



**O ROZWOJU TOŻSAMOŚCI
I JEGO WSPOMAGANIU U DZIECI
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

**Władysława Pilecka
Uniwersytet Jagielloński**

TOŻSAMOŚĆ – JAK MOŻNA JĄ ROZUMIEĆ

Tożsamość to świadomość i identyfikacja własnej osoby

- W wymiarze indywidualnym: poczucie odrębności i niepowtarzalności oraz poczucie spójności w czasie i przestrzeni
- W wymiarze społecznym: identyfikacja z wybraną grupą społeczną, status społeczny
- Krytyczny okres rozwoju: **DORASTANIE**

(Słownik Psychologii, 2005)



TOŻSAMOŚĆ TO TRZECI POZIOM ROZWOJU OSOBOWOŚCI

Trzy poziomy w rozwoju osobowości:

- Poziom cech: temperament i wymiary osobowości**
- Poziom charakterystycznego stylu adaptacji: potrzeby, cele, wartości i strategie radzenia sobie**
- Poziom osobistej narracji i tożsamości**

(Oleś, 2002)




DORASTANIE

Najważniejsze zadania:

- **Ukształtowanie dojrzałej i pozytywnej tożsamości**
- **Ustalenie właściwych relacji między Ja realnym a Ja idealnym**
- **Ukształtowanie adekwatnego ja fizycznego**



TOŻSAMOŚĆ DOJRZAŁA I POZYTYWNA

- Traktowanie trudów i ograniczeń jako wyzwań i zadań**
 - Pozostawanie we wspólnotowej bliskości z innymi**
 - Otwarcie na nowe doświadczenia i świat**
 - Poczucie własnej wartości i godności**
 - Odpowiedzialność za siebie i innych**
 - Poczucie bycia podmiotem własnego życia**
 - Klaryfikacja systemu wartości i celów życiowych**
 - Samoświadomość mocnych i słabych stron**
- 

JA REALNE I JA IDEALNE

- Sytuacja optymalna: Ja realne umiarkowanie podwyższone, a Ja idealne wyższe, ale w takim stopniu że może być zrealizowane**
- Nadmierna rozbieżność prowadzi do poczucia niższości, stanów depresyjnych, uruchamia neurotyczne mechanizmy obronne, kształtuje minimalistyczną postawę wobec wymagań**
- Zbyt mała rozbieżność rozwija samozadowolenie, poczucie wyższości i postawy roszczeniowe**



JA FIZYCZNE

- **Właściwie ukształtowane „ja fizyczne” (atrakcyjność fizyczna i sprawność motoryczna) w tym okresie wyznacza rozwój pozostałych wymiarów struktury ja, poczucie spójności i ciągłości oraz zdrowie**
- **Akceptacja własnego wyglądu fizycznego i troska o własną atrakcyjność fizyczną**



NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

- ❖ **Niepełnosprawność stanowi predyspozycję do tworzenia sytuacji problemowych, niekiedy granicznych - nagłe nabycie niepełnosprawności.**
- ❖ **Po uświadomieniu sobie faktu, iż niepełnosprawność jest stanem nieodwracalnym, którego nie można cofnąć ani się go pozbyć, osoba może podjąć jedynie dwa możliwe rozwiązania:**
 - ❑ **odrzucić i odsuwać od siebie sytuację, w jakiej się znalazła, lub też**
 - ❑ **podjąć próbę godnej egzystencji z pełną świadomością własnej ograniczoności.**



OSOLOWOŚĆ A NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Analiza literatury i rezultaty zespołu:

- **Zasoby osobowe** (optymizm, prężność, spostrzegane: autonomia, osiągnięcia i zdolności, zaangażowanie, cel i sens) w największym stopniu (53%) wyjaśniały osiągnięcie dobrostanu subiektywnego przez osoby z niepełnosprawnością, podczas gdy jej stopień ciężkości tylko w 8 %
- Najczęściej **jedna trzecia** badanych osób doświadczających niepełnosprawności osiąga pełnię rozwoju osobowego, **jedna trzecia** zmierza ku niej, a **jedna trzecia** ma wyraźne problemy i wymaga pomocy psychoterapeutycznej, a nawet medycznej



TOŻSAMOŚĆ A NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Tożsamość młodzieży z niepełnosprawnością często jest słabo ukształtowana:

- nieokreślona, poczucie nieadekwatności,**
- niewłaściwie relacje między Ja realnym i Ja idealnym – zbyt duża lub zbyt mała rozbieżność,**
- dynamika rozwoju niewielka, słabo ukształtowane ja fizyczne i obraz własnego ciała, doświadczanie nudy i frustracji**



TOŻSAMOŚĆ AFIRMUJĄCA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ / TOŻSAMOŚĆ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (DISABILITY IDENTITY)

- Osoba z niepełnosprawnością musi włączyć swoją niepełnosprawność do swojego Ja (*self-concept*) - wielowymiarowego konstrukt, obejmującego: **samoocenę**, **tożsamość grupową** i **samoskuteczność**
- **Dzieci z przewlekłymi chorobami i dysfunkcjami kształtują słabsze Ja w porównaniu z danymi normatywnymi i grupami zdrowych rówieśników**

(Ferro, Boyle, 2013)



TOŻSAMOŚĆ AFIRMUJĄCA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ/TOŻSAMOŚĆ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (DISABILITY IDENTITY)

- Włączenie niepełnosprawności do struktury Ja modyfikuje jej składowe:
 - **samoskuteczność w niepełnosprawności (*disability self-efficacy*)** – przekonanie jednostki, że pomimo wymagań i ograniczeń wynikających z niepełnosprawności może osiągać wartościowe dla siebie cele: *określa ich rodzaje, sposób i czas realizacji, odczuwa satysfakcję po ich osiągnięciu*
 - **poczucie tożsamości z niepełnosprawnością (*sense of disability identity*)** - poczucie przynależności do swojej grupy (identyfikacji ze swoją grupą)
 - **samoocena staje się adekwatna i stabilna**

(Bogart, 2014)



TOŻSAMOŚĆ AFIRMUJĄCA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ/TOŻSAMOŚĆ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (DISABILITY IDENTITY)

- **Cechy tożsamości z niepełnosprawnością:**
 - **Poczucie solidarności i przynależności do innych z niepełnosprawnościami**
 - **Poczucie dumy z realizacji siebie jako osoby z niepełnosprawnością**
 - **Aktywność**
 - **Znajdywanie (odkrywanie) wartości, znaczenia i pozytywnych aspektów (dobra) w doświadczaniu niepełnosprawności**

(Darling, 2013; Dunn, Burcaw, 2013)



TOŻSAMOŚĆ AFIRMUJĄCA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ/TOŻSAMOŚĆ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ (DISABILITY IDENTITY)

- **Dwa mechanizmy kształtowania się tożsamości z niepełnosprawnością z perspektywy modelu mniejszości:**
 - osoby z niepełnosprawnością **mogą dążyć do asymilacji z grupą większościową** poprzez zaprzeczanie własnej niepełnosprawności, dystansowanie się od grupy mniejszościowej, osiąganie standardów normalności, nadzieję odzyskania sprawności, mają poczucie wstydu z powodu własnej niepełnosprawności
 - osoby z niepełnosprawnością **mogą dążyć do swojej grupy**, afirmować własną tożsamość z niepełnosprawnością odrzucając stygmatyzację grupy większościowej, reinterpretując stygmatyzujące charakterystyki w pozytywny sposób, rozwijając poczucie godności i dumy



W DRODZE KU DOJRZAŁEJ I POZYTYWNEJ TOŻSAMOŚCI

○ DORASTANIE

KSZTAŁTOWANIE TOŻSAMOŚCI

AFIRMUJĄCEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

○ ŚREDNIE I PÓŹNE DZIECIŃSTWO

BUDOWANIE ODPORNOŚCI PSYCHICZNEJ

○ WCZESNE DZIECIŃSTWO

*WSPIERANIE RODZICÓW W BUDOWANIU
BEZPIECZNEGO PRZYWIĄZANIA*



PRZYWIĄZANIE

- Przywiązanie jest definiowane w różny sposób, ale we wszystkich definicjach podkreśla się, że stanowi ono istotną składową lub niezbędną podstawę prawidłowego rozwoju człowieka



DEFINICJE

- ❖ **Bowlby (1977) - przywiązanie to trwała i silna więź z konkretną (znaczącą) osobą**
- ❖ **Ainsworth (1979) – przywiązanie dziecka do figury matki stanowi istotną część podstawowego planu rozwoju człowieka jako gatunku**
- ❖ **Papalia i zespół (1999) - przywiązanie to wzajemna, trwała więź dziecka i opiekuna, której jakość zależy od każdego z nich**



PRZYWIĄZANIE A NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

- ❖ **Bycie rodzicem dziecka z niepełnosprawnością może być źródłem doświadczeń stresujących i nadmiernie obciążających**
- ❖ **Rodzice dzieci ze specjalnymi potrzebami często doświadczają takich emocji i uczuć jak: szok, trauma, zaprzeczanie, bezwład, przygnębienie, poczucie winy, krzywdy, wstydu i odpowiedzialności, gniew itp.. , które zmieniają (wzmacniają lub osłabiają) ich rodzicielską wrażliwość**



PRZYWIĄZANIE A NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

- ❖ **Wzrost zadań opiekuńczych i niemożność pełnego uczestnictwa dziecka w interakcji z matką nasilają jej stres, który zwrótnie utrudnia kształtowanie się ufego przywiązania**
- ❖ **Dzieci z niepełnosprawnością mogą zachowywać się odmiennie niż pełnosprawni rówieśnicy w sytuacjach diagnostycznych, na przykład w próbie obcej sytuacji**
- ❖ **Dzieci z problemami rozwojowymi są mniej satysfakcjonującymi partnerami dla rodziców, co osłabi ich dążenie do wzajemnej bliskości**



PRZYWIĄZANIE A NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

- ❖ **Rodzaj, stopień i zakres niepełnosprawności mogą stanowić czynniki ryzyka w budowaniu bezpiecznego przywiązania**
- ❖ **Dzieci z deformacjami twarzy, dysfunkcjami sensorycznymi są częściej ignorowane przez swoje matki**
- ❖ **Dzieci z głębszym stopniem niepełnosprawności częściej ujawniają atypowy wzorzec przywiązania z powodu opóźnień w rozwoju: przywiązaniowych zachowań, języka i umiejętności społecznych**

(Huebner, Thomas, 1995; Malekpour , 2007)



IMPLIKACJE DLA PRAKTYKI REHABILITACYJNEJ

○ Pomoc rodzinie – wczesne wspomaganie rozwoju dziecka

Najbardziej skuteczne programy to:

- Skoncentrowane na wzmacnianiu wrażliwości matki**
- Odbywają się z udziałem ojców**
- Rozpoczynają się przez dziecko powyżej 6 m. ż.**
- Interakcje matka-dziecko są filmowane, a następnie analizowane**
- Programy: Parent-Child Interaction Therapy i Circle of Security**

(Twardowski, 2012)



ODPORNOŚĆ PSYCHICZNA

Wyniki współczesnych badań dowodzą, że większość dzieci z przewlekłymi chorobami i dysfunkcjami somatycznymi funkcjonuje tak dobrze jak ich zdrowi rówieśnicy, a niekiedy nawet lepiej (Barakat, Pulgaron, Daniel, 2009).

Noll i Kapust (2007) uważają, że konstruktem teoretycznym, który dobrze wyjaśnia dlaczego i jak dzieci z rozpoznaniem chorób przewlekłych osiągają pozytywną adaptację psychospołeczną jest

RESILENCE – ODPORNOŚĆ PSYCHICZNA



ROZUMIENIE **ODPORNOŚCI PSYCHICZNEJ**

- **Odporność psychiczna to kompetencja jednostek do utrzymania lub wzmocnienia zdrowia psychicznego w obliczu poważnych przeciwności losu lub w sytuacjach wzmożonego ryzyka. To interaktywny, dynamiczny konstrukt, który obejmuje czynniki ochronne i pozytywną adaptację w niekorzystnych warunkach życia**

(D. Stewart, T. Yuen, 2011, s. 199)



ROZUMIENIE **ODPORNOŚCI PSYCHICZNEJ**

Odporność psychiczna obejmuje 3 rodzaje komponentów:

- **Intrapersonalne: pozytywny obraz siebie, poczucie pewności siebie, optymizm**
- **Radzenie sobie: asertywność, wytrwałość /*endurance*/, zaradność, niezależność, plastyczność, odpowiedzialność**
- **Interpersonalne: intymność, wrażliwość, takt w kontaktach społecznych, umiejętność współpracy**

(D.H. Kim, I.Y. Yoo 2010)



ODPORNOŚĆ PSYCHICZNA A

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

- **Dlaczego potrzebna?** Stała konieczność uczenia się, przystosowania się i radzenia sobie z:
 - niepełnosprawnością
 - zmianami w osobistym funkcjonowaniu
 - negatywnymi przeżyciami
 - środowiskowymi i społecznymi barierami
 - uczuciami straty i udaremnienia
 - doświadczeniami stygmatyzacji, odrzucenia i dyskryminacji
 - brakiem wystarczającej dostępności profesjonalnej pomocy



ODPORNOŚĆ PSYCHICZNA –

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

○ Jak pomóc? – interwencje wspomagające rozwój odporności psychicznej

1. **Edith Grotberg, *Zwiększanie odporności psychicznej - wzmacnianie sił duchowych*, Warszawa 2000, Żak**
(Ja mam, Ja jestem, Ja potrafię)
2. **Susan Stuntzner, Michael T. Hartley, *Resilience, Coping & Disability: The Development of a Resilience Interventions*, VISTAS Online, 2015**
(10 modułów: Odporność psychiczna jako pojęcie, Pozytywna postawa wobec życia, Samoregulacja myśli i uczuć, Osobisty wzrost i transcendencja, Społeczne i rodzinne wsparcie, Nabyte umiejętności)
3. **Klaus Frohlich-Gildhoff K.i zespół, *Pravention and Resilienz-forderung in Kindertageseinrichtungen*, Munchen-Basel, 2012, polska adaptacja: I. Sikorska, *Odporność psychiczna w okresie dzieciństwa*, Kraków, 2016**



KSZTAŁTOWANIE TOŻSAMOŚCI AFIRMUJĄCEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Może przebiegać:

- **w sposób autokreacyjny: kompetentna osoba i kompetentne środowisko**
- **z profesjonalnym wspomaganie -
terapia afirmatywna Rhody Olkin
(2016)**



TERAPIA AFIRMATYWNA

- **Celem terapii jest maksymalizacja funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością oraz jej pełne uczestnictwo w życiu społecznym osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych**
- **Przyjmuje, że niepełnosprawność nie jest sama w sobie patologiczna, ma swoją wartość i znaczenie**
- **Zachęca klientów do rozwoju tożsamości afirmującej własną niepełnosprawność poprzez:**
 - **poszukiwanie mentorów z niepełnosprawnością,**
 - **włączanie się w społeczności niepełnosprawnych,**
 - **przewartościowanie cech stygmatyzujących**



- **Ukształtowanie takiej tożsamości ułatwia:**
 - **samokierowanie**
 - **poszukiwanie wsparcia**
 - **doskonalenie samoskuteczności**
 - **określanie celów życiowych adekwatnie do swoich zasobów i możliwości**

(Olkin, 2008)



DZIĘKUJĘ

