

Justyna Juszcak

Uniwersytet w Białymstoku

E-MAIL: justynazm@o2.pl ORCID: 0009-0005-4583-5081

Terapia zajęciowa i jej znaczenie dla wzmacniania rozwoju dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną – umożliwienie, uczestnictwo w zajęciach, podejście skoncentrowane na osobie, upęłnomocnienie

STRESZCZENIE

Artykuł stanowi krótkie wprowadzenie do historii terapii zajęciowej jako metody w leczeniu i usprawnianiu osób z różnorodnymi problemami zdrowotnymi. Omówiono w nim formy terapii zajęciowej, które odpowiednio stosowane są w stymulowaniu rozwoju obszarów samoobsługi, czasu wolnego oraz produktywności u osób z niepełnosprawnością. Szczególną uwagę poświęcono zagadnieniu wzmacniania samodzielności osób z niepełnosprawnością intelektualną w ramach terapii zajęciowej, analizując je w następujących kategoriach: umożliwienie, uczestnictwo, upęłnomocnienie oraz terapia skoncentrowana na osobie. Przedstawiono istotne znaczenie terapii zajęciowej jako metody pracy z osobą z niepełnosprawnością intelektualną przez rozwijanie jej podmiotowości oraz uczestnictwo w życiu społecznym. Podkreślono, że stworzenie odpowiednich warunków osobie z niepełnosprawnością intelektualną wpływa na jej niezależne, na miarę możliwości psychofizycznych, funkcjonowanie w najbliższym środowisku. Sprawia to, że nie tylko ma sposobność stale się rozwijać, ale przede wszystkim staje się aktywnym twórcą własnego życia.

SŁOWA KLUCZOWE: terapia zajęciowa, osoba z niepełnosprawnością intelektualną, umożliwienie, upęłnomocnienie, terapia skoncentrowana na osobie, samodzielne funkcjonowanie

Wstęp

Zasadniczym celem artykułu jest zaprezentowanie terapii zajęciowej jako ważnego elementu wspierającego rozwój psychofizyczny osób z niepełnosprawnością intelektualną. W tekście omówiono kluczowe pojęcia odnoszące się do terapii zajęciowej, takie jak umożliwienie, uczestnictwo, podejście skoncentrowane na osobie oraz upęłnomocnienie. Wszystkie wymienione kategorie odnoszą się do terapii zajęciowej. Ponadto wskazano na szczególne funkcje terapii zajęciowej, które kształtują samodzielność osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Podkreślono również znaczenie terapii zajęciowej

w rozwoju podmiotowości osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Artykuł zawiera zarys historii terapii zajęciowej oraz analizę istotnych pojęć z perspektywy pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Przedstawione zagadnienia służą ukazaniu jednego z wielu wymiarów terapii zajęciowej w kontekście pracy edukacyjno-terapeutycznej i wskazują na jej kluczową rolę w procesie wspierania rozwoju, niezależności oraz integracji społecznej osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Podstawowa historia terapii zajęciowej

Terapia zajęciowa obecna jest w życiu człowieka jako forma wsparcia już od starożytności. Cornelius Celsus proponował leczenie poprzez głośnie czytanie, zabawy z piłką czy też chodzenie. Natomiast Galen wskazywał na takie zajęcia jak rybołówstwo czy kopanie. Warto też zwrócić uwagę na twierdzenia Galena, który sytuował zajęcie i pracę jako „naturalną terapię dającą człowiekowi szczęście” (Janus, 2016, s. 17). W XIII i XIV w. w zapiskach Marco Polo można odnaleźć opisy dotyczące postępowania wobec osób z niepełnosprawnościami w cesarstwie mongolskim i chińskim, polegające na leczeniu poprzez pracę i ćwiczenia (por. Dega i Milanowska, 1993, s. 57). Na przełomie XVIII i XIX w. zaczęto dostrzegać osoby cierpiące na choroby psychiczne, które były izolowane społecznie, więzione, traktowane bez szacunku i pozbawiane godności. Odpowiedzią na taką sytuację było powstawanie organizacji charytatywnych, jak również pojawienie się ruchu *moral treatment* (MT), który postulował idee szacunku i współczucia dla każdego człowieka, bez względu na jego status społeczny czy też doświadczaną chorobę. Jednym z istotnych elementów podejścia *moral treatment* było angażowanie osób chorych w drobne prace i codzienne czynności, co sprzyjało poczuciu stabilizacji oraz wprowadzało strukturę do ich codziennego funkcjonowania (Misiorek, 2019, s. 2). Koncepcja MT została rozwinięta przez francuskiego lekarza Philippe’a Pinela i Williama Tuke’a. Philippe Pinel wprowadził pojęcie „leczenie pracą” jako element terapii osób chorych psychicznie, mający na celu rozwijanie ich umiejętności oraz budzenie zainteresowań. W leczeniu poprzez zajęcie Pinel proponował ćwiczenia fizyczne, uprawę roli, taniec, muzykę oraz literaturę (Misiorek, 2019, s. 2). Natomiast William Tuke założył szpital York Retreat, przeznaczony dla osób chorych psychicznie, w którym leczenie opierało się na założeniach *moral treatment*. Placówka była kameralna, co sprzyjało indywidualnemu podejściu do pacjentów: przestrzegano w niej ustalonego porządku dnia, a każdemu z podopiecznych przydzielono zaplanowane, celowe, codzienne obowiązki i zajęcia. Jak wskazuje A. Misiorek (2019), praktyka terapii zajęciowej wywodzi się z koncepcji MT – leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi polegało na

wykonywaniu zaplanowanych, drobnych, celowych i ustrukturalizowanych aktywności, które miały na celu poprawę jakości życia. Wiek XIX sprzyjał rozwojowi idei leczenia poprzez zajęcie. W 1917 r. w USA powstało Amerykańskie Stowarzyszenie Wspierania Terapii Zajęciowej, którego celem było organizacja kursów, szkoleń z tego zakresu. Stowarzyszenie to w 1923 r. przyjęło nową nazwę – Amerykańskie Towarzystwo Terapii Zajęciowej (AOTA – *American Occupational Therapy Association*) – które działa aktywnie do dziś. W 1952 r., również w Stanach Zjednoczonych, powołano do życia Światową Organizację Terapeutów Zajęciowych (WFOT – *World Federation of Occupational Therapists*), zajmującą się promowaniem terapii zajęciowej oraz dbaniem o jakość i standardy jej nauczania w krajach członkowskich. Warto wspomnieć, że to William Rush Dunton, amerykański psychiatra zainteresowany koncepcją *moral treatment*, jako pierwszy wprowadził nazwę „terapia zajęciowa”. W szpitalu Towson, w stanie Maryland, zorganizował warsztaty rzemieślnicze, których celem była rehabilitacja i aktywizacja uczestników.

Terapia zajęciowa w Polsce

W Polsce terapia zajęciowa rozwinęła się w XIX w. jako element rehabilitacji psychiatrycznej i fizycznej (Janus, 2018). Po II wojnie światowej została włączona w nurt tzw. polskiej szkoły rehabilitacji i stanowiła integralną część procesu terapeutycznego. Była stosowana przede wszystkim w szpitalach psychiatrycznych, sanatoriach, oddziałach gruźliczych. Obecnie terapia zajęciowa w Polsce najczęściej rozumiana jest jako forma rehabilitacji fizycznej, zawodowej i społecznej, skierowanej do określonych grup odbiorców – osób z zaburzeniami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną i fizyczną. Przez długi czas była ona rozumiana w duchu koncepcji zaproponowanej przez K. Milanowską – prekursorkę terapii zajęciowej w Polsce. Autorka definiowała terapię zajęciową (leczenie pracą, ergoterapia) jako

czynności różnego rodzaju, które zleca się pacjentom jako jeden ze środków leczniczych, mających na celu przyspieszenie powrotu utraconej funkcji narządu ruchu, a w przypadku zmian nieodwracalnych ma na celu wyrobienie funkcji zastępczych (Milanowska, 1993, s. 53).

Jednak, jak słusznie zauważa E. Janus (2018), terapia zajęciowa nie w pełni wykorzystuje swój potencjał w przygotowywaniu osób do samodzielnego funkcjonowania. W Polsce nadal bywa postrzegana głównie przez pryzmat wybranych form i działań, stosowanych wąsko, bez rzetelnej diagnozy oraz bez uwzględnienia etapów postępowania terapeutycznego.

W literaturze przedmiotu wymienia się zazwyczaj następujące formy terapii zajęciowej (Janus, 2018, s. 98):

- 1) ergoterapia, czyli terapia poprzez pracę, odnosi się do takich form jak: introligatorstwo, stolarstwo, ogrodnictwo, dziewiarstwo, tkactwo, wikliniarstwo, metaloplastyka;
- 2) arteterapia – opiera się na leczeniu osoby poprzez wykorzystanie wszelkiego rodzaju sztuki oraz jej wytworów, do których zalicza się m.in. sztuki plastyczne, teatr, muzykę, choreoterapię oraz dramaterapię;
- 3) socjoterapia – ma na celu przygotowanie do prawidłowego funkcjonowania psychospołecznego oraz wspieranie rozwoju osób z niepełnosprawnością poprzez udział w zajęciach grupowych, które służą podniesieniu ich kwalifikacji społecznych, interpersonalnych i komunikacyjnych.

W ramach socjoterapii wymienia się również m.in. prowadzenie treningów samoobsługowych, które powinny być traktowane jako wyodrębniona forma terapii zajęciowej. Nadal w niewystarczający sposób realizowane są zajęcia z zakresu czynności życia codziennego (por. Janus, 2018), które wzmacniałyby umiejętności o charakterze samoobsługowym, czy też rozwijałyby kompetencje interpersonalne, zwiększające potencjał i autonomię jednostki. Choć polskim modelu terapii zajęciowej zakłada się ciągłość postępowania terapeutycznego, czyli kontynuację leczenia w warunkach domowych, to w praktyce aspekt ten jest obecnie wdrażany w minimalnym zakresie. Powoduje to, że osoba z niepełnosprawnością intelektualną niewystarczająco rozwija umiejętności samoobsługowe, także w środowisku domowym. Jak trafnie podkreśla E. Janus, w krajach Unii Europejskiej – zwłaszcza w Skandynawii, krajach Beneluksu oraz w Wielkiej Brytanii – interwencje domowe terapeutów zajęciowych u podopiecznych są powszechną praktyką. „Dzięki nim terapeuta rozeznaje nie tylko środowisko fizyczne klienta, lecz także jego środowisko społeczne”. Poznając rodzinę i bliskich, terapeuta może zidentyfikować kapitał tkwiący w osobach z najbliższego otoczenia uczestnika terapii” (2018, s. 25). Tymczasem w Polsce terapia zajęciowa odnosi się obecnie przede wszystkim do szeroko rozumianej arteterapii (m.in. sztuk plastycznych, teatru, muzyki, bajkoterapii), a także do ergoterapii i socjoterapii. Słusznie zauważa Edyta Janus, że „brakuje wskazania konkretnych, zalecanych narzędzi diagnostycznych oraz ewaluacyjnych w postaci skal czy kwestionariuszy, co sprzyjałoby ich ujednoliceniu w placówkach stosujących terapię zajęciową” (2018, s. 105). Zastosowanie adekwatnych, wystandaryzowanych narzędzi, pozwalających ocenić możliwości, zasoby oraz trudności uczestnika, mogłoby

pomóc uniknąć nadmiernej powierzchowności i dowolności w planowaniu interwencji terapeutycznej poprzez leczenie zajęciowe. Warto przy tym zwrócić uwagę na samą definicję terapii. Termin ten wywodzi się od greckiego *threrapeuein*, które oznacza „opiekować się kimś”, „leczyć”. Angielskie słowo *therapy* opisuje „postępowanie lecznicze bez użycia środków farmakologicznych lub ingerencji chirurgicznej wobec osób, które nie czują się dobrze pod względem fizycznym lub psychicznym” (Janus, 2016, s. 20). Z kolei termin „zajęcie” oznacza podstawową ludzką potrzebę, która nadaje sens życiu (Reilly, 1962; Trombly, 1995, za: Misiorek i in., 2019, s. 24). Zajęcie (ang. *occupation*) to pojęcie wieloaspektowe i złożone, trudne do jednoznacznego zdefiniowania.

Samo słowo odnosi się do czynności życia codziennego, które ludzie wykonują jako jednostki, jako członkowie rodzin i jako uczestnicy szerszych społeczności po to, aby zagospodarować swój czas oraz nadać swojemu życiu znaczenie. To czynności, które ludzie potrzebują robić, chcą zrobić lub też są zobowiązani, aby je wykonać (Bac, 2016, s. 21).

Światowa Federacja Terapeutów Zajęciowych za istotę terapii zajęciowej uznaje właśnie zajęcie – czynność celową i ważną dla jednostki. Terapia zajęciowa postrzegana jest i traktowana jako dziedzina ochrony zdrowia, której celem jest podniesienie i poprawa zdrowia, dobrostanu oraz satysfakcji życiowej jednostki poprzez jej aktywny udział w różnorodnych zajęciach (Misiorek, 2019). Jak słusznie wskazuje E. Janus (2018), zajęcie nie może ograniczyć się jedynie do formy wypełniania czasu wolnego uczestnika terapii, ale powinno być czynnością celową, ukierunkowaną, dostosowaną do możliwości psychofizycznych, zainteresowań oraz indywidualnych potrzeb osoby uczestniczącej w terapii. W terapii zajęciowej wyróżnia się trzy podstawowe kategorie aktywności: zajęcie związane z samoobsługą (*self-care*), np. mycie się, jedzenie, ubieranie się, czynności higieniczne, przygotowywanie posiłków, przemieszczanie się; zajęcia związane z czasem wolnym (*leisure*), np. uprawianie sportu, nawiązywanie i podtrzymywanie relacji społecznych, rozwijanie hobby oraz zajęcia związane z produktywnością (*productivity*), takie jak praca zawodowa, nauka, prace domowe. Zajęcie spełnia w życiu każdego człowieka istotną rolę w rozwoju, pozwala lepiej poznać własne możliwości, potencjał, umiejętności, a także uświadomić sobie ograniczenia i braki. Ułatwia również uporządkowanie i ustrukturalizowanie rytmu dnia, sprzyja kształtowaniu określonych nawyków, zwiększa poczucie własnej wartości. Anna Misiorek, powołując się na badania Polatajko (1992), Primeau i in. (1990) oraz Meyera (1922, 1977), zauważa, że osoby z zaburzeniami psychicznymi wykazują duże zaangażowanie w dążeniu do wyznaczonych celów,

aktywizują się poprzez zajęcia i nadają swojemu życiu sens (2019, s. 24). Z tego względu terapia zajęciowa, jako forma wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną, odgrywa istotną rolę w ich rozwoju psychofizycznym. Udział w takich zajęciach przyczynia się do zwiększania ich umiejętności adaptacyjnych oraz wpływa na poziom samodzielności. Jak trafnie zauważa (Verdon-schot i in., 2009, za: Janus, 2019):

Każdy człowiek potrzebuje zajęcia, niezależnie od stopnia niepełnosprawności, płci, rasy, kultury. Założenie to dotyczy również osób z niepełnosprawnością intelektualną. Osoby te, mimo różnego stopnia ograniczeń poznawczych czy trudności natury behawioralnej z powodzeniem mogą i powinny uczestniczyć w realizowaniu istotnych dla nich zajęć indywidualnych oraz szeregu działań wspólnotowych. Warunkiem jest zwykle okazanie im odpowiedniego wsparcia (Janus, 2019, s. 64).

Istotne pojęcia w terapii zajęciowej w perspektywie osób z niepełnosprawnością intelektualną

Definiując terapię zajęciową w kontekście wieloaspektowego rozwoju dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną, jej rozumienie i istotę należy opierać się na trzech kluczowych pojęciach: umożliwienie (*enablement*), uczestnictwo w zajęciach (*occupational participation*), upełnomocnienie (*empowerment*). Kategorie te stanowią fundament terapii zajęciowej i pozwalają precyzyjnie określić charakter interwencji terapeutycznej podejmowanej wobec tej grupy osób. Zrozumienie tych pojęć teoretycznych i ich znaczenia w kontekście prowadzenia terapii zajęciowej przekłada się bezpośrednio na podejmowanie działań terapeutycznych o charakterze aktywizująco-wspierającym. Zwraca na to uwagę A. Smrokowska-Reichmen, pisząc:

Umiejętność transferu ideowych podstaw terapii zajęciowej na konkretną praktykę pracy terapeutycznej jest szczególnie istotna w odniesieniu do uczestników terapii, jakimi są osoby z niepełnosprawnością intelektualną (2018, s. 221).

Wymienione kategorie – umożliwienie, uczestnictwo w zajęciach, upełnomocnienie stanowią istotne elementy szerszego kontekstu wsparcia społecznego dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Dlatego ich uwzględnienie w procesie planowania terapii zajęciowej ma kluczowe znaczenie, ponieważ pozwala wzmocnić rozwój samodzielności oraz niezależności uczestników, a tym samym przyczynia się do poprawy jakości ich życia.

Umożliwienie

Terapia zajęciowa umożliwia rozwój uczestnika poprzez jego aktywny udział w zajęciach, które wzmacniają samodzielność, pobudzają kreatywność, wspierają proces upelnomocnienia, wyzwalają wewnętrzny potencjał. Stwarza każdej osobie szansę wykonywania czynności zgodnych z jej możliwościami oraz osobistymi predyspozycjami, co wpływa na poprawę zdrowia i poczucie satysfakcji. Zaangażowanie się w określone czynności sprzyja również włączeniu jednostki w życie społeczne.

Enablement jest opisywane jako proces, w trakcie którego terapeuta zajęciowy dostarcza pacjentowi/klientowi możliwości środków do tego, aby wykonywać zajęcia, które ten chce wykonywać, które musi wykonać lub których się od niego oczekuje. Wykonywanie owych zajęć przyczynia się do wzmacniania osoby, zwiększa jej poczucie własnej wartości, przyczynia do budowania tożsamości, odnajdywania sensu i celu w życiu, a w szerszej perspektywie jest przyczynkiem do budowania sprawiedliwości społecznej i społeczeństwa włączającego (Misiorek, 2019, s. 25).

Pojęcie umożliwienia (*enablement*) znajduje swój wyraz w koncepcji w sprawiedliwości zajęciowej (*occupational justice*), przedstawionej w stanowisku Światowej Federacji Terapeutów Zajęciowych, które odwołuje się do karty praw człowieka i zawiera m.in. następujące stwierdzenia:

- Człowiek ma prawo uczestniczyć w różnych zajęciach, które umożliwiają mu rozwój, dają poczucie spełnienia i satysfakcję, są zgodne z jego wierzeniami w obrębie kultury.
- Każdy człowiek ma prawo sam o sobie decydować, dokonywać wyborów, bez presji, bez użycia siły, przymusu uczestniczenia w zajęciach, które mogą zagrażać zdrowiu lub życiu, są poniżające lub nielegalne (Misiorek i in., 2019, s. 32).

Wyżej wymienione prawa w odniesieniu do sprawiedliwości zajęciowej znajdują szczególne zastosowanie w terapii zajęciowej osób z niepełnosprawnością intelektualną. Ich praktyczne wdrożenie w działaniach terapeutycznych przyczynia się do przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu tej grupy.

Uczestnictwo w zajęciach

Umożliwienie uczestnictwa i zapewnienie sprawiedliwego dostępu do zajęć czyni osoby z niepełnosprawnością pełnoprawnymi członkami wspólnoty, w której żyją. Dzięki udziałowi w zajęciach mogą one rozwijać swoje umiejętności, co pozwala im na aktywny i satysfakcjonujący udział w życiu społecznym. Celowe i adekwatne do indywidualnych możliwości zaangażowanie

w zajęcie wspiera rozwój, podmiotowość oraz samodzielność osób z niepełnosprawnością intelektualną. Pozbawienie tej grupy możliwości uczestniczenia w koniecznych zajęciach lub uniemożliwienie im tego z powodu różnych czynników – takich jak brak dostępności komunikacyjnej (np. brak środka transportu do ośrodka na terapię zajęciową), nieobecność placówek w miejscu zamieszkania lub ich niewystarczająca liczba czy ograniczone zasoby w zakresie wsparcia społecznego – może prowadzić do pogorszenia funkcjonowania psychospołecznego, a także narażać osoby z niepełnosprawnością intelektualną na depryzację zajęciową (*occupational deprivation*). Deprywacja zajęciowa to „brak możliwości uczestniczenia w koniecznych czy ważnych zajęciach z powodu zewnętrznych restrykcji, które mają negatywne skutki dla zdrowia” (Whiteford, 2000, za: Misiorek, 2019, s. 30). Należy podkreślić, że

sprawiedliwy dostęp do różnego rodzaju zajęć ograniczony jest przez stereotypy i brak wiedzy dotyczącej specyfiki funkcjonowania osób z tym rodzajem niepełnosprawności – aby je niwelować, konieczne jest podejmowanie odpowiednich działań antydyskryminacyjnych oraz edukacyjnych, odczarowujących niezasadne przekonania. Każdy człowiek ma prawo do wykonywania zajęcia (Janus, 2018, s. 64).

Dlatego też, aby zapobiec tzw. deprywacji zajęciowej, należy umożliwić osobie z niepełnosprawnością intelektualną pełne uczestnictwo w wykonywaniu codziennych czynności, dostosowanych do jej poziomu funkcjonowania poznawczego, zainteresowań i potrzeb.

Jednym z kluczowych pojęć w terapii zajęciowej jest uczestnictwo w zajęciach (*occupational participation*), obejmujące przede wszystkim wykonywanie codziennych czynności z zakresu samoobsługi (*self-care*), takich jak: higiena osobista, jedzenie, ubieranie, a także aktywności związane z produktywnością (*productivity*) i czasem wolnym (*leisure*). Uczestnictwo w zajęciach umożliwia rozwój w różnorodnych umiejętnościach istotnych dla skutecznego wsparcia dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Osoby uczęszczające na zajęcia terapeutyczne w dziennych ośrodkach wsparcia – takich jak Środowiskowe Domy Samopomocy, Warsztaty Terapii Zajęciowej – określa się mianem uczestników zajęć terapeutycznych. W ten sposób określenie „uczestnik”, w przeciwieństwie do terminu „podopieczny”, podkreśla charakter oraz aktywną rolę osoby z niepełnosprawnością intelektualną w jej własnym procesie rozwoju. Nie jest ona biernym odbiorcą opieki, lecz zaangażowanym podmiotem terapii zajęciowej – podejmującym współpracę, dokonującym wyborów i współdziałającym z innymi w procesie terapeutycznym.

Podejście skoncentrowane na osobie

Uczestnictwo osoby z niepełnosprawnością intelektualną opiera się na prawidłowych relacjach między uczestnikiem a terapeutą, które warunkują jakość i skuteczność procesu terapii zajęciowej. Relacja terapeutyczna stanowi jeden z podstawowych elementów koncepcji praktyki zorientowanej na klienta (*client-centred practice*) Carla Rogersa. Podejście to znajduje szerokie zastosowanie w terapii zajęciowej, stanowiąc istotne ramy odniesienia dla jej praktyki (*frame of reference*) (Janus, 2016, s. 32). Natomiast według Światowej Federacji Terapeutów Zajęciowych (WFOT) terapia zajęciowa opiera się na podejściu skoncentrowanym na kliencie Carla Rogersa, które zakłada zaangażowanie osoby jako partnera w całym procesie terapeutycznym (WFOT, 2015). Warto zaznaczyć, że w kontekście terapii zajęciowej, określenie „klient” w koncepcji *client-centred therapy* (CCT – terapia skoncentrowana na kliencie) autorstwa Carla Rogersa zostało zastąpione terminem „osoba”, czyli terapia skoncentrowana na osobie (*person-centred therapy*). Termin „osoba” w tym ujęciu ma szczególne znaczenie – odnosi się do aktywności i czynnego udziału w procesie terapii. Ponadto użycie słowa „osoba” podkreśla podmiotowość uczestnika zajęć, wyraża szczególną wartość istoty ludzkiej, realizującą się poprzez zaangażowane uczestnictwo w zajęciach. Podstawą pracy terapeuty w podejściu skoncentrowanym na osobie jest partnerstwo oparte na zaufaniu, co pozwala uczestnikowi terapii wzmacniać swoje możliwości i zasoby. Terapeuta nie narzuca rozwiązań, lecz podąża za uczestnikiem zajęć, jest *following traveler* (Yalom, 2003), który wspiera, stwarza przestrzeń do rozwoju i sprzyja zmianie.

Specjalista nie narzuca swojej wizji terapii, lecz wspólnie z uczestnikiem procesu terapii ustala i negocjuje cele. Obie strony zatem ponoszą odpowiedzialność za powodzenie leczenia. Niezwykle ważnym elementem procesu jest poznanie potrzeb pacjenta i zaangażowanie go w realizowane działania (Bac, 2016, s. 24).

Kolejnym znaczącym aspektem w koncepcji Rogersa jest proces zmiany, jakiej doświadcza osoba uczestnicząca w terapii – zmiany, która dokonuje się w ramach relacji terapeutycznej. Na skuteczność tego procesu wpływają trzy kluczowe postawy terapeuty: empatia, autentyczność oraz bezwarunkowa, pozytywna akceptacja uczestnika zajęć. Szczególnie empatia jako podstawowa umiejętność terapeuty, umożliwia poznanie wewnętrznych przeżyć osoby uczestniczącej w terapii zajęciowej. Zrozumienie przez terapeuta zajęciowego sposobu postrzegania świata przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną, zwłaszcza ich trudności i ograniczeń, stanowi początek tej zmiany. Próba spojrzenia na sytuację uczestnika terapii z jego własnej perspektywy

pozwala terapeutom lepiej zrozumieć, co jest dla tej osoby najważniejsze oraz czego oczekuje od procesu terapeutycznego. Umiejętność empatii, szczególnie w pracy z osobą z niepełnosprawnością intelektualną pełni szczególną rolę, umożliwia bowiem stworzenie atmosfery zaufania i bezpieczeństwa (por. Bac, 2016, s. 24). Dzięki takiej relacji osoba z niepełnosprawnością może na nowo odkrywać siebie, co prowadzi do realizacji zasadniczego celu terapii skoncentrowanej na osobie, czyli „wydobycia potencjału osoby na drodze do zmiany koncepcji własnego Ja, zaakceptowania siebie i podniesienia swojej wartości” (Janus, 2016, s. 30). Jak słusznie zauważa E. Janus, „rozumienie przeżyć klienta stanowi element uzdrawiający, ponieważ wyzwala osobę i przywraca ją jej samej oraz społeczności” (2016, s. 30–31). Jednym z najważniejszych zadań wsparcia społecznego osób z niepełnosprawnością intelektualną jest pomoc w odnalezieniu siebie jako pełnoprawnego członka wspólnoty, w której żyją, oraz w optymalnym i aktywnym włączeniu się w nurt życia społecznego. Kolejnym istotnym elementem pozytywnej relacji terapeutycznej jest autentyczność. Carl Rogers wskazywał, że jedynie terapeuta prawdziwy i otwarty, nieukrywający się za maską specjalisty, jest w stanie nawiązać autentyczne relacje terapeutyczne oparte na wzajemnym szacunku: „Tylko dojrzały, prawdziwy i samoaktualizujący się człowiek jest tym, któremu można zaufać, godnym bycia zaufanym towarzyszem osoby w podróży przez jej wewnętrzny świat” (Janus, 2016, s. 31).

Ważna w procesie budowania relacji terapeutycznej jest również bezwarunkowa akceptacja uczestnika zajęć. Oznacza ona wyrozumiałość, nieocenianie podejście do przeżyć i postaw osoby biorącej udział w terapii zajęciowej. Dzięki temu uczestnik wzmacnia poczucie własnej wartości i rozwija swój wewnętrzny potencjał (por. Bac, 2016, s. 24; Janus, 2016, s. 30). Dla osoby z niepełnosprawnością intelektualną akceptacja ze strony terapeuty ma szczególne znaczenie – zmniejsza lęk przed podejmowaniem nowych wyzwań, które pojawiają się w terapii zajęciowej. Akceptacja ze strony terapeuty nie tylko wspiera proces pokonywania trudności, lecz także motywuje do wytrwałości w realizacji programu terapii zajęciowej, nawet w obliczu niepowodzeń.

Zindywidualizowane podejście Carla Rogersa skoncentrowane na konkretnej osobie obejmuje kluczowe dla każdego człowieka wymiary: autonomię, wybór, partnerstwo, odpowiedzialność, umożliwienie, dostępność, poszanowanie różnorodności. Uczestnik terapii ma prawo dokonywać wyborów i realnie wpływać na przebieg terapii, kierując się własnymi wartościami. Wskazuje, co jest dla niego najważniejsze, ponieważ jest aktywnym i zaangażowanym podmiotem procesu terapeutycznego, dążącym do zmiany swojej trudnej sytuacji. W porozumieniu z terapeutą proponuje rozwiązania

i współuczestniczy w ustalaniu kierunku oraz celów terapii. Możliwość dokonywania wyborów, związanych z realizacją istotnych dla siebie celów sprawia, że osoba z niepełnosprawnością intelektualną staje się równorzędnym partnerem w procesie terapeutycznym. Udział w zaplanowanych działaniach jako podmiot terapii umożliwia jej nie tylko wpływ na przebieg samego procesu, lecz także realne kształtowanie własnego życia.

Upęłnomocnienie

Idea *empowerment* (upełnomocnienia) stanowi kolejną istotną kategorię w kontekście aktywnego uczestnictwa osoby z niepełnosprawnością intelektualną w codziennych czynnościach, wpisującą się mocno w relacyjne podejście skoncentrowane na osobie. Pojęcie to narodziło się w Stanach Zjednoczonych w latach 80. XX w., w ramach tzw. *settlement movement* – ruchu osiedleńczego, którego celem było przeciwdziałanie ubóstwu poprzez wprowadzanie rozwiązań systemowych. Ruch ten skupiał się na wszechstronnym wspieraniu osób ubogich, m.in. poprzez edukację, poradnictwo prawne czy organizowanie dodatkowych zajęć. Jego działania stworzyły fundament pod rozwój nowoczesnej pracy socjalnej w Stanach Zjednoczonych, a idee szybko zostały rozpowszechnione na całym świecie. Jak zauważa J. Jarczyńska, odwołując się do analizy semantycznej przeprowadzonej przez Ryszarda Szarferberga, trzon terminu *empowerment* stanowi słowo *power*, które można tłumaczyć jako: moc, siła, energia, zdolność. Natomiast przedrostek *em-* wskazuje na proces zmiany, który nadaje władzę, siłę i sprawczość. W języku polskim odpowiednikiem angielskiego przedrostka *em-* jest przedrostek *u-*, występujący w takich słowach jak: upełnomocnienie, upodmiotowienie, uwłasnowolnienie. Dlatego też *empowerment* częściej tłumaczony jest jako „wzmocnienie” (Jarczyńska, 2017, s. 125). W tym ujęciu oznacza on „proces upodmiotowienia, podczas którego jednostki, grupy, organizacje i społeczności zwiększają ponownie i kontrolę nad własnym życiem oraz stają się aktywnymi uczestnikami życia społecznego” (<http://www.osl.org.pl/slowniczekosl/>, dostęp: 15.11.2021).

Idea *empowerment* przeciwstawia się bierności i poczuciu bezsilności. Jej celem jest wzbudzenie energii i aktywności osoby, która znalazła się w trudnej sytuacji życiowej. W perspektywie tej koncepcji osoba z niepełnosprawnością intelektualną, poprzez aktywne uczestnictwo w terapii, odkrywa w sobie zasoby rozwojowe i wewnętrzny potencjał. Przecistawiając się własnej bezradności, dzięki udziałowi w zajęciach terapeutycznych stopniowo przełamuje swoje bariery lęku i wycofania, odzyskując sprawczość i kontrolę nad własnym życiem. *Empowerment* „należy zatem rozumieć jako umocnienie i wzmocnienie

nie uczestnika terapii poprzez odnajdowanie i wspieranie jego kompetencji i zasobów” (Janus, 2018, s. 228). *Empowerment* w kontekście realizowania różnorodnych form terapii zajęciowej skierowanych do osób z niepełnosprawnością intelektualną pełni szczególną rolę. Jego celem jest odkrywanie mocnych stron uczestników, wydobywanie ich potencjału oraz wzmacnianie posiadanych kompetencji. Kluczowym zadaniem tego podejścia jest wspieranie rozwoju takich umiejętności, które umożliwiają osobie z niepełnosprawnością intelektualną możliwie najbardziej samodzielne i adekwatne funkcjonowanie w środowisku społecznym. Dlatego też realizacja terapii zajęciowej w podmiotach służby zdrowia, pomocy społecznej, instytucjach edukacyjnych powinna koncentrować się przede wszystkim na upodmiotawianiu, wzmacnianiu oraz upęłnomocnianiu osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Dzięki temu możliwy staje się jej wszechstronny rozwój, zmierzający do samodzielności, na miarę własnych możliwości psychofizycznych.

Wymiar indywidualny wiąże się z podejmowanymi przez jednostkę działaniami, których celem jest rozwijanie jej umiejętności, kompetencji i możliwości psychofizycznych. Obejmuje także zdobywanie wiedzy oraz kształtowanie zdolności niezbędnych do przezwyciężania trudnej sytuacji życiowej. Aspekt ten, nazywany również psychologicznym, określany jest jako

wewnętrzna motywacja jednostki, która obejmuje cztery wymiary: nadanie osobistego znaczenia wykonywanej pracy (*meaning*), znajomość własnych kompetencji (*competence*), przekonanie o możliwości dokonywania proaktywnych wyborów (*self-determination*) i przekonanie o wartości pracy własnej (Krawczyk, 2012, s. 313, za: Baryłka, 2012, s. 313–330; Jarczyńska, 2017, s. 126).

Uczestnictwo w terapii zajęciowej, rozpatrywane w perspektywie indywidualnej według założeń *empowermentu*, ma istotne znaczenie dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zaangażowanie uczestnika w podnoszenie umiejętności związanych z codziennym funkcjonowaniem – takich jak samoobsługa, produktywność czy organizacja czasu wolnego – poprzez nadanie tym czynnościom osobistego znaczenia, uświadomienie sobie własnych kompetencji oraz przekonanie o możliwości dokonywania samodzielnych wyborów, pozwalają osobie z niepełnosprawnością intelektualną na odzyskanie kontroli nad własnym życiem, co odpowiada wartościom bliskim koncepcji podejścia skoncentrowanego na osobie. Co więcej, działania te nie tylko przyczyniają się do poprawy jakości wykonywanych codziennych czynności, lecz przede wszystkim wpływają pozytywnie na samopoczucie i ogólny stan zdrowia osoby z niepełnosprawnością intelektualną (Christiansen i Baum, 2005). *Empowerment* „umożliwia bowiem także odbiorcy z niepełnosprawnością

intelektualną rozpoznanie swoich mocnych punktów, posiadanych umiejętności i zdolności” (Janus, 2018, s. 229). Upodmiotowienie osoby z niepełnosprawnością intelektualną poprzez jej udział w zajęciach rozwijających kompetencje w zakresie umiejętności życia codziennego sprzyja pełniejszemu uczestnictwu w życiu społecznym. Pozwala „osobie z niepełnosprawnością intelektualną wy dostać się z postawy wyuczony bezradności, spowodowanej niewłaściwym nastawieniem otoczenia (np. opieka totalna)” (Janus, 2018, s. 229). Edyta Janus pisze, że proces empowermentu odbywa się w trzech sferach – emocjonalnej, społecznej i poznawczej, prowadząc w każdej z nich do wydobywania wcześniej ukrytych potencjałów, które mogą przyczynić do realnej zmiany w życiu jednostki. Podkreśla, że

proces empowermentu przebiega w trzech następujących etapach:

1. Uwolnienie potencjału,
2. Wzrost kompetencji,
3. Poprawa świadomości.

Każdy z tych etapów jest możliwy do osiągnięcia również w sytuacji niepełnosprawności intelektualnej. Zmiany będą przebiegały prawdopodobnie w innej, specyficznej skali, jednak będą miały miejsce. *Empowerment* umożliwia bowiem także odbiorcy z niepełnosprawnością intelektualną rozpoznanie swoich mocnych punktów, posiadanych umiejętności i zdolności (Janus, 2018, s. 228–229).

Realizacja i wdrażanie idei upelnomocnienia jako istotnego elementu wsparcia społecznego poprzez aktywność zajęciową osób z niepełnosprawnością intelektualną stanowi jeden z kluczowych celów procesu terapeutycznego.

Podsumowanie

Uwzględnienie takich kategorii, jak umożliwienie, uczestnictwo, upelnomocnienie oraz terapia skoncentrowana na osobie, ma istotne znaczenie dla rozwoju samodzielności osób z niepełnosprawnością intelektualną w ramach terapii zajęciowej. Wzmocnienie tej samodzielności sprawia, że osoby te – na miarę swoich możliwości – angażują się w codzienne obowiązki i aktywności. Dlatego też odpowiednio zaplanowane i celowe działania terapeutyczne, oparte na wymienionych założeniach, umożliwiają osobom z niepełnosprawnością intelektualną prowadzenie satysfakcjonującego życia pomimo istniejących ograniczeń.

BIBLIOGRAFIA

- Bac, A. (2016). *Terapia zajęciowa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
 Bac, A. (2023). *Terapia zajęciowa. Kompendium*. Wydawnictwo PZWL.
 Dega, W. i Milanowska K. (1998). *Rehabilitacja medyczna*. Wydawnictwo PZWL.

- Chrzanowska, I. (2021). *Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Halicka, M., Halicki, J. i Czykier, K. (2016). *Niepełnosprawność – poznać, przeżyć, zrozumieć*. Wydawnictwo UwB.
- Janus, E. (2016). *Psychologia w pracy terapeuty zajęciowego*. Wydawnictwo Difin.
- Janus, E. (2018). *Terapeuci zajęciowi w Polsce*. Wydawnictwo Difin.
- Janus, E. (2019). *Terapia zajęciowa osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Wydawnictwo PZWL.
- Janus, E. (2023). *Terapia zajęciowa. Praktycy – praktykom*. Wydawnictwo Difin.
- Kawula, S. (2009). *Pedagogika społeczna*. Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kijak, R., Podgórska-Jachnik D. i Stec K. (2020). *Niepełnosprawność. Wyzwania. Praca Socjalna*. Wydawnictwo Difin.
- Misiorek, A., Janus, E., Kuśnierz, M. i Bugaj, R. (2019). *Współczesna terapia zajęciowa. Od teorii do praktyki*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Yalom, I.D. (2003). *Dar terapii. List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów*. Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Zasępa, E. (2016). *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną a procesy poznawcze*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Zaorska, M. (2015). *Niepełnosprawność sprzężona – wybrane zagadnienia teorii i praktyki pedagogicznej*. Wydawnictwo UWM.
- Zawiślak, A. (2011). *Jakość życia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną*. Wydawnictwo Delfin S.A.

SUMMARY

Occupational Therapy in the Perspective of the Development of Adults with Intellectual Disabilities – Enablement, Occupational Participation, Empowerment, and Person-centred Therapy.

The article presents a brief introduction to the history of occupational therapy in treatment and improving the quality of life of people with various health problems. Forms of occupational therapy that are appropriately used to stimulate the development of the areas of self-service, leisure time and productivity of a person with a disability have been listed. Particular attention is paid to the issue of strengthening the independence of people with intellectual disabilities in the aspect of occupational therapy in the following categories: enablement, participation, empowerment and person-centred therapy.

KEY WORDS: occupational therapy, person with intellectual disability, enablement, empowerment, person-centred therapy, independent functioning