upośledzonymi umysłowo;

— dalszym celem tego kształcenia jest stworzenie możliwości lepszego funkcjonowania w przyszłości osób upośledzonych umysłowo;

— uznaje się, że proces kształcenia specjalnego jest celowym oddziaływaniem na jednostki upośledzone, mającym charakter wspomagania w poznawaniu przez nich otaczającej rzeczywistości.

Jeśli zgodzimy się, że proces kształcenia specjalnego jest oddziaływaniem rehabilitacyjnym, to można przyjąć, że proces usprawniania polega tutaj na wzbogacaniu osoby upośledzonej umysłowo w wiedzę, która może być przydatna w dalszym życiu społecznym. O skuteczności tego podejścia może świadczyć fakt, że większość osób lekko upośledzonych umysłowo, poddanych kształceniu specjalnemu, przestaje być rozpoznawana jako upośledzone po ukończeniu odpowiednich szkół. Można więc powiedzieć, że w sensie społecznym, następuje tutaj całkowite odwrócenie stanu upośledzenia umysłowego.

Podejście oparte na przekazywaniu wiedzy zostało zaakceptowane jako sposób oddziaływań rehabilitacyjnych stosowanych wobec osób lekko upośledzonych. Osoby głębiej upośledzone mają jednak zbyt mały potencjał intelektualny, aby przyswoić program nauczania nawet w uszczuplonej postaci. Kształcenie specjalne jest tutaj mało skuteczne i niewystarczające. Wobec tej kategorii osób zaczęto więc stosować zupełnie nowy typ oddziaływań.

#### B. ODDZIAŁYWANIE NA UPOŚLEDZONYCH UMYŚLOWO POPURZECZ MODYFIKOWANIE ICH ZACHOWANIA

Drugie z podejść, które wykorzystywane jest w rehabilitacji osób upośledzonych umysłowo, nawiązuje do trzech grup teorii uczenia się: warunkowania klasycznego, warunkowania instrumentalnego i społecznego uczenia się (R. B. McCarver, A. R. Cavalier). W literaturze specjalistycznej podaje się, że pierwszy wskazał na możliwość

wykorzystania procesu warunkowania w usprawnianiu osób głębiej upośledzonych umysłowo A. Fuller w roku 1949 (R. B. McCarver, A. R. Cavalier, nadbitka, C. C. Kierman 1974). Wytworzył on reakcję celowego ruchu ręki u 18-letniej osoby upośledzonej umysłowo, stosując jako wzmocnienie cukierki. Jednak od pierwszych, spektakularnych prób stosowania tego podejścia w rehabilitacji do wypracowania całościowych i spójnych koncepcji tego rodzaju musiało upłynąć kilkanaście lat. Dopiero w latach sześćdziesiątych opracowano całościowe systemy oddziaływań rehabilitacyjnych opartych na behawiorystycznych teoriach uczenia się (S. W. Bijou 1963, F. L. Girardeau 1962, O. R. Lindsley 1964).

Stosunkowo niewielkie tradycje tego podejścia, a równocześnie niezwykle intensywny jego rozwój w ostatnich latach utrudniają przeprowadzenie pełnej analizy teoretycznej. Znaczne zamieszanie terminologiczne sprawia kłopot w rozpoznaniu, czy konkretna koncepcja może być zaliczona do wyróżnionej tu orientacji, czy też nie może za taką uchodzić. Teoretycy i praktycy posługują się takimi terminami, jak: „behavior modification”, „behavior therapy”, „behavior psychotherapy”, „applied behavior analysis”, „behavioral technology” itd. (S. W. Bijou, W. I. Gardner 1971, F. H. Kanfer, G. Saslow 1969, C. C. Kierman 1974, J. E. Spradlin, F. L. Girardeau 1966 itd.). Odwołują się także do różnych teorii uczenia się.

Można przyjąć, że tym, co łączy wszystkie koncepcje traktujące rehabilitację jako proces modyfikowania zachowania, jest przyjmowane w nich jedno fundamentalne dla behawioryzmu założenie. Głosi ono, iż zachowanie zmienia się pod wpływem efektów, jakie wywołuje w środowisku (D. E. Berlyne 1968). Mówiąc inaczej, istnieje ścisły związek między zachowaniem a efektami, jakie ono wywołuje w środowisku, które to efekty mogą być korzystne lub niekorzystne dla jednostki. Efekty korzystne będą zwiększały prawdopodobieństwo pojawiania się podobnych zachowań, efekty niekorzystne będą zmniejszały to prawdopodobieństwo. Wynika z tego, że zachowanie jest wyuczone, a dokładniej: „to zachowanie, które powszechnie uważa się za charakterystyczne dla człowieka jako istoty rozumnej, jako członka narodu lub klasy społecznej, jest w większym stopniu wyuczone niż wrodzone” (J. Dollard, N. E. Miller 1967, s. 32). Jeśli zgodzimy się z tym twierdzeniem, to musimy także zaakceptować ideę, która stanowi istotę podejścia behawiorystycznego. Po prostu wystarczy przejąć kontrolę nad skutkami ludzkiego zachowania, aby przejąć jednocześnie kontrolę nad samym zachowaniem (B. F. Skinner 1983). Jeśli więc będziemy umieli wywierać wpływ na to, za jakie zachowania upośledzony umysłowo będzie pozytywnie wzmocniany, to będziemy mogli czynić te zachowania typowymi dla niego i odwrotnie. Oczywiście podejście rehabilitacyjne oparte na modyfikowaniu zachowania odwołuje

się do wielu innych prawidłowości sformułowanych w różnych behawiorystycznych teoriach uczenia się, jednak tylko prawidłowość wskazana wyżej jest wspólna dla nich wszystkich.

Bez trudu można zauważyć, że to podejście także nie akceptuje merytorycznego punktu widzenia na upośledzenie umysłowe. Czyniąc głównym obiektem swojego zainteresowania zachowanie, uchyla się niejako od odpowiedzi na pytanie, czym jest upośledzenie umysłowe. Nieistotne albo mało istotne są tu informacje o etiologii zaburzenia, uszkodzeniach procesów psychicznych, takiej lub innej inteligencji itd. (S. W. Bijou 1966). Ważne jest to, jakie zachowania chce, a jakich nie chce wytworzyć specjalista. Zachowanie zaś nie jest tu rozpatrywane jako wynik defektu jakichś czynników wewnątrzosobniczych, lecz jest „rezultatem historii interakcji, jakie zachodziły między jednostką a jej środowiskiem” (W. I. Gardner 1971, s. 9).

Po przedstawieniu cech wspólnych dla koncepcji rehabilitacji bazujących na modyfikacji zachowania przejdę teraz do omówienia niektórych, bardziej istotnych różnic między nimi. Pierwsza z nich dotyczy zakresu stosowania treningu behawioralnego. Niektórzy z autorów koncepcji traktują go bardzo uniwersalnie, tj. przyjmują w zasadzie nieograniczone możliwości stosowania. Przykładem może być wykorzystywanie tzw. stosowanej analizy zachowania (*applied behavioral analysis*) w stosunku do lekko i głębiej upośledzonych umysłowo dzieci i dorosłych, do realizacji bardzo różnorodnych celów — nauczania umiejętności szkolnych, likwidowania określonych zachowań, rozwijania umiejętności społecznych itd. (J. R. Lent, B. M. McLean 1982, T. C. Lovitt 1982, R. L. Schiefelbusch, N. G. Haring 1982). Inni są w tym względzie bardziej ostrożni. Na przykład W. I. Gardner (1971) uważa, że w stosunku do osób lekko upośledzonych powinna to być metoda pomocnicza, stosowana tylko w szczególnych przypadkach, gdy inne metody zawodzą. Stosowanie jej ma na celu wytwarzanie lub likwidowanie tylko poszczególnych typów zachowań. Takie ograniczenie wynika z oczywistego faktu, że większość zachowań lekko upośledzonych umysłowo można rozwijać w podobny sposób jak w przypadku osób normalnych. Inaczej wygląda sytuacja z głębiej upośledzonymi umysłowo. Tutaj trening behawioralny powinien mieć, zdaniem W. I. Gardniera, znacznie większe zastosowanie. W wielu wypadkach (głębokie upośledzenie) jest to jedyny sposób wywierania jakiegokolwiek wpływu rehabilitacyjnego. Przy tym podstawowym problemem, z jakim musi się uporać rehabilitacja, jest upowszechnienie terapii behawioralnej wśród najbliższego otoczenia społecznych osób upośledzonych umysłowo. Otoczenie to uznaje, iż podejście rehabilitacyjne polegające na modyfikacji zachowania jest zarezerwowane do stosowania tylko dla specjalistów. Dlatego upośledzeni przekazywani są do różnych instytucji rehabilitacyjnych, co daje jednak pewne nega-



tywne konsekwencje związane z izolacją od normalnego społeczeństwa. Tej kwestii w dalszej części pracy poświęcę więcej uwagi, a teraz przejdę do omówienia innych różnic między koncepcjami modyfikacji zachowania.

Z przedstawionej uprzednio podstawowej tezy dla tego podejścia wynika, że oddziaływania rehabilitacyjne będą tym skuteczniejsze, im większa będzie kontrola nad efektami zachowania (kontrola wzmocnień). Duży stopień kontroli wiąże się jednak zawsze z wyraźną ingerencją w środowisko naturalne osoby upośledzonej umysłowo, czyni to środowisko sztucznym i w pewnym sensie sterylnym społecznie (J. Wolpe, A. A. Lazarus 1966). Często warunki, a także sam obiekt oddziaływań rehabilitacyjnych nie pozwalają na stworzenie tego typu sytuacji. Powstaje zatem problem wyboru między wielkością kontroli nad wzmocnieniami a naturalnością warunków, w jakich ma przebiegać oddziaływanie rehabilitacyjne. Twórcy poszczególnych koncepcji różnie rozwiązywali ten problem. Jedni skłaniali się do utrzymywania możliwie dużej kontroli nad zachowaniem. Tutaj należą ci badacze, którzy nawiązywali w swoich teoriach do warunkowania klasycznego lub instrumentalnego. Inni, czyniąc pewne ustępstwa w zakresie kontroli, dbali o to, aby warunki, które doprowadzały do modyfikacji zachowania, przypominały warunki naturalne.

Dobłą ilustracją różnic w podejściu do treningu behawioralnego może być skonfrontowanie dwóch technik kształtowania samokontroli u osób upośledzonych umysłowo. Pierwsza z nich została zaproponowana przez A. Litwornika i współpracowników (1977). Przyjęli oni, że samokontrola może być rozwijana przez stwarzanie upośledzonym umysłowo sytuacji, w których będą oni doświadczać efektów odraczania gratyfikacji. W związku z tym proponują, aby po wykonaniu jakiejś czynności, np. zamalowywania rysunku o skomplikowanych konturach, dawać upośledzonym umysłowo możliwość wyboru jednej z alternatywnych nagród: 1 pensa po minucie od zakończenia wykonania zadania, 2 pensów po 10 minutach, 3 pensów po 30 minutach i 5 pensów po 60 minutach. Z przeprowadzonych badań wynika, że jeśli osoby upośledzone uzyskają informacje na temat rzeczywistej długości czasu wyróżnionych interwałów, tzn. będą wiedziały, jaki odcinek czasu oznacza 1, 5, 10, 30 i 60 minut, oraz nabiorą przekonania, że odroczone nagroda jest rzeczywiście przez nich uzyskiwana po określonym czasie, to wyraźnie wzrasta u nich zdolność do odraczania gratyfikacji. W tym wypadku istotą oddziaływań terapeutycznych jest takie zaprogramowanie sytuacji, w której znajdzie się osoba upośledzona umysłowo, aby mogła ona możliwie wyraźnie wyodrębnić związek między wielkością nagrody i czasem jej uzyskania. Jest to jednak sytuacja nienaturalna, ponieważ tylko w warunkach eksperymentalnych łatwo można dostrzec wytworzony przez terapeutę związek. Nie muszę uza-

sadniać, że w tej sytuacji efekty zachowania (efekty dokonywanych wyborów) są całkowicie kontrolowane przez osobę rehabilitującą.

Inne podejście do rozwijania samokontroli proponują B. Camp i M. A. Bash (1980). Opracowana przez nie technika „głośnego myślenia” (*the think aloud*) nawiązuje wyraźnie do koncepcji teoretycznych L. Wygotskiego. Zgodnie z jego teorią przyjęto, iż można zwiększyć kontrolę nad własnym zachowaniem przez werbalizowanie myśli, celów i planów działania. Oddziaływanie rehabilitacyjne polega w tym wypadku na prowadzeniu dialogu z osobą upośledzoną. W procesie komunikacji dąży się do zorganizowania perspektywy poznawczej osoby rehabilitowanej w taki sposób, aby można wspólnie odpowiedzieć na następujące pytania: „na czym polega problem?”, „jaki mam plan rozwiązania tego problemu?”, „co w związku z tym powinienem zrobić?”, „czy potrafię to zrobić?”. W trakcie dialogu z osobą upośledzoną terapeuta pomaga w znalezieniu prawidłowego rozwiązania problemu, zniechęca do realizacji planów niewłaściwych, współdziała w zrozumieniu przez upośledzonego umysłowo związków między jego konkretnymi zachowaniami i skutkami tych zachowań, itd., a przede wszystkim skłania do głośnego mówienia o własnym zachowaniu i ocenia te wypowiedzi.

Bez wielkich trudności można zauważyć, że terapeuta stosujący drugą technikę rozwijania samokontroli ma mniejsze możliwości kontroli nad zachowaniem upośledzonego umysłowo. Także poziom strukturalizacji sytuacji terapeutycznej jest tutaj znacznie mniejszy niż w pierwszym wypadku. Sytuacja ta jest bardziej zbliżona do naturalnych sytuacji życiowych. Jednak, jak podają autorki tej techniki, nawet tutaj podstawowym problemem trudnym do rozwiązania jest kwestia dokonania generalizacji wyuczonej samokontroli z sytuacji terapeutycznej na inne sytuacje życiowe. Mówiąc inaczej, osoby upośledzone umysłowo uzyskując samokontrolę nad zachowaniem w jednych sytuacjach mają trudności z wykorzystaniem tej zdolności w innych sytuacjach (B. Camp, M. A. Bash 1980). Ten problem jest jeszcze wyraźniej odczuwany w wypadku stosowania pierwszej z omówionych technik behawioralnych (A. J. Litwornik i współpracownicy 1977). Ogólnie można powiedzieć, że dążenie do stosowania treningu behawioralnego w warunkach, które są maksymalnie zbliżone do warunków życia codziennego, nie rozwiązuje problemu, tzn. nie powoduje, że trening ten jest w pełni skuteczny. Wytworzona zdolność nie jest bowiem automatycznie przenoszona na wszelkie sytuacje wymagające samokontroli.

Podana wyżej charakterystyka treningu behawioralnego jako metody oddziaływań rehabilitacyjnych wobec upośledzonych umysłowo nie wyczerpuje całości zagadnienia. W jej ramach istnieje wiele innych systemów oddziaływań, które można porządkować na różne sposoby. Od-

wołują się one do różnych teorii uczenia się — od teorii warunkowania klasycznego do teorii modelowania. Różnice polegają także na uwzględnianiu odmiennych typów zachowania, których dotyczy trening. Szczególnie należy podkreślić, że w tym podejściu w takim samym stopniu zwraca się uwagę na wytwarzanie nowych, pożądanych społecznie zachowań i na eliminowanie zachowań istniejących, które jednak — z punktu widzenia przystosowania do otoczenia — można uznać za niekorzystne (R. D. Cox, W. B. Gunn 1980, F. W. Gibson, P. S. Lawrence, R. O. Nelson 1976, R. Sprafkin, N. J. Gershaw, A. Goldstein 1980 i inni).

Nie wglębiając się w szczegółową analizę wszelkich osobliwości zawartych w poszczególnych rodzajach terapii behawioralnej, chciałbym zwrócić uwagę, że mimo podkreślania w literaturze dużej skuteczności tego podejścia, konstatacje te odnoszą się głównie do zmian uzyskiwanych w warunkach sztucznych. Zastanawia również brak jakichkolwiek sygnałów wskazujących, że w tej lawinie ciągle nowych technik behawioralnych pojawiają się jakieś tendencje do ich integracji. Powstające nowe systemy terapii behawioralnej są pośpiesznie oceniane pod kątem ich skuteczności w realizacji konkretnych celów rehabilitacyjnych. W pogoni za efektami praktycznymi brakuje czasu na zastanowienie się, co rzeczywiście uzyskujemy za pomocą tego treningu, czy jego efekty są tak korzystne, jak się tego spodziewamy, czy trening behawioralny wyczerpuje możliwości oddziaływań rehabilitacyjnych stosowanych wobec osób upośledzonych umysłowo i czy uzasadniony jest optymizm zwolenników tego podejścia.

Odpowiadając na sformułowane tu pytania można stwierdzić, że często obserwuje się nieskuteczność terapii behawioralnej (W. I. Gardner 1971). Nie chodzi już o to, że nie można uczynić z osoby upośledzonej osoby normalnej albo bardziej normalnej poprzez wyposażenie jej w nowe umiejętności społeczne; przede wszystkim nie zawsze można sobie poradzić z likwidowaniem zachowań określanych jako tzw. nadmiary behawioralne (krzyki, nadpobudliwość ruchowa, stereotypie ruchowe, zachowania agresywne itd.). Często w własnej praktyce stwierdzałem, że zlikwidowanie pewnego zachowania pociągało za sobą pojawienie się nowych, innych zachowań niepożądanych. Ponadto podkreśla się, że trening behawioralny w zbyt dużym stopniu koncentruje się na zachowaniach upośledzonego umysłowo, a nie na sytuacjach, w których te zachowania są przejawiane. Jeśli sytuacje te jako źródła zaburzeń zachowania nie będą likwidowane, to zmniejszają skuteczność treningu w dłuższym okresie. Nie bez znaczenia są także problemy etyczne silnie związane ze stosowaniem technik behawioralnych. Dotyczy to szczególnie technik posługujących się karą jako wzmocnieniem.

Podobnych zastrzeżeń można by podać znacznie więcej, ale i te wy-

mienione wystarczą do podsumowania omawianego podejścia w sposób następujący:

— trening behawioralny jest przydatnym sposobem oddziaływań rehabilitacyjnych, szczególnie wobec osób głębiej upośledzonych umysłowo;

— nie jest jednak tak, jak sądzą zwolennicy tego podejścia, że jest to jedyna skuteczna forma oddziaływania na upośledzonych;

— trening behawioralny ma wiele istotnych braków, szczególnie w zakresie stopnia opracowania teoretycznych podstaw do poszukiwania nowych form oddziaływań w ramach behawiorystycznej orientacji teoretycznej, lecz także poza nimi.

Sądzę, że taka ocena zadecydowała o rozwoju w latach siedemdziesiątych innego ujęcia teoretycznego praktyki rehabilitacji osób upośledzonych umysłowo — podejścia nawiązującego do idei normalizacji.

22.05.2012 Kobiety

#### C. ODDZIAŁYWANIA NA UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO JAKO PROCES NORMALIZACJI

Teoretycznie nowy pogląd na rehabilitację osób upośledzonych umysłowo sformułował B. Nirje (1969). Zwrócił on uwagę, że wraz z rozpoznaniem u dziecka upośledzenia umysłowego następuje proces zniekształcenia jego doświadczeń życiowych dzięki poddaniu go oddziaływaniom specjalistycznych instytucji rehabilitacyjnych. Funkcjonowanie tych instytucji zasadniczo różni się od funkcjonowania rodziny i dlatego też osoba upośledzona podlega zupełnie innym wpływom społecznym niż osoby normalnie rozwinięte umysłowo. Do podstawowych cech zinstytucjonalizowanego środowiska rehabilitacyjnego B. Nirje zalicza:

— rytm dnia (wyraźnie różny od rytmu domowego — ściśle określone godziny snu, posiłków itd.);

— rytm tygodnia (różne formy aktywności niespotykane w warunkach domowych, przebywanie w ściśle określonych miejscach, narzucony sposób spędzania czasu wolnego itd.);

— rytm roku (sezonowe zmiany aktywności związane z pracami odnoszącymi się do poszczególnych pór roku, inne rodzaje posiłków, inne formy imprez kulturalnych i sportowych itd.);

— brak uwzględniania indywidualnych preferencji (pozbawianie doświadczeń związanych z podejmowaniem decyzji, ryzykiem, wyborem partnerów, rodzaju aktywności itd.);

— segregacja związana z płcią (pozbawienie doświadczeń związanych z kontaktami z płcią przeciwną, co jest związane z brakiem instytucji koedukacyjnych);

— ograniczenia w poznawaniu normalnie obowiązujących standardów ekonomicznych (ograniczanie samodzielności ekonomicznej, szczególnie posługiwania się pieniędzmi);

— środowiskowe ułatwienia (np. przygotowywanie posiłków w taki sposób, który nie wymaga wykonywania normalnie przyjętych czynności, stosowanie ubiorów łatwych do włożenia, wyposażenie pokoi mieszkalnych w specjalne techniczne ułatwienia w zakresie samoobsługi itd.).

Wszystkie te cechy środowiska, w którym odbywa się rehabilitacja osób upośledzonych umysłowo, utrudniają nabycie umiejętności niezbędnych do życia w normalnych warunkach. Dlatego też G. Nirje postuluje takie zmodyfikowanie funkcjonowania instytucji rehabilitacyjnych, aby warunki życia w większym stopniu upodobniły się do tego, co spotykamy w normalnym życiu społecznym. Proces przekształcania środowiska rehabilitacyjnego w kierunku upodobnienia go do środowiska normalnego nazwał G. Nirje *normalizacją* (*normalization*).

Idea normalizacji bardzo szybko upowszechniła się w wielu krajach. Szczególnie duży rozgłos uzyskała w krajach skandynawskich i w Stanach Zjednoczonych. W wielu krajach idea ta jest jednak mało znana i w konsekwencji nie upowszechniana w praktyce. Dotyczy to również Polski. Można powiedzieć, że podejście to jest ciągle w fazie kształtowania się i zdobywania popularności.

Bardzo krótko ideę normalizacji można przedstawić w postaci następującego postulat: „pozвольmy osobom upośledzonym umysłowo żyć w taki sposób, aby to życie było maksymalnie podobne do egzystencji ludzi normalnych” (M. P. Maloney, M. P. Ward 1979, s. 81). Chodzi tutaj o stworzenie odpowiednich warunków do możliwie największej asymilacji kulturowej dla osób upośledzonych umysłowo. Asymilacja ta jest przy tym rozumiana w sposób nie standardowy. Aby ją zapewnić, nie należy skupiać całej uwagi na rehabilitacji społecznej upośledzonych umysłowo i tylko na niej. Przede wszystkim asymilację kulturową może zapewnić odrzucenie tradycyjnego podejścia do osób upośledzonych, odrzucenia przekonania o niskich możliwościach takich osób (H. C. Gunzburg 1974a). Tradycyjny stosunek do osób upośledzonych przejawia się w tzw. postępowaniu ograniczającym (*block treatment*). To z kolei ogranicza asymilację kulturową tych osób (H. C. Gunzburg, A. L. Gunzburg 1970). Przedstawiony postulat może wywołać pewne zdziwienie ze względu na swoją oczywistość i wydawać by się mogło, że ma wyłącznie ideologiczny charakter. Czy tak sformułowana idea może wносить coś nowego i ważnego dla praktyki rehabilitacji upośledzonych umysłowo? Odpowiedź na to pytanie można po szczegółowym zapoznaniu się z tzw. koncepcjami normalizacyjnymi rehabilitacji.

Charakterystykę tych koncepcji należy rozpocząć od wskazania, że w przeciwieństwie do wcześniej omówionych, te czynią punktem wyjścia dla swoich analiz proces rehabilitacji, a nie osobę upośledzoną umysłowo. W centrum uwagi są zaś przede wszystkim efekty oddzia-

ływań rehabilitacyjnych (W. P. Wolfensberger 1972). Kontynuatorzy i propagatorzy idei B. Nirjego wskazują, iż w celu poradzenia sobie z problemem upośledzenia umysłowego podejmuje się działania ukierunkowane na uzyskanie ściśle określonych celów. W tej działalności jest nieistotny sposób, jakim uzyskuje się te cele. Przyjmuje się praktycznie, że każda metoda jest dobra, jeśli przyczynia się do rozwiązania problemu (H. C. Gunzburg, A. L. Gunzburg 1970, W.P. Wolfensberger 1972). W efekcie doprowadza to do stosowania w procesie rehabilitacji metod sztucznych i nienaturalnych. Środowisko, w którym przebywa osoba upośledzona umysłowo, w całości nabiera cech tej sztuczności. Stopniowo doprowadza to do wyizolowania jednostek upośledzonych od normalnego życia społecznego. Izolacja ta jest skutkiem nie tylko rzeczywistej izolacji osoby rehabilitowanej, lecz także odmienną od normalnej praktyką postępowania wobec upośledzonych. Dochodzi do sytuacji paradoksalnej — praktyka rehabilitacyjna, której celem jest przygotowanie do lepszej asymilacji kulturowej osób upośledzonych, realizowana jest w taki sposób, że wytwarza dodatkowe bariery między tą grupą osób niepełnosprawnych a społeczeństwem (K. F. Engelhardt 1978, W. P. Wolfensberger 1972).

Dobrym przykładem ilustrującym ten stan rzeczy może być sposób wykorzystywania treningu behawioralnego w rehabilitacji upośledzonych umysłowo. Intencje terapeuty stosującego te metody są takie, żeby uczynić zachowanie upośledzonego umysłowo bardziej zbliżonym do zachowania normalnego. Lecz stwarzane sytuacje treningowe są zwykle tak sztuczne, że śmiało można uznać je za źródła dostarczania osobie upośledzonej umysłowo doświadczeń zupełnie nietypowych, tj. odbiegających całkowicie od normalnie doświadczanych sytuacji. W konsekwencji może to utrudniać osobie poddanej takiej terapii skuteczne włączanie się w normalne życie społeczne. Mówiąc inaczej, trening behawioralny z jednej strony przyczynia się do asymilacji kulturowej osób, które się jemu poddają, ale jednocześnie generuje pewne przeszkody utrudniające przyszłe przystosowanie się do społecznego otoczenia.

Innym przykładem z tego zakresu może być funkcjonowanie instytucji zamkniętych, zajmujących się rehabilitacją. Zwykle mają one charakter totalitarny, tzn. są tak zorganizowane, iż wymuszają zachowania zgodne całkowicie z normami obowiązującymi w tych instytucjach (E. Goffmann 1961). Normy te różnią się zupełnie od norm regulujących życie społeczne. I znowu efekt jest podobny. To, co miało służyć przygotowaniu osoby upośledzonej do przyszłego życia w społeczeństwie, działa paradoksalnie — stwarza dodatkową barierę utrudniającą proces asymilacji do kultury normalnego społeczeństwa. Rację ma R. C. Scheerenberger (1977), gdy wskazuje, iż po wejściu w ramy insty-

tucji rehabilitacyjnej trudno te ramy opuścić. Wiele badań potwierdziło istnienie niekorzystnych wpływów instytucji rehabilitujących na funkcjonowanie upośledzonych umysłowo (A. L. Carsrud, K. B. Carsrud, D. P. Henderson, C. J. Alisch, A. V. Fowler 1979, R. B. Edgerton, S. M. Bercovici 1976, J. P. Kershner 1970, Tizard 1968 i inni). Niektóre z tych badań omówię szczegółowo w dalszej części pracy.

Po takim rozpoznaniu przebiegu praktyki rehabilitacyjnej upośledzonych umysłowo postulat domagający się zapewnienia egzystencji zbliżonej do egzystencji ludzi normalnych nie może być uznany tylko za frazes ideologiczny. Podejście normalizacyjne zawiera propozycję realizacji tego postulatu w konkretnej praktyce. Ogólnie można powiedzieć, że tylko zapewnienie takiej pomocy osobom upośledzonym umysłowo, która będzie się mieściła w ramach obowiązujących w danej kulturze norm funkcjonowania społecznego, może doprowadzić lub zbliżyć zachowanie tych osób do normalności. Można przy tym wyróżnić tutaj dwa rodzaje taktyki postępowania w realizacji tego celu. Z jednej strony przyjmuje się, że należy w ramach istniejących instytucji rehabilitujących dokonać takich zmian, aby poprawić istniejącą tam sytuację. Należy eliminować te elementy systemu rehabilitującego, które samym swoim istnieniem przeciwdziałają przygotowaniu osób upośledzonych do asymilacji kulturowej. Można też powiedzieć inaczej — musi być dokonana asymilacja instytucji rehabilitujących do ogólnospołecznej kultury. Konkretnie, należy przede wszystkim zmienić postawy, stosunek personelu rehabilitacyjnego do osób, którymi się on zajmuje. Następnie należy dostosować programy funkcjonowania instytucji do potrzeb rehabilitacyjnych. Także pomieszczenia instytucji powinny być tak projektowane, aby w większym stopniu przypominały warunki domowe. Na koniec należy zadbać o to, aby otoczenie upośledzonego w maksymalnym stopniu zapewniało stymulację rozwoju psychicznego, rekompensując w jakiś sposób oderwanie od normalnego środowiska (H. C. Gunzburg, A. L. Gunzburg 1970). Z drugiej strony neguje się całkowicie istnienie instytucjonalnego systemu rehabilitacji w tradycyjnej postaci jako skutecznego środka radzenia sobie z problemem upośledzenia umysłowego (W. P. Wolfensberger 1972). Zadanie, jakie należy wykonać, polega więc na całkowitej zmianie działania istniejącego systemu rehabilitacji, a nie tylko na uzupełnieniu lub dostosowaniu go do istniejących potrzeb. Według tego stanowiska podstawowym warunkiem procesu normalizacji rozumianego jako normalizacja zachowania upośledzonych umysłowo oraz normalizacja pomocy, jaka tu jest stosowana, jest „zanurzenie” w maksymalnym stopniu praktyki rehabilitacyjnej w normalnym życiu społecznym. Omawiane tu stanowisko nazywane jest czasami deinstytucjonalizacją (R. C. Scheerenberger 1977).

Idea deinstytucjonalizacyjną można sformułować praktycznie w postaci trzech tez: (1) należy tworzyć i rozwijać alternatywne w stosunku do instytucjonalnych formy rehabilitacji osób upośledzonych umysłowo, co ułatwi uniknięcie znalezienia się w tradycyjnych instytucjach rehabilitujących dla inwalidów tej kategorii, (2) w warunkach instytucjonalnych osoba upośledzona nie powinna przebywać dłużej, niż tego wymaga konieczność, w związku z czym w tych instytucjach powinny być uruchomione takie mechanizmy społeczne, które zapewniłyby powrót tych osób do normalnego społeczeństwa oraz 3) należy dążyć do wytworzenia takich postaw społecznych, które będą sprzyjały utrzymywaniu osób upośledzonych umysłowo w normalnym życiu społecznym oraz które będą zapewniały istnienie tzw. środowiska protekcyjnego, tj. takiego, w którym upośledzony będzie się czuł możliwie dobrze przystosowany (R. C. Scheerenberger 1977). Przytoczone wyżej zasady doczekały się wielu konkretnych rozwiązań w praktyce.

Przykładem może być upowszechniona i realizowana w szkolnictwie wielu krajów idea likwidowania tradycyjnego systemu kształcenia specjalnego. Nie łączy się to jednak z pozbawieniem uczniów upośledzonych możliwości uczenia się. Stwarza się im warunki do pobierania nauki w systemie oświaty przeznaczonym dla pełnosprawnych dzieci. Wskazaną ideę można za J. Gottliebem (1981) nazwać *idea głównego nurtu (mainstreaming)*. Sprowadza się ona do włączenia dzieci upośledzonych w podstawowy proces kształcenia, w którym uczestniczą dzieci sprawne intelektualnie. Włączenie to musi jednak przebiegać w taki sposób, aby nie doprowadziło w efekcie do zniekształcenia głównego nurtu edukacji. W związku z tym dziecko upośledzone nie może uzyskać statusu ucznia specjalnego, skupiającego na sobie szczególną uwagę nauczycieli. System edukacyjny musi w takim samym stopniu uwzględniać potrzeby i możliwości uczniów wybitnie zdolnych, przeciętnych i upośledzonych umysłowo. Właściwości tego systemu muszą więc być szczególne. Główną w nich jest indywidualizacja nauczania, pojmowana jednak nieco inaczej niż w polskim systemie kształcenia specjalnego. Dotyczy ona nie tylko indywidualnych metod dostosowanych do poszczególnych uczniów przyswajających jednak ten sam program nauczania. Indywidualizacja to również możliwość rezygnowania z pewnych partii programu, zmienianie go, a kiedy trzeba — wzbogacanie o nowe treści. Idea głównego nurtu nie wiąże się zresztą z żadnymi dyrektywami określającymi, w jaki sposób system szkolnictwa powinien funkcjonować. Chodzi o to, aby to funkcjonowanie było dostosowane do właściwości uczniów oraz środowisk, z których oni się wywodzą.

Dlatego też w poszczególnych krajach można spotkać się z różnymi próbami realizacji tej idei. Na przykład w Szwecji rozwiązano problem dość prosto. Klasa liczy najwyżej 15 uczniów. Jeśli wśród nich znajdują



się uczniowie upośledzeni umysłowo, to każdą lekcję prowadzi dwóch nauczycieli. Jeden z nich służy pomocą uczniom mającym trudności w opanowaniu przerabianego materiału, a więc także uczniom upośledzonym umysłowo. W tej sytuacji można sobie pozwolić na indywidualne podejście do każdego ucznia, który tego potrzebuje.

Z powodu dużego zróżnicowania w sposobach realizacji idei głównego nurtu bardzo trudno ocenić rzeczywiste jej znaczenie dla przebiegu rehabilitacji dzieci upośledzonych (M. P. Maloney, M. P. Ward 1979). Poza tym badacze zajmujący się tą problematyką stosują różne kryteria ocen określając skuteczność tradycyjnego kształcenia w klasach specjalnych i kształcenia realizującego ideę głównego nurtu (M. E. Kaufman, P. A. Alberto 1976). Wreszcie nie bez znaczenia jest problem, wobec jakiej grupy dzieci upośledzonych uczących się w ramach głównego nurtu dokonywana jest ocena. Dotychczas zgromadzone pewne informacje odnośnie do kształcenia dzieci lekko upośledzonych. Są one raczej satysfakcjonujące zwolenników nowej idei. Dzieci uczące się w ramach nowego systemu były bardziej akceptowane przez kolegów, były lepiej przystosowane społecznie, cechowała je większa niezależność społeczna (samodzielność), natomiast w zakresie wiedzy szkolnej nie były gorsze od dzieci uczących się w szkołach specjalnych (M. E. Kaufman, P. A. Alberto 1976). Analizę tę można zakończyć słuszną chyba uwagą J. Gottlieba (1981), że aby idea głównego nurtu mogła skutecznie stymulować postęp w kształceniu dzieci upośledzonych musi być dobrze wdrażana do praktyki pedagogicznej. Dotychczas zbyt często jeszcze wprowadza się ją bez przygotowania odpowiedniej bazy (liczebność uczniów w klasie, kompetencje zawodowe nauczycieli, akceptujące ideę postawy rodziców, właściwy sprzęt dydaktyczny itd.). Brak właściwego przygotowania w urzeczywistnianiu idei głównego nurtu jest częstym powodem uzyskiwania negatywnych informacji o jej wartości rehabilitacyjnej.

Myślę, że podany przykład dobrze ilustruje drugi sposób realizacji zasady normalizacji w praktyce rehabilitacyjnej. Nie polega on na pozabawianiu osób upośledzonych umysłowo możliwości włączenia się w jakikolwiek system instytucjonalny istniejący w danym społeczeństwie, co sugeruje termin deinstytucjonalizacja. Raczej chodzi tutaj o nieodrywanie osób niepełnosprawnych od tej organizacji życia społecznego, w której uczestniczą pełnosprawni jego członkowie (P. W. Power, R. R. Marinelli 1977).

Oba przedstawione wyżej stanowiska z podobnych pozycji dokonują oceny i w konsekwencji krytyki praktyki rehabilitacyjnej. Koncentrują się na fakcie izolowania upośledzonych umysłowo od reszty społeczeństwa przez specjalistyczne instytucje rehabilitacyjne. Oba również mają podobny cel, który pragną zrealizować: doprowadzenie do bardziej naturalnego sposobu postępowania z osobami rehabilitowanymi. Różni-

ce między tymi stanowiskami nie mają jakościowego charakteru, dotyczą jedynie oceny wielkości istniejących braków w aktualnie realizowanej praktyce rehabilitacyjnej oraz wielkości postulowanych zmian, jakie należy wprowadzić do tej praktyki, które zapewniłyby asymilację kulturową osób upośledzonych umysłowo.

Po zapoznaniu się z istotą omawianego podejścia można dokonać jego oceny. Przede wszystkim pragnę podkreślić, że przedstawione tu poglądy, w przeciwieństwie do koncepcji omówionych wcześniej, mają charakter krytyczny w stosunku do praktyki rehabilitacyjnej. Wskazują one na nowe, niedostrzegane wcześniej aspekty tej praktyki i — co może być najważniejsze — skłaniają do wprowadzenia istotnych zmian w tej praktyce. Odrębną kwestią jest problem prawdziwości czy też słuszności formułowanych tutaj twierdzeń odnośnie do sposobu modyfikowania oddziaływań rehabilitacyjnych. W tym względzie jest dyskutowany szczególnie mocno problem skuteczności rehabilitacji, respektującej zasady normalizacji. Podkreśla się, że mimo zgłaszanych zastrzeżeń, sztuczne procedury rehabilitacyjne mogą być w wielu wypadkach bardziej skuteczne od procedur naturalnych. Poza tym zgłaszana jest wątpliwość, czy w rehabilitacji upośledzonych umysłowo można w ogóle uniknąć sztuczności (J. T. Neisworth, R. M. Smith 1978, R. M. Smith 1971). Trudno w tej chwili jednoznacznie ustosunkować się do tych wątpliwości. Podejście nawiązujące do idei normalizacyjnej ma zbyt małe tradycje w praktyce rehabilitacyjnej, aby można było powiedzieć coś konkretnego na ten temat. Ostatecznie to praktyka rozstrzygnie, co i w jakim stopniu w koncepcjach normalizacyjnych jest ważne, a co jest ideologiczną utopią.

Niezależnie od przyszłych rozstrzygnięć w tej sprawie, podejście to musi być teoretycznie rozwijane. W tej postaci, w jakiej aktualnie ono funkcjonuje w nauce, nie może satysfakcjonować. Znalazło to zresztą odbicie w dokonanej wyżej prezentacji. Posługując się pojęciem asymilacji kulturowej powinienem dokładniej określić, jak jest rozumiany ten termin. Nie zrobiłem tego, ponieważ nie ma takiej definicji w koncepcjach normalizacyjnych. Pojęcia, którymi posługują się autorzy tych koncepcji, są bardzo ogólne, jeśli nie ogólnikowe. Można je rozumieć tylko intuicyjnie. Umożliwia to dużą dowolność interpretacyjną. To z kolei utrudnia prowadzenie poprawnych metodologicznie badań naukowych. Tylko pod warunkiem uściślenia pojęciowego i rozwinięcia teoretycznego koncepcji można myśleć o dalszym wykorzystywaniu jej w praktyce rehabilitacyjnej.

Zwraca uwagę także fakt, że koncepcje normalizacyjne rozwinęły się szczególnie w wymiarze instytucjonalnej analizy praktyki rehabilitacyjnej. Oznacza to, że również zasady normalizacyjne, które należy wdrożyć do praktyki, formułowane są na tym poziomie. Instytucjonalny poziom analizy problemu nie wyklucza jednak stosowania tejsze na

innych poziomach. Nie oznacza, że są one mniej ważne czy też niepotrzebne. W podejściu normalizacyjnym aspekty psychologiczne lub psychospołeczne są zaledwie zaznaczone, jednak konsekwencje psychologiczne tego podejścia są bardzo wyraźne. Dotyczą przede wszystkim zakresu i sposobów kontaktowania się ludzi zdrowych (w tym służb rehabilitacyjnych) z osobami upośledzonymi umysłowo. Nie można zapomnieć, że zmiana organizacji rehabilitacji musi w konsekwencji doprowadzić do zmiany zasad funkcjonowania osób, które stanowią elementarny składnik praktyki rehabilitacyjnej. Można więc przyjąć, że omawiane podejście nie zostało opracowane w tej płaszczyźnie w sposób wystarczający. Jest to niewątpliwym jego brakiem z punktu widzenia możliwości wdrożenia do praktyki.

Specyfiką podejścia normalizacyjnego jest także nieuwzględnianie w dostatecznym stopniu wiedzy o upośledzeniu umysłowym. Czytając prace autorów lansujących ideę normalizacji odnosi się wrażenie, że można byłoby zamiast o upośledzeniu umysłowym mówić o innych rodzajach inwalidztwa i nie wpłynęłoby to zasadniczo na kształt takiej koncepcji (H.C. Gunz burg 1974b, W.P. Wolfensberger 1972). Może to być dobrym wskaźnikiem wartości koncepcji, która ma przed sobą dalszy rozwój poprzez uwzględnianie problemów, osób chorych psychicznie, niewidomych, inwalidów narządu ruchu itd. Jednak z drugiej strony bez trudu można zauważyć, że istnieje duże powinowactwo podejścia normalizacyjnego z tym sposobem ujmowania upośledzenia umysłowego, które w tej pracy nazwałem orientacją społeczną. Sądzę, że dalszy rozwój analizowanego podejścia jako koncepcji w pełni naukowej będzie bardziej dynamiczny, jeśli zostanie przewyżniony „izolacjonizm” teoretyczny, jaki tu występuje. Mówiąc dokładniej, chodzi o to, aby odnosić własne dokonania teoretyczne nie tylko do praktyki rehabilitacyjnej, lecz również do wiedzy teoretycznej zgromadzonej poza nim.

Polscy badacze problematyki rehabilitacji osób niepełnosprawnych tylko wyjątkowo posługują się pojęciem normalizacji. Nie oznacza to wszakże, że podejście normalizacyjne jest nieznanie w naszym kraju. Z całą pewnością można uznać, że intensywnie popularyzowana w Polsce idea integracji społecznej osób niepełnosprawnych obejmuje wiele treści podobnych do tych, które zawiera omówiona idea normalizacji. Można więc zapytać, dla czego w tej pracy posługuję się terminem normalizacja zamiast korzystać z już upowszechnionego terminu integracja? Na tak postawione pytanie jest niełatwo odpowiedzieć, gdyż oba pojęcia rozumiane są przez różnych badaczy inaczej. Jednak znane mi są dwie próby przeprowadzenia takiego rozróżnienia. A. Hulek (1977), główny propagator idei integracji społecznej osób niepełnosprawnych, określa ją jako: „umożliwianie poszkodowanym na zdrowiu osobom prowadzenia normalnego życia i możliwie na tych samych

warunkach jak innym członkom określonych grup społecznych". Normalizacja jest natomiast szczególnym przypadkiem integracji. Polega ona na zapewnieniu „osobom upośledzonym, włączonym już w zwykłe życie, takich warunków jak osobom zdrowym, aby mogły żyć, rozwijać się i mieć te same osiągnięcia co ich pełnosprawni rówieśnicy” (A. Hulek 1977, s. 493).

Łatwo zauważyć, że gdy wyłączy się to wszystko, co A. Hulek nazywa normalizacją, z jego określenia integracji społecznej, wówczas treść tego pojęcia pokrywa się z omówionym wcześniej pojęciem deinstytucjonalizacji. Tym samym można byłoby uznać, iż integracja składa się z dwóch składników — deinstytucjonalizacji i normalizacji. Łatwo zauważyć, że określenie normalizacji w tej pracy daleko odbiega od sformułowania A. Hulka, ale pokrywa się w znacznym stopniu z propagowanym przez niego pojęciem integracji społecznej.

Inaczej odróżnia analizowane tu pojęcia I. Wald (1978, s. 7). Pisze on: „W nowoczesnych koncepcjach naukowych kładzie się nacisk na potrzebę integracji upośledzonych umysłowo ze społeczeństwem i na zasadę normalizacji w organizowaniu służb i placówek. Wśród badaczy i praktyków toczy się wciąż spór o kształt i granice normalizacji w konkretnych warunkach społecznych”. Z przytoczonego cytatu można wnosić, iż integracja jest utożsamiana z celem (zadaniem) stojącym przed praktyką rehabilitacyjną. Z kolei normalizacja łączyłaby się raczej z pewną właściwością funkcjonowania praktyki rehabilitacyjnej. Myślę, że takie rozumienie normalizacji jest bliższe temu, które przedstawiłem w tej pracy. Dlatego broniąc swojego stanowiska ustosunkuję się przede wszystkim do poglądów A. Hulka.

Wybór określenia „podejście normalizacyjne” zamiast „podejście integracyjne” wynika z kilku powodów. Pierwszy z nich tkwi w sposobie rozumienia niepełnosprawności. A. Hulek pisze, że: „jednostka mimo upośledzenia jest (jednostką normalną) że nawet znaczne odchylenie od normy ma w stosunku do całokształtu struktury bio-psycho-społecznej charakter raczej cząstkowy i wycinkowy. Jednostki — zwłaszcza z upośledzeniem fizycznym i somatycznym — mogą po leczeniu i usprawnieniu prowadzić normalne życie, tylko w nieco zmodyfikowany sposób”. Myślę, że pogląd ten w stosunku do grupy osób niepełnosprawnych, jakimi są upośledzeni umysłowo, jest zbyt optymistyczny. Nie wchodząc w szczegółowe analizy tego, co to znaczy jednostka normalna, mogę powiedzieć jedno — trudno sobie wyobrazić, aby osoby głębiej upośledzone mogły żyć w taki sam sposób, jak osoby pełnosprawne. Rehabilitacja może „przybliżyć” jednostki upośledzone umysłowo do społeczeństwa, nie będzie to jednak pełna integracja. Takie stanowisko nie przeczy poglądom A. Hulka w odniesieniu do innych grup osób niepełnosprawnych.

Drugi argument ma zupełnie inny charakter. Otóż pojęcie integracji

nabrało w ostatnich latach charakteru hasła propagandowego. Wszyscy mówimy o integracji nadając temu pojęciu różne znaczenia konotacyjne. Duży ładunek wartościowania zawarty w tym pojęciu nie sprzyja, moim zdaniem, wykorzystywaniu go w analizie naukowej. Bardzo łatwo może się bowiem zdarzyć, że zamiast o sprawach merytorycznych będziemy mówili o sprawach ideologicznych. Pojęcie normalizacji jest, jak na razie, bardziej „chłodne”, nie wzbudza zbędnych emocji, a tym samym jest lepszym instrumentem do prowadzenia analiz teoretycznych.

Trzeci argument dotyczy czegoś, co nazywam wycuciem językowym. Integracja odnosi się raczej do jakiegoś stanu lub wydarzenia, które już zaszło (np. integracja państw socjalistycznych). Normalizacja łączy się raczej z czymś, co się dzieje, dotyczy zachodzących zmian, toczących się procesów (np. normalizacja stosunków międzynarodowych). Dlatego też mówiąc o działalności rehabilitacyjnej, lepiej określać ją jako proces normalizacji, a nie jako proces integracji.

Ostatni argument wiąże się z faktem, że w pracy tej interesuje mnie rehabilitacja osób upośledzonych w aspekcie psychologicznym. Wydaje mi się, że łatwiej przejść do analizy psychologicznej od pojęcia normalizacji niż od pojęcia integracji. Być może spowodowane jest to większym nasyceniem współczesnej psychologii funkcjonalizmem oraz słabo reprezentowanymi w niej tendencjami strukturalnymi. Normalizacja jest w większym stopniu funkcjonalna, a integracja ma charakter raczej struktury. Powody mogą być oczywiście inne. Nie to rozstrzygnięcie jest w tej chwili ważne. Istotne jest, że normalizacja intuicyjnie wydaje się lepiej odpowiadać potrzebom analizy psychologicznej.

Motywuując swoje stanowisko dokonałem w istocie uzasadnienia wyboru nazwy omawianego podejścia. Nie przybliżył mnie ten wywód do lepszego określenia tego, czym jest rzeczywiście normalizacja lub czym jest ona dla mnie jako pojęcie naukowe. Nie to było jednak celem tego wywodu. Chciałem scharakteryzować stanowiska teoretyczne dotyczące oddziaływań rehabilitacyjnych wobec osób upośledzonych umysłowo. Ponieważ nie zawsze są one wystarczająco precyzyjne, dlatego musiało się to ujawnić w tej analizie. Do problematyki normalizacji powrócę w następnych rozdziałach pracy, gdzie będę chciał zaprezentować własny pogląd w tej sprawie.

### 3. PORÓWNANIE TEORETYCZNYCH UJĘĆ PRAKTYKI REHABILITACJI OSÓB UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO

W trakcie charakterystyki trzech ujęć teoretycznych praktyki rehabilitacyjnej kilkakrotnie pozwoliłem sobie na dokonanie porównań między nimi. Obecnie chciałbym zestawzić i porównać te koncepcje w spo-

*Handwritten notes:*  
 1. normalizacyjne  
 2. psychodydaktyczne  
 3. behawioralne

Tabela 1

Porównanie podejść teoretycznych do praktyki rehabilitacyjnej osób upośledzonych umysłowo

Lp.	Podejście		psychodydaktyczne	behawioralne	normalizacyjne
	Charakterystyka działań rehabilitacyjnych				
1	Kto prowadzi rehabilitację?	specjaliści-nauczyciele	specjaliści-psycholodzy	wszyscy członkowie społeczeństwa	
2	Co jest treścią rehabilitacji?	przekazywanie wiedzy	modyfikowanie zachowania	likwidowanie barier społecznych utrudniające segregację osób upośledzonych	
3	Jakie są powody podjęcia rehabilitacji?	wyposażenie upośledzonych w stopniu maksymalnie możliwym w wiedzę i umiejętności społeczne	wytworzenie zachowań pożądanych społecznie i wyeliminowanie zachowań niepożądanych społecznie	asymilacja kulturowa upośledzonych umysłowo	
4	Wobec kogo stosowana jest rehabilitacja?	głównie wobec lekko upośledzonych	głównie wobec głębiej upośledzonych	wobec wszystkich upośledzonych	
5	Gdzie jest prowadzona rehabilitacja?	w szkołach (przedszkolach) specjalnych	w specjalistycznych instytucjach	w całym środowisku otaczającym upośledzonych	
6	Jaki jest zakres oddziaływań rehabilitacyjnych?	dość wąski (dostosowanie materiału dydaktycznego do możliwości upośledzonych)	wąski (warunkowanie, naśladownictwo)	szeroki (nieokreślone)	

sób bardziej systematyczny, aby możliwie dokładnie uchwycić specyfikę każdej z nich, a jednocześnie wykryć ewentualne podobieństwa między nimi. Mając takie rozeznanie łatwiej będzie uzasadnić późniejsze decyzje co do sposobu rozwiązania własnych problemów badawczych. Aby zamierzonej analizie porównawczej nadać jakiś porządek, wykorzystam schemat analizy procesów społecznych zaproponowany przez J. Ruescha (1972). Wyniki tej analizy przedstawia tabela 1.

Nie sądzę, aby istniała potrzeba szczegółowego omawiania danych przedstawionych w tabeli. W świetle dokonanej wcześniej charakterystyki większość różnic jest jasna i oczywista. Tylko niektóre z nich wymagają dodatkowego komentarza. Przede wszystkim zwraca uwagę duży stopień nieokreśloności podejścia normalizacyjnego. To, co można jednoznacznie ocenić w dwóch pozostałych podejściach, tutaj jest utrudnione, ponieważ koncepcja nie zawiera wystarczającej liczby danych. Dotyczy to głównie punktów 2, 6 oraz częściowo 1. Następnie uwidacznia się wyraźnie, że koncepcje nawiązujące do idei normalizacyjnej mają najbardziej uniwersalny charakter. W ich zasięgu znajdują się wszystkie rodzaje upośledzenia umysłowego, a także znacznie szerszy jest krąg osób, od których uzależnione są efekty rehabilitacji. Nie są to tylko specjaliści z tej dziedziny, lecz całe otoczenie społeczne. Także istotne różnice pojawiają się w zakresie repertuaru środków i zasad oddziaływań rehabilitacyjnych. Najbardziej ubogie są propozycje oferowane przez podejście behawioralne — warunkowanie i naśladownictwo. Nieco bogatszym repertuarem oddziaływań dysponuje koncepcja przekazywania wiedzy; dotyczy to szczególnie dużych możliwości dostosowania materiału dydaktycznego do zdolności intelektualnych osób upośledzonych umysłowo. Jeśli chodzi o podejście normalizacyjne, to tylko z kontekstu, w którym mówi się o działalności rehabilitacyjnej, można przypuszczać, że repertuar oddziaływań powinien tutaj być bardzo duży. Podejście to bezpośrednio nie określa rodzajów tych oddziaływań. Przy okazji warto zwrócić uwagę na ciekawą prawidłowość. Mianowicie im ściślej określone są procedury rehabilitacyjne, tym mniejszy jest zakres spraw, których te oddziaływania dotyczą. Konfrontując omawiane podejścia z aktualnie realizowaną praktyką rehabilitacyjną można stwierdzić, że najmniej wyczerpujące — w sensie opisu i wyjaśnienia tej praktyki — jest podejście behawiorystyczne. Z kolei podejście normalizacyjne w największym zakresie uwzględnia praktykę rehabilitacyjną, jednocześnie jest to jednak podejście najbardziej powierzchowne w sensie dokonywanej rekonstrukcji tej praktyki.

Wydaje się, że prezentacja trzech wyróżnionych podejść jest wystarczająca do tego, żeby można je odnieść do głównego wątku prowadzonych tutaj rozważań. Interesuje mnie przede wszystkim odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu poszczególne podejścia można uznać

za koncepcje realizujące funkcję krytyczną. Do tego pytania można dodać pytanie pomocnicze. Jakie właściwości koncepcji decydują o tym, że nie może być ona rozpoznana jako realizująca funkcję krytyczną? Przypomnijmy najważniejsze kryteria rozpoznawania realizacji tej funkcji (patrz rozdz. I). Są nimi:

— taki opis i propozycja wyjaśniania praktyki rehabilitacyjnej, które są niezgodne z wiedzą realizatorów tej praktyki, a tym samym z aktualnie prowadzoną praktyką rehabilitacyjną;

— z opisu tego, jak również z propozycji wyjaśniających przebieg praktyki rehabilitacyjnej wynika konieczność zmiany aktualnie prowadzonej praktyki w wypadku zaakceptowania przez jej realizatorów nowej propozycji;

— nowa koncepcja jest silnie związana z praktyką rehabilitacyjną w tym sensie, że dotyczy ona opisu i wyjaśniania aktualnie realizowanej działalności rehabilitacyjnej;

— postulowane zmiany praktyki rehabilitacyjnej wynikają z przeprowadzonego jej opisu i wyjaśnienia, a nie z przyjmowanych założeń aksjologicznych.

W świetle przytoczonych kryteriów poszczególne podejścia teoretyczne do praktyki rehabilitacji nabierają dodatkowego sensu i jawią się w nieco innej postaci.

Podejście traktujące rehabilitację jako przekazywanie wiedzy pojawiło się, kiedy nie istniała jeszcze praktyka rehabilitacyjna. W świadomości społecznej dominowały przekonania, że upośledzenie umysłowe to stan nieodwracalny, że nie ma sposobów, które mogłyby wpłynąć na jego poprawę. Podejście to było więc zbiorem koncepcji krytycznych w tym sensie, że doprowadziło do zmiany praktyki społecznej sfosowanej wobec upośledzonych umysłowo. W miejsce bierności, poczucia niemocy i działań opiekuńczych doprowadziło do powstania czynnego ustosunkowania się do upośledzonych umysłowo, ukierunkowanego na przeciwdziałanie zaburzeniu i udzielanie pomocy. Rozwój koncepcji teoretycznych nawiązujących do tego podejścia bardzo szybko doprowadził do zagubienia przez nie funkcji krytycznej. Zaczęto precyzyjnie określać cele kształcenia specjalnego, do tych celów dobrać odpowiednie metody ich realizacji, uwzględniając w tym wszystkim przedmiot oddziaływań, to jest upośledzonych umysłowo, ale pomijając w dużym stopniu to, jak w danym momencie przedstawia się kształcenie specjalne. Pojawił się klasyczny paradoks charakteryzujący rozwój nauki praktycznej — badacze zapatrzeni w przyszłość, dążąc do nowatorstwa i oryginalności koncepcji, zapominali o rzeczywistości, która ich otaczała. Praktycy także chcąc uniknąć zarzutu konserwatyzmu chętnie uczestniczyli w pogoni za nowoczesnością. Nie nadążano z dokładną oceną wartości dotychczasowej praktyki i przedwcześnie zarzucano ją, a następnie często odkrywano ją ponownie



i upowszechniano jako nowość. Ten przerysowany i trochę złośliwy komentarz nie zniekształca istoty problemu. Można uznać, że podejście traktujące rehabilitację jako przekazywanie wiedzy ma bardzo mało właściwości teorii krytycznej. Podejście to wpływa na przekształcanie praktyki rehabilitacyjnej poprzez postulowanie coraz nowszych jej wersji. Ale nowe koncepcje nie opierają się wcale lub opierają się w zbyt małym stopniu na doświadczeniach gromadzonych przez dotychczasową praktykę.

Bardzo ciekawe jest przeanalizowanie podejścia behawioralnego w interesującej mnie tu perspektywie. Analogicznie do poprzednio opisanej sytuacji, także w tym przypadku propozycje wprowadzenia technik behawioralnych do praktyki rehabilitacji osób głębiej upośledzonych umysłowo przełamały pewien zastój w usprawnianiu tej kategorii inwalidów. I dlatego można mówić o realizowaniu krytycznej funkcji przez te koncepcje. W tym miejscu jednak kończą się analogie. Nie można uznać, aby było to podejście alternatywne w stosunku do koncepcji przekazywania wiedzy. Nie zastąpiło przecież pierwszego podejścia, lecz tylko je uzupełniło obejmując swoim zasięgiem osoby głębiej upośledzone umysłowo. Należy pamiętać, że podejście behawioralne powstało poza obszarem rehabilitacji upośledzonych umysłowo. Zostało przeniesione na ten obszar, kiedy podstawowe idee były już dobrze wykrystalizowane (I. Bialer 1968). Nie mogło i nie było więc w tym wypadku mowy o krytyce podejścia przekazywania wiedzy i ogólnie całej praktyki rehabilitacyjnej w sensie, który tutaj przyjmuję. Dalszy rozwój treningu behawioralnego polegał na dostosowaniu obowiązujących tu zasad do obiektów, wobec których trening był stosowany i uściśleniu zasad oddziaływań rehabilitacyjnych. Obecnie systemy treningu behawioralnego tworzą coś w rodzaju algorytmów działania dla specjalistów. Za ich pomocą można realizować rozmaite zadania, wystarczy tylko wprowadzić do algorytmu odpowiednie treści. Chodzi o to, że te same prawidłowości treningu można wykorzystać do likwidowania moczenia nocnego, autoagresji, stereotypii ruchowych oraz wytwarzania umiejętności samoobsługi, porozumiewania się, pracy itd. (R. D. Cox, W. B. Gunn 1980, W. I. Gardner 1971, C. C. Kierman 1974 i inni). Z tego, co powiedziałem, wynika, że podejście behawioralne nie może być zaliczone do teorii realizujących funkcję krytyczną. Trudno je także zaliczyć do grupy nauk praktycznych ze względu na brak wyraźnie zaznaczonego wątku aksjologicznego. Trudno byłoby mi w tym miejscu odpowiedzieć na pytanie, gdzie w takim razie można zlokalizować teoretyczne podstawy treningu behawioralnego. Przymuszczałnie dalszy rozwój tego podejścia doprowadzi do konieczności opowiedzenia się jej zwolenników po stronie nauk praktycznych albo psychologii stosowanej w sensie, jaki tutaj przyjmuję dla tego pojęcia. Będzie się to jednak musiało wiązać z rozbudową wątku aksjo-

logicznego bądź z uwzględnieniem w większym stopniu realiów praktyki psychologicznej w różnych jej wymiarach.

Stanowisko nazwane tutaj podjęciem normalizacyjnym ma najwięcej właściwości wskazujących na realizację funkcji krytycznej. Wskazuje na to sama geneza tego podjęcia. Wyrośliło ono z opozycji w stosunku do praktyki rehabilitacyjnej, a tym samym podstaw teoretycznych tejże praktyki. Opis praktyki proponowany przez koncepcje należące do nurtu normalizacyjnego jest inny od istniejącego w świadomości społecznej obrazu tej praktyki. Wreszcie przyjęcie proponowanego tutaj obrazu praktyki zmusza do odrzucenia wcześniej realizowanych działań rehabilitacyjnych. Także znaczący jest tu stosunek do aksjologii. Koncepcje normalizacyjne powstają na bazie analizy rzeczywistości rehabilitacyjnej, unikają natomiast przyjmowania założeń aksjologicznych, chociaż uniknąć ich w pełni nie są w stanie.

Można byłoby więc powiedzieć, że wszystkie podstawowe wymogi teorii krytycznej są tutaj spełnione. Ale w związku z tym nasuwają się dwa zastrzeżenia. Pierwsze z nich dotyczy problemu aksjologicznego. Mimo pozorów niepodejmowania tych zagadnień, faktycznie tkwią one głęboko w koncepcjach normalizacyjnych. Przede wszystkim związanie tego podjęcia z aksjologią występuje w momencie określenia tego, co stanowi normę kulturową, do osiągnięcia której zmierzają wszystkie oddziaływania rehabilitacyjne. Założenia aksjologiczne nie są w koncepcjach specjalnie eksponowane, nikt nie odwołuje się do nich dokonując krytyki praktyki rehabilitacyjnej, jednak każdy z badaczy musi dokonać jakiegoś wartościowania rzeczywistości rehabilitacyjnej, a więc odwoływać się do jakiegoś systemu wartości. Tenże system musi w konsekwencji wpływać na sposób rozwiązania konkretnego problemu.

Drugie zastrzeżenie jest nie mniej ważne. Omawiane koncepcje opisują praktykę rehabilitacyjną, jednak jej nie wyjaśniają. Jest to oczywiście brak podjęcia normalizacyjnego. Sądzę, że można ten brak uzupełnić i nie powinien on deprecjonować całkowicie tej orientacji teoretycznej. Biorąc pod uwagę oba zastrzeżenia można ogólnie stwierdzić, iż podjęcie nawiązujące do idei normalizacyjnej nie w pełni realizuje funkcję krytyczną, jednak spośród omawianych podjęć kwalifikuje się do tego w stopniu największym.

#### 4. ZAKOŃCZENIE

Omówiłem dwa rodzaje wiedzy naukowej, które powinny stanowić podstawę rehabilitacji upośledzonych umysłowo. Przeprowadzona analiza pierwszego rodzaju wiedzy — psychologicznych ujęć zjawiska upośledzenia umysłowego — wykazała, że z punktu widzenia praktyki re-

habilitacyjnej jest to wiedza bardzo zróżnicowana. Istnieją koncepcje upośledzenia umysłowego, z których nie można wyprowadzić żadnych wniosków odnośnie do oddziaływań usprawniających. Są też takie, które dopuszczają możliwość rehabilitacji i zawierają wskazówki, jak ją prowadzić. Do tych koncepcji będę nawiązywał w dalszej części pracy.

Drugi rodzaj wiedzy to koncepcje teoretyczne samej praktyki rehabilitacyjnej. Wykazałem, że także w tym przypadku istnieje duże zróżnicowanie. Wśród wyróżnionych podejść teoretycznych najbliższym w stosunku do przyjętej wcześniej idei rozwijania psychologii rehabilitacji jako teorii realizującej funkcję krytyczną jest podejście normalizacyjne. Szczególnie do tego podejścia chciałbym nawiązać dokonując próby własnej interpretacji praktyki rehabilitacyjnej. Materiał przedstawiony w tym rozdziale należy traktować jako pewnego rodzaju sprawozdanie z tego, jakie są dokonania psychologii w zakresie opracowania teoretycznych podstaw dla usprawniania upośledzonych umysłowo. Mam nadzieję, że informacje tu przedstawione umożliwią uświadomienie sobie słabych i mocnych stron tych teoretycznych podstaw. Zrobiony więc został pierwszy krok na drodze do własnego ujęcia praktyki rehabilitacyjnej. Teraz można, jak sądzę, zrobić krok drugi.

