

172

**Annales
Universitatis
Paedagogicae
Cracoviensis**

Studia Paedagogica IV

**Interdyscyplinarne ujęcie procesu
wspierania osób
ze specjalnymi potrzebami**

Rada Naukowa

prof. dr Elwira Galkiene – Wileński Uniwersytet Pedagogiczny, Litwa
prof. dr Ariela Gidron – University of the Negev, Izrael
prof. dr Benjamin Gidron – University of the Negev, Izrael
dr hab. Anna Jakoniuk-Diallo, prof. UAM – Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
dr hab. Barbara Kędzierska, prof. UP – Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie
prof. dr Viktor Lechta – Uniwersytet Trnavski, Słowacja
prof. dr Annette Leonhardt – University of Munich, Niemcy
dr hab. Adam Mikrut, prof. UP – Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie
prof. dr hab. Bożena Muchacka – Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie
doc. Eva Souralova – Uniwersytet Palackiego w Ołomuńcu, Czechy
dr hab. Zofia Szarota, prof. UP – Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Kolegium Recenzentów

dr hab. Józef Binnebesel, prof. UMK – Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
prof. zw. dr hab. Aniela Korzon – Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu
dr hab. Zenon Gajdzica, prof. UŚ – Uniwersytet Śląski w Cieszynie
dr hab. Bernadeta Szczupał, prof. APS – Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
dr hab. Teresa Żółkowska, prof. USz – Uniwersytet Szczeciński

Komitety Redakcyjne

Redaktorzy naczelni: dr hab. inż. Jolanta Zielińska, prof. UP, dr hab. Katarzyna Plutecka
Redaktorzy tomu: dr Ewa Brzdęk, dr Maja Sitarczyk
Sekretarz: dr Elżbieta Lubińska-Kościółek
Redaktor statystyczny: dr Remigiusz Kijak
Recenzenci tomu: dr hab. Józef Binnebesel, prof. UMK, dr hab. Bernadeta Szczupał, prof. APS

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2015

ISSN 2299-2103

Wydawca

Wydawnictwo Naukowe UP

30-084 Kraków, ul. Podchorążych 2

tel. / faks 12-662-63-83, tel. 12-662-67-56

e-mail: wydawnictwo@up.krakow.pl

<http://www.wydawnictwoup.pl>

druk i oprawa Zespół Poligraficzny UP, zam. 36/15

Od Redaktorów

Są dwie trwałe rzeczy, które możemy dać naszym dzieciom. Jedna to korzenie, druga to skrzydła.

Hodding Carter Jr

Podmiotowość osoby ze specjalnymi potrzebami we współczesnym świecie wyznacza różne kierunki wspierania ich rozwoju i zaspokajania potrzeb życia codziennego. Proces wspierania dotyczy wielu aspektów w wymiarze społecznym, instytucjonalnym, jak również na poziomie bezpośrednich kontaktów międzyludzkich.

Ze względu na szybkie tempo zmian społecznych, obejmujące niemal wszystkie dziedziny wiedzy oraz postęp techniczny, istnieje potrzeba perspektywicznego spojrzenia na możliwość udzielania wsparcia grupie osób ze specjalnymi potrzebami.

Szczególny nacisk w ostatnich latach kładzie się na stymulowanie rozwoju w ramach wczesnego wspomaganie (wczesnej profilaktyki i prewencji). Systemowe oddziaływanie specjalistów wielu dziedzin (nauk humanistycznych, społecznych i ścisłych) zwiększa szansę na aktywne uczestnictwo osób ze specjalnymi potrzebami w życiu rodzinnym i społecznym. W całokształcie interdyscyplinarnej współpracy procesu wspierania warta podkreślenia jest również sztuka porozumiewania się i osiągnięcia porozumienia, która wzmacnia poczucie godności, sprawstwa i podmiotowości. Wobec tego, nadrzędnym celem polityki społecznej wobec osób ze specjalnymi potrzebami powinien być nieograniczony dostęp do korzystania z wielu interdyscyplinarnych form pomocy, opieki i ochrony.

Szeroko rozumiane transdyscyplinarne ujęcie procesu wspierania osób ze specjalnymi potrzebami sprowokowało autorów prac zamieszczonych w niniejszym tomie do ujawnienia własnych przemyśleń, dociekań naukowych i przedstawienia praktycznych rozwiązań. Każdy z artykułów zwraca uwagę na określony wycinek rzeczywistości zróżnicowanej grupy osób ze specjalnymi potrzebami. Teksty podzielono na trzy główne obszary tematyczne, które dotyczą: współczesnych sposobów wspierania rozwoju dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi; form wsparcia dla osób dorosłych; współczesnych aspektów wspierania porozumiewania się osób ze specjalnymi potrzebami komunikacyjnymi.

Mamy nadzieję, że artykuły dostarczą cennych informacji oraz pobudzą do dalszych refleksji i badań na temat podnoszenia jakości życia osób ze specjalnymi potrzebami, odnalezienia przez nie własnego, niezależnego i należnego im miejsca w świecie.

Dziękujemy Autorom artykułów za otwartą postawę oraz recenzentom za cenne sugestie i uwagi.

Maja Sitarczyk, Ewa Brzdęk

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Paedagogica IV (2015)

WSPÓŁCZESNE SPOSOBY WSPIERANIA ROZWOJU DZIECI I MŁODZIEŻY
ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI

Katarzyna Plutecka

Wspomaganie rozwoju – przemiany terminologiczne

Inicjatywy społeczne podejmowane w sferze dobroczynności, filantropii, pomocy społecznej czy wspomagania rozwoju często mają źródło w idei egalitaryzmu, czyli dążenia do zrównania ludzi pod względem warunków ekonomicznych, społecznych i politycznych. Zdaniem B. Szackiej (2003: 21) idea traktowania ludzi sprawiedliwie wiąże się z narastającą świadomością społeczną, poczynając od wiedzy ludowej, przez wiedzę potoczną, aż po interpretacje naukowe i obszerne analizy empiryczne. Analizując podejście do problematyki pomocy A. Radziewicz-Winnicki (1995: 118), wyróżnił dwa zasadnicze ujęcia. Uwzględniając kryterium podmiotu badań, autor wyszczególnił pomagającego i wspomaganego, a ze względu na przedmiot dostrzegł osobowościowe i sytuacyjne determinanty zachowań pomocnych. Odwołując się do koncepcji L.M. Brammera, autor podkreślił dwie zasadnicze cechy pomocy: dobrovolność i względną samodzielność osoby wspomaganego. Z tego punktu widzenia podstawowym zadaniem w ramach pomagania jest ułatwienie wspomaganemu osiągnięcia celów rozwojowych, a precyzyjniej: „uczenie się skutecznych sposobów radzenia sobie z trudnościami, problemami, wymaganiami społecznymi; racjonalnego ich oceniania oraz technik rozwiązywania problemów, planowania i dokonywania wyborów podejmowania decyzji” (za: Radziewicz-Winnicki 1995: 118). Koncepcja L.M. Brammera (1984) sytuuje się w nurcie psychologii humanistycznej.

Wspomaganie rozwoju w ujęciu różnych koncepcji

W kontekście powyższych rozważań można zaryzykować stwierdzenie, że wspomaganie rozwoju dziecka jest działaniem pomocnym, ale też perseweracyjnym. W ujęciu T. Kotarbińskiego (1965: 138) działania perseweracyjne są rozumiane jako zapobieganie temu, by osoba, która zostaje im poddana, nie zyskała cech określanych jako niepożądane. Szczegółowego i wyczerpującego przeglądu definicji terminu „wspomaganie rozwoju” dokonał A. Twardowski (2012). Autor na podstawie krytycznej analizy różnych koncepcji wspomagania rozwoju opisał między innymi teoretyczne podstawy poszczególnych koncepcji, sposób rozumienia

wspomagania rozwoju i samego rozwoju, adresatów i realizatorów wspomagania, a także czynniki wpływające na jego skuteczność. Rozumienie terminu „wspomaganie rozwoju” zależy od przyjętej koncepcji rozwoju. Wśród omówionych koncepcji znalazły się następujące polskich autorów:

1. Humanistyczny model wspomagania rozwoju Barbary Kai.
2. Wspomaganie rozwoju człowieka w ciągu życia Anny Brzezińskiej.
3. Koncepcja dotycząca wzmacniania pozytywnie wartościowanych właściwości psychicznych i wpływów środowiska Ireny Obuchowskiej.
4. Koncepcja Edyty Gruszczyk-Kolczyńskiej dotycząca intensywnego wspomagania rozwoju umysłowego dziecka.
5. Całościowe ujęcie wspomagania rozwoju w ujęciu Marii Kielar-Turskiej.
6. Wspomaganie rozwoju jako działanie oparte na refleksji według koncepcji Władysławy Pileckiej.
7. Humanistyczno-egzystencjalne ujęcie wspomagania rozwoju w ujęciu Marii Straś-Romanowskiej.
8. Koncepcja edukacyjnego wspierania rozwoju Władysława Puśleckiego.

A. Radziewicz-Winnicki (2008: 631) pojęciem wspomagania rozwoju określa działania realizowane przez opiekuna, wychowawcę „ułatwiające wychowankowi podejmowanie i pełnienie ról społecznych, internalizację norm regulujących funkcjonowanie grupy (grup), uczenie się zachowań w relacjach z innymi jednostkami i grupami, zdobywanie umiejętności oceny grupy, dostosowanie się do jej wymogów”. Autor opowiada się za interakcyjnym, kompleksowym rozumieniem wspomagania rozwoju, czyli tworzeniem takich intencjonalnych warunków, które sprzyjają funkcjonowaniu człowieka i wpływają stymulująco na jego pomyślny rozwój. W tak rozumianym procesie wspomagania rozwoju wyłaniają się dwa podmioty: adresat i realizator wspomagania rozwoju.

Adresatami wspomagania mogą być różne podmioty. Proces wspomagania rozwoju może mieć charakter bezpośredni albo pośredni – i wtedy jest skierowany do najbliższego środowiska osób pozostających w kontakcie z osobą wspomaganą. Dlatego A. Brzezińska podkreśla, że wspomagać można nie tylko rozwój dzieci i osób dorosłych, ale również rozwój grup, społeczności lokalnych i całych regionów. W związku z takim rozumieniem skuteczność wspomagania analizowana jest w kontekście związku adresata z różnymi systemami (od makrosystemu po egzosystem). Do autorów, którzy wspomaganie rozwoju kierują do pełnosprawnych osób dorosłych, należą M. Straś-Romanowska, B. Kaja. Z kolei E. Gruszczyk-Kolczyńska (2004) wśród adresatów intensywnego wspomagania rozwoju umysłowego uwzględnia dzieci o nieharmonijnym rozwoju w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. W proponowanej koncepcji autorka nadaje szczególne znaczenie określeniu „intensywność”. Po pierwsze twierdzi, że wspomaganie rozwoju umysłowego dziecka różni się intensywnością od procesów wychowania i nauczania. A po drugie wyjaśnia, że organizacja przebiegu rozwoju umysłowego dziecka będzie wtedy intensywna, gdy osoba wspomagająca (dorosły) będzie mądrze kierować tym procesem. Wspomniana „mądrość wspomagającego” jest uwarunkowana

wiedzą psychologiczną i odpowiednimi umiejętnościami pedagogicznymi. Aby wspomaganie rozwoju umysłowego dziecka było intensywne, powinny być spełnione cztery warunki:

1. Trzeba korzystnie dopasować proces uczenia się do rzeczywistych potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka.
2. Nie należy w procesie uczenia się rozdzielać tego, co intelektualne od tego, co emocjonalne.
3. Należy pamiętać, że proces uczenia się wymaga niebywałego wysiłku ze strony dziecka, a zadaniem dorosłego jest wspieranie dziecka w tej „trudnej drodze interioryzowania doświadczeń”.
4. Dorosły musi wierzyć w możliwości dziecka i posiadać – w ujęciu autorki – „osobowość podnoszącą” (Gruszczyk-Kolczyńska 2004: 69).

Głównym celem proponowanych przez autorkę oddziaływań wspomagających jest więc intensywne przyspieszenie kształtowania tych wszystkich czynności umysłowych, które są niezbędne dziecku do opanowania wiadomości i umiejętności. Ponadto ta grupa dzieci będzie mogła osiągnąć równowagę psychiczną i efektywniej funkcjonować w najbliższym otoczeniu, a także ujawnić swoje zdolności lub uzdolnienia kierunkowe. Wspomaganie rozwoju będzie efektywne wtedy, gdy proces uczenia się będzie uwzględniał prawidłowości kluczowych możliwości rozwojowych dziecka. Wśród najważniejszych czynności umysłowych objętych wspomaganiem powinny się znaleźć:

- umiejętności społeczne i zwiększenie podatności na proces uczenia się organizowany przez wspomagającego,
- czynności intelektualne niezbędne do rozumienia siebie i środowiska, a także podczas nauki,
- mowa i umiejętności porozumiewania się,
- spostrzegawczość i pamięć wzrokowa,
- słuchanie i zapamiętywanie,
- rozwój fizyczny, ze szczególnym uwzględnieniem sprawności manualnej,
- koordynacja wzrokowo-ruchowa,
- gotowość do nauki czytania i pisanie,
- umiejętności matematyczne, potrzebne w sytuacjach życiowych i szkolnych (za: Twardowski 2012: 100–101).

A.I. Brzezińska, J. Matejczuk, A. Nowotnik (2012), wpisując się w dyskurs naukowy związany z obniżeniem wieku rozpoczynania nauki w szkole, dookreśliły obszary wspomagania rozwoju dzieci w wieku od pięciu do siedmiu lat. Wspomaganie rozwoju dziecka w kierunku efektywnego radzenia sobie z zadaniami szkolnymi powinno być rozpatrywane na czterech poziomach. Pierwszy poziom obejmuje zasoby osobiste w okresie wczesnego życia dziecka. Autorki, opierając się na modelu rozwoju psychospołecznego Erika H. Eriksona, wyróżniły na tym poziomie takie obszary kompetencji, jak: zaufanie do świata, siebie i innych, autonomia i wolna wola, a także inicjatywa. Następny, drugi poziom, uwzględnia wykorzystanie, rozwijanie i integrację kompetencji wynikających z rozwoju w okresie dzieciństwa. Kompetencje

te dowodzą progresywnego rozwoju poznawczego dziecka (zanik egocentryzmu, rozwijająca się pamięć), emocjonalnego (stopniowy rozwój świadomości własnych przeżyć i innych osób), moralnego (kształtowanie się autonomii moralnej) i społecznego (budowanie relacji z rówieśnikami i osobami dorosłymi, kształtowanie się postaw społecznych, np. obowiązkowości, samodzielności). Na trzecim poziomie, związanym ze wspomaganiem rozwoju gotowości szkolnej, szczególnie znaczenie ma rozwijanie kompetencji związanych z przebiegiem procesu uczenia się i dostosowywania się stopniowo ucznia do wymogów sytuacji edukacyjnych. Wśród tych kompetencji należy wymienić: kontrolę poznawczą, metapoznanie, kompetencje związane z planowaniem i realizacją podjętych działań. Najniższy, czwarty poziom, dotyczy rozwijania kompetencji specyficznych, niezbędnych dla realizacji zadań szkolnych typu: rysowanie, liczenie, pisanie, czytanie. Podsumowując powyższe ujęcie, można stwierdzić, że wspomaganie rozwoju dziecka rozpoczynającego naukę w szkole powinno być procesem integrującym wszystkie omówione poziomy: od kompetencji bazowych do zasobów osobistych, stanowiących fundament osobowości. Autorki wspomaganie gotowości dziecka rozpatrują jeszcze z punktu widzenia celów: krótkoterminowych, średnioterminowych i tych ogólnych, długoterminowych. Cele krótkoterminowe wynikają z założeń podstawy programowej i dotyczą przygotowania dziecka do radzenia sobie z wymaganiami szkolnymi, a dokładnie z zadaniami w klasie pierwszej, takimi jak: czytanie, pisanie, interakcje interpersonalne z grupą rówieśniczą i nauczycielami, samodzielność. W perspektywie celów średnioterminowych istotne znaczenie będzie miało przygotowanie ucznia do kolejnych etapów edukacyjnych, a nawet uwzględnienie uczenia się przez całe życie. Najbardziej odległe, długoterminowe cele należy rozpatrywać jako przygotowanie ucznia do samodzielnego funkcjonowania w ciągle zmieniającej się rzeczywistości społecznej i informacyjnej (Brzezińska, Matejczuk, Nowotnik 2012: 12). Propozycja auterek wychodzi naprzeciw zmianom w teorii i praktyce wczesnoszkolnej. W procesie kształcenia zintegrowanego wyraźnie można zaobserwować odchodzenie od modelu przekazywania gotowej wiedzy na rzecz modelu, którego istotą jest współtworzenie (ucznia z nauczycielem) wiedzy w otwartym dialogu, w wielogłosowej komunikacji i interpretacji zdarzeń. Integracja treści i celów, a także integracja metodyczna i organizacyjna to propozycja kształcenia zintegrowanego zorientowana na dziecko, które jest podmiotem, niepowtarzalną całością. Każdy uczeń pomimo różnic indywidualnych ma prawo do tego, aby respektować i szanować jego potrzeby rozwojowe oraz edukacyjne.

Omawiane ujęcie definicyjne wspomaganie rozwoju wymaga podkreślenia, że niektórzy autorzy wspomaganie rozwoju kierują do dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi. W ujęciu B. Kai są to dzieci, które ujawniają trudności w osiągnięciach szkolnych, związane z nadpobudliwością, dysleksją, chorobami przewlekłymi. W. Pilecka zaleca, aby oddziaływania wspomagające rozwój były skierowane do dzieci z niepełnosprawnościami sensorycznymi, a szczególnie z niepełnosprawnością intelektualną, przewlekłe chorych i z niepełnosprawnością złożoną (za: Twardowski 2012). I. Obuchowska (2003) proponuje objąć tą formą pomocy

dzieci i młodzież w stadium rozwojowym, czyli od okresu prenatalnego do 18. roku życia, zagrożonych zakłóceniami rozwoju. Autorka stwierdza, że wspomaganie rozwoju powinna być objęta również ta grupa dzieci w przypadku których rodzice lub specjaliści dostrzegą, iż jest to niezbędne i pożądane dla osiągnięcia pełnych i realnych możliwości rozwojowych. W swojej koncepcji autorka kładzie wyraźny akcent na potencjał rozwojowy dziecka i wspomaganie jego rozwoju zorientowanego na mocne strony osobowości. Kolejne istotne znaczenie w prowadzonej analizie mają implikacje I. Obuchowskiej dotyczące określenia trzech aspektów organizacyjnych procesu wspomagania rozwoju. Pierwszy z nich to aspekt normatywny, związany z poznaniem wiedzy dotyczącej modelu człowieka i świata, według którego będzie wspomagany rozwój dziecka. Następny aspekt, deskryptywny, można sprowadzić do rozważań dotyczących obecnego stanu rozwoju dziecka i warunków, w jakich ono funkcjonuje. Ostatni aspekt, praktyczny wiąże się z odpowiedzią na pytanie: co i jak wspomagać? W niniejszym ujęciu wspomaganie rozwoju obejmuje nie tylko te czynniki, które odnoszą się do dysfunkcji czy zaburzeń rozwojowych, ale przede wszystkim do „wartościowanych pozytywnie właściwości psychicznych, mechanizmów osobowości i wpływów środowiska” (za: Dykik 2002: 88).

W zależności od potrzeb adresata wspomagania rozwoju pomoc może być świadczona przez profesjonalistów lub nieprofesjonalistów. Wyraźny akcent na kompetencje zawodowe specjalistów zajmujących się wspomaganie rozwoju kładą: A. Brzezińska, I. Obuchowska, E. Gruszczyk-Kolczyńska, M. Kielar-Turska, W. Pilecka. Specjaliści oprócz profesjonalnego przygotowania powinni ujawniać określone predyspozycje osobowościowe. L.M. Brammer (za: Zabłocki 2008: 16) podkreślił, że efektywne oddziaływania realizatora wspomagania są uwarunkowane właśnie cechami osobistymi terapeuty i warunkami ułatwiającymi rozwój adresata pomocy. Do cech osobistych zaliczył świadomość siebie i swojego systemu wartości, przeżywanie i okazywanie uczuć, pełnienie funkcji modelowych dla wspomaganego, zainteresowanie ludźmi i sprawami społecznymi, jasne zasady etyczne, a także poczucie odpowiedzialności. Z kolei warunki ułatwiające rozwój tworzą takie cechy osobowe wspierającego, jak: empatia, ciepło i opiekuńczość, otwartość, pozytywny stosunek i szacunek dla wspomaganego, konkretność i specyficzność.

Wspomaganie rozwoju a rozwój

W rozważaniach na temat podejścia do wspomagania rozwoju ważne znaczenie ma rozumienie terminu „rozwój”. W koncepcjach wyjaśniających definicję rozwoju zakłada się, że człowiek rozwija się w ciągu całego życia i ów rozwój dokonuje się zawsze w określonym kontekście społecznym. U. Bronfenbrenner (1993) w swojej bioekologicznej koncepcji przyjął założenie, że rozwój człowieka należy analizować w kontekście społecznym, a właśnie środowisko społeczne stanowi układ systemów wzajemnie od siebie zależnych i są to: mikrosystem, mezosystem, egzosystem i makrosystem. Mikrosystem obejmuje środowisko, w którym człowiek wchodzi w bezpośrednie relacje interpersonalne, np. środowisko rodzinne, szkolne, rówieśnicze. Kolejny ważny kontekst środowiskowy to mezosystem, który powstaje z połączenia

dwóch lub więcej sieci mikrosystemów, np. relacje między rodziną a środowiskiem szkolnym. Egzosystem dotyczy zewnętrznych mikrosystemów, w których dziecko nie uczestniczy bezpośrednio, ale mogą one wpływać na zachowania dziecka, np. stresująca praca matki. Makrosystem stanowi kontekst społeczny składający się z bardzo odległych systemów, które oddziałują na mniejsze systemy, np. kultura, ekonomia, polityka. Autor podkreślił, że na przestrzeni ostatnich lat dodatkowo czynnik czasu (chronosystem) stał się nową osią, na której analizowane są fakty istotne dla rozwoju człowieka (Bronfenbrenner, Morris 1998, 2006). Uwzględniając kryterium czasu, przemiany w rozwoju człowieka określił jako normatywne lub nienormatywne. Wynika z tego, że rozwój człowieka dokonuje się przez całe życie w jakimś kontekście. Warto zwrócić uwagę na koncepcję rozwoju A. Brzezińskiej, usytuowaną w paradygmacie społeczno-interakcyjnym. Autorka definiuje rozwój jako „rezultat wzajemnego dopasowywania się do siebie z jednej strony możliwości dziecka i sygnalizowanych przez nie potrzeb, a drugiej strony – oczekiwań stawianych przez otoczenie” (Brzezińska: 2000: 14–15). Na rozwój dziecka będą zatem wpływać różne rodzaje działań podejmowanych przez innych ludzi i dynamika tych interakcji. G. Gajewska (2009: 37) wśród działań społecznych niezbędnych do rozwoju dziecka opiekę traktuje jako działanie pierwsze i warunkujące skuteczność innych działań, jak wsparcie społeczne, pomoc, edukacja.

Wspomaganie rozwoju w świetle przepisów prawa oświatowego

Ważnym przejawem społecznego zrozumienia dla wspomagania rozwoju dzieci i młodzieży są rozwiązania ustawowe, organizacyjne i akty prawne. Stopniowo wdrażany system pomocy psychologiczno-pedagogicznej jest potwierdzeniem potrzeby wzajemnego oddziaływania osoby pomagającej i wspomaganej. Instytucjonalną formą proponowanego systemu pomocy są publiczne i niepubliczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne, a realizatorami – pedagodzy, psychologowie, logopedzi, specjaliści z zakresu terapii pedagogicznej zatrudnieni w przedszkolach, szkołach i placówkach, np. placówkach oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, ośrodkach edukacyjno-wychowawczych, specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych, domach wczasów dziecięcych itp.). Pomoc psychologiczno-pedagogiczna jest skierowana do uczniów, wychowanków, ich rodziców i nauczycieli. Polega na wspieraniu ich w rozwiązywaniu problemów dotyczących potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci oraz młodzieży. Zdaniem I. Obuchowskiej (za: Twardowski 2012) wspomaganie rozwoju można odnieść do pomocy psychologicznej, za którą odpowiedzialni są właśnie specjaliści, tacy jak: psychologowie, terapeuci, pedagodzy specjaliści. Najnowsze koncepcje pomocy psychologiczno-pedagogicznej określone w rozporządzeniu MEN z dnia 30 kwietnia 2013 r. uwzględniają opinie i głosy krytyczne ekspertów w zakresie praktyki edukacyjnej i autorów, badaczy z dziedziny nauk społecznych. Dzięki wprowadzonym zmianom zrezygnowano z obligatoryjnego tworzenia zespołu dla każdego ucznia wymagającego pomocy i ograniczono dokumentację. Został zniesiony obowiązek opracowania kart indywidualnych

potrzeb ucznia (KIPU) oraz planów działań wspierających (PDW) na rzecz indywidualnych lub grupowych programów pomocy psychologiczno-pedagogicznej, dokumentowanej w dzienniku pracy nauczyciela. Wśród najważniejszych wyznaczników jakości nowego modelu organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej M. Jas, M. Jarosińska (2010: 11–12) wyróżniły następujące zasady:

- indywidualna praca z uczniem, realizowana w ramach obowiązkowych i dodatkowych zajęć edukacyjnych, odpowiednio dostosowanych do potrzeb rozwojowych i edukacyjnych, a także możliwości psychofizycznych ucznia,
- „pomoc bliżej ucznia”, czyli wspieranie jego rozwoju,
- „pomoc bliżej rodzica”, czyli wspieranie rodziców lub opiekunów prawnych ucznia w formie porad, konsultacji, warsztatów i szkoleń,
- „pomoc bliżej nauczyciela”, czyli wspieranie nauczyciela ukierunkowane na doskonalenie jego kompetencji zawodowych,
- elastyczność i adekwatność planowanych oraz realizowanych działań do potrzeb ucznia,
- instytucjonalne i osobowe partnerstwo, widoczne w spójności przepisów regulujących działalność instytucji-partnerów, a także w budowaniu sieci podmiotów, wspólnie opracowujących formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów,
- zaktualizowanie klasyfikacji specjalnych potrzeb edukacyjnych,
- zaufanie do profesjonalizmu nauczycieli i innych specjalistów diagnozujących specjalne potrzeby edukacyjne uczniów,
- zaufanie do szkoły jako instytucji szybko i adekwatnie reagującej na specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne uczniów.

W naszym kraju w aktach prawnych (zob. bibliografia) dotyczących organizowania i prowadzenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej wyraźnie widać nacisk na tezę, że nadrzędną wartością i głównym celem edukacji jest rozwój dziecka, a wspomaganie jego rozwoju jest traktowane jako wartość uniwersalna idei egalitaryzmu i humanizmu.

Bibliografia

- Brammer L.M. (1984), *Kontakty służące pomaganiu*, Wydawnictwo Studium Pomocy Psychologicznej PTP, Warszawa.
- Bronfenbrenner U. (1993), *The ecology of cognitive development: Research models and fugitive findings*, [in:] R. Wozniak, K. Fischer (eds.), *Development in context: Acting and thinking in specific environments*, Erlbaum, Hillsdale, NJ, 3–44.
- Bronfenbrenner U., Morris P.A. (1998), *The ecology of development processes*, [in:] W. Damon, R.M. Lerner (eds.), *Handbook of child psychology*, vol. 1: *Theoretical models of human development*, John Wiley and Sons, Inc, New York, 993–1023.
- Bronfenbrenner U., Morris P., A. (2006), *The bioecological model of human development*, [in] W. Damon, R.M. Lerner (eds.), *Handbook of child psychology*, vol. 1: *Theoretical models of human development*, John Wiley, New York, 793–828.
- Brzezińska A. (2000), *Spółeczna psychologia rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

- Brzezińska A.I., Matejczuk J., Nowotnik A. (2012), *Wspomaganie rozwoju dzieci w wieku od 5 do 7 lat a ich gotowość do radzenia sobie z wyzwaniami szkoły*, „Edukacja”, 1 (117), 7–22.
- Dykcik W. (2002), *Formy postępowania terapeutyczno-wychowawczego*, [w:] W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo UAM, Poznań.
- Gajewska G. (2009), *Wsparcie dziecka w rozwoju. Konteksty opieki i edukacji*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra.
- Gruszczyk-Kolczyńska E. (2004), *Intensywne wspomaganie rozwoju dziecka: ważniejsze hipotezy i możliwości realizowania*, [w:] W. Dykcik, A. Twardowski (red.), *Wspomaganie rozwoju i rehabilitacja. Dzieci z genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń*, Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Poznań.
- Jas M., Jarosińska M. (2010), *Specjalne potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży. Prawne ABC dyrektora przedszkola, szkoły i placówki*, Wydawnictwo MEN, Warszawa.
- Kotarbiński T. (1965), *Traktat o dobrej robocie*, Ossolineum, Wrocław.
- Obuchowska I. (2003), *Wokół „wspomagania rozwoju” – poszukiwanie terminologicznej jasności*, „Rewalidacja”, 2, 4–13.
- Radzewicz-Winnicki A. (1995), *Modernizacja niedostrzegalnych obszarów rodzimej edukacji*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice.
- Radzewicz-Winnicki A. (2008), *Pedagogika społeczna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Szacka B. (2003), *Wprowadzenie do socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Twardowski A. (2012), *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Zabłocki K.J. (2008), *Profilaktyka i wspomaganie rozwoju dziecka i jego rodziny*, [w:] W. Brejnak, K.J. Zabłocki (red.), *Wczesna diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka z dysfunkcjami*, Stowarzyszenie Dobra Wola OPP, Piaseczno.

Akty prawne

- Rozporządzenie MENiS z dnia 12 lutego 2001 r. w sprawie orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży oraz szczegółowych zasad kierowania do kształcenia specjalnego lub indywidualnego nauczania (Dz.U. Nr 13, poz. 114 ze zmianami).
- Rozporządzenie MENiS z dnia 11 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz.U. Nr 5, poz. 46).
- Rozporządzenie MENiS z dnia 11 grudnia 2002 r. w sprawie ramowego statutu publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej w tym publicznej poradni specjalistycznej (Dz.U. Nr 223, poz. 1869).
- Rozporządzenie MEN z dnia 18 września 2008 r. w sprawie sposobu i trybu organizowania indywidualnego obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży (Dz.U. Nr 175, poz. 1086).
- Rozporządzenie MEN z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. Nr 173, poz. 1072).
- Rozporządzenie MENiS z dnia 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju (Dz.U. Nr 23, poz. 133).
- Rozporządzenie MEN z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2013 r., poz. 532).

Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 z późniejszymi zmianami).

Supporting development – terminological changes

Abstract

The article focuses on the theoretical approach of the subject literature overview on the topic of the understanding of the term “development support”. The definition of the term “development support” is dependent on the official definition explaining the understanding of development support. Among the discussed concepts of development support of a child and adolescent there are the elaborations of such authors as: B. Kayia, A. Brzezińska, I. Obuchowska, E. Gruszczyk-Kolczyńska, W. Pilecka, M. Kielar-Turska. More of the described factors which influence the development support include the addressee and executor of the support, statutory, organizational solutions and legal acts, as well as factors influencing the effectiveness of development support. The author puts much importance in the deliberations around the problem of the approach to development support to the understanding of the term “development”.

Keywords: development, development support, addressee and executor of development support

Agnieszka Kopyść-Woskowicz

Współczesne sposoby wspierania rozwoju dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Kiedy mówimy o sposobach rozwoju dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, należy zwrócić uwagę na rozwój psychiczny jednostki oraz czy zostały zaspokojone podstawowe potrzeby egzystencjalne określone przez amerykańskiego psychologa Abrahama Masłowa jako potrzeby niższego rzędu (hedonistyczne) i wyższego rzędu (bezpieczeństwa, akceptacji, samorealizacji). Niezaspokojenie jednej lub kilku z nich wywołuje, nie tylko u dziecka, ale również u jednostki dorosłej, niewymierne skutki w rozwoju psychicznym, które mogą doprowadzić do różnego rodzaju zaburzeń osobowościowych i niedostosowania społecznego.

Pojęcie rozwoju zostało wprowadzone przez Arystotelesa (384–322 p.n.e.), który określał rozwój „jako proces nadawania formy, a więc zmianę zmierzającą w określonym kierunku, zmianę celową polegającą na przechodzeniu od form niższych do wyższych” (Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa 1996: 45). Rozwój można rozważać także w „aspekcie filogenetycznym jako funkcję zdeterminowaną przez dziedziczność i środowisko, a w aspekcie ontogenetycznym jako całokształt zmian dokonujących się w zachowaniu człowieka w toku życia indywidualnego” (Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa 1996: 52).

Oprócz potrzeb określonych przez A. Masłowa istnieją także specjalne potrzeby edukacyjne (SPE), czyli „potrzeby dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością, zaburzeniami parcjalnymi, zaburzeniami w zachowaniu, a także ponadprzeciętnymi zdolnościami” (Pilch 2006: 869). Dzieci i młodzież z SPE to osoby niepełnosprawne sensorycznie (niedowidzące lub niewidome, niesłyszące lub głuche i głuchonieme), niepełnosprawne ruchowo (różnego rodzaju schorzenia stawów, mięśni, kości itp., trwałe urazy powypadkowe, wady rozwojowe), osoby niepełnosprawne umysłowo i z zaburzeniami emocjonalnymi (zespół Downa, autyzm, ADHD, zespół Aspergera), osoby z zaburzoną komunikacją piśmienną-językową (dysortografia, dysleksja, dysgrafia, dyskalkulia, wady wymowy), jednostki pochodzące z rodzin patologicznych lub dysfunkcyjnych oraz z innymi trudnościami edukacyjnymi (np. mające problemy z koncentracją, zapamiętywaniem, bardzo nieśmiałe i zamknięte

w sobie itd.), a także jednostki wybitnie uzdolnione (artystycznie, sportowo, językowo, literacko itd.). Każda z wymienionych grup wymaga odpowiednich sposobów nauczania, które byłyby opracowane wyłącznie dla niej i zapewniłyby prawidłowy rozwój psychiczny oraz systematyczną poprawę osiągniętych wyników. Przed przystąpieniem do pracy z dziećmi z SPE niezwykle ważne jest właściwe zdiagnozowanie ich potrzeb i możliwości oraz stworzenie odpowiednich warunków, w jakich będą one nauczane, aby osiągnąć zadowalające rezultaty edukacyjno-rozwojowe.

W pracy z dziećmi z SPE szczególną uwagę należy zwrócić na:

- stymulowanie rozwoju, pobudzanie aktywności dziecka,
- wyrównywanie deficytów rozwojowych w zaburzonych sferach,
- wspomaganie rozwoju w sferach: społecznej, edukacyjnej i wychowawczej,
- kształtowanie umiejętności nawiązywania kontaktów z rówieśnikami,
- stabilizację emocji.

Istnieje wiele metod, które usprawniają rozwój dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, a jak pisze W. Okoń: „metoda nauczania to systematycznie stosowany sposób pracy nauczyciela z uczniami umożliwiający osiągnięcie celów kształcenia” (Okoń 2001: 233).

Metoda Dobrego Startu

W celu wyrównania szans rozwojowych i uzupełnienia braków w odbiorze zmysłowym (percepcyjnym) M. Bogdanowicz opracowała Metodę Dobrego Startu. Jej głównym założeniem jest wspomaganie rozwoju psychomotorycznego dziecka poprzez zabawę zorganizowaną w ściśle określony sposób, aby umożliwić multimodalne uczenie liter, wzorów literopodobnych i innych łatwych wzorów oraz znaków matematycznych. Metoda Dobrego Startu opiera się na rozwijaniu funkcji poznawczych (wzrokowo-przestrzennych, słuchowo-językowych, ruchowych) oraz na integracji percepcyjno-motorycznej zharmonizowanej z rytmem piosenek (Bogdanowicz 1999). Ponadto u dzieci wykształca się zdolność posługiwania się ze zrozumieniem symbolami, co ułatwia naukę pisanie, czytania i liczenia oraz przystosowuje do życia społecznego dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi i trudnościami w przystosowaniu. Zajęcia odbywają się według ustalonego schematu, od którego można wprowadzić odstępstwa w zależności od potrzeb i możliwości dzieci. Niemniej jednak schemat prowadzenia zajęć można podzielić na etapy.

1. Zajęcia wprowadzające, które mają na celu zdyscyplinowanie, rozeznanie i korektę postawy ciała oraz orientację w przestrzeni. Jest to bardzo często przywitanie, przybranie pozycji ciała, np. siadamy w kręgu po turecku, odnalezienie się w miejscu oraz w grupie. Zazwyczaj na samym początku jest to odśpiewanie zawsze tej samej piosenki na przywitanie, rozpoczynającej się od słów: „Witaj Jasiu, witaj Jasiu, jak się masz?, wszyscy Cię witamy, bądź wśród nas”. Piosenka jest śpiewana do każdego dziecka po kolei z wymienieniem jego imienia. W ten sposób podkreślamy indywidualność dziecka oraz wyrażamy radość z faktu, że dane dziecko jest z nami i będzie z nami pracować. Piosenka jest zamieszczona

na płycie wydanej przez Martę Bogdanowicz. Po niej następuje dalsza część zajęć wprowadzających.

2. Zajęcia ruchowe, tzn. zabawy ruchowe relaksujące i kształcące motorykę.
3. Zajęcia ruchowo-słuchowe, podczas których dzieci śpiewają piosenki, uderzając rytmicznie np. w woreczki z piaskiem.
4. Zajęcia ruchowo-słuchowo-wzrokowe oparte na konkretnych przykładach wzorów i znaków graficznych.
5. Zajęcia końcowe – najczęściej zabawa muzyczno-ruchowa w rytm piosenki. Bardzo często na zakończenie śpiewana jest piosenka podobna do tej z początku zajęć, w rytm tej samej melodii – „Do widzenia, do widzenia, pa, pa, pa, jeszcze się spotkamy, jeszcze się spotkamy, pa, pa, pa”.

Istotne jest wyraźne zaznaczenie początku i końca danej aktywności lub spotkania. Metoda Dobrego Startu jest często stosowana w pracy z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz całościowymi zaburzeniami rozwoju, do których zakwalifikowany został zespół Aspergera oraz ADHD.

Podstawą Metody Dobrego Startu jest zatem edukacja poprzez zabawę, co sprzyja odreagowaniu emocji i umożliwia naukę w atmosferze wolnej od napięcia. Ułatwia to dziecku samoakceptację i podnosi jego samoocenę. Ćwiczenia stosowane w Metodzie Dobrego Startu wspierają u dzieci i młodzieży z SPE rozwój sensomotoryczny, poznawczy i emocjonalny. Jeżeli będą przestrzegane określone reguły w pracy z dzieckiem, pomimo ogromnego wysiłku trwającego niejednokrotnie nawet kilka lat, uzyskamy zaspokojenie potrzeb edukacyjnych i rozwojowych.

Metoda Janiny Magnuskiej

Większość dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi nie potrafi sobie poradzić ze swoimi negatywnymi i pozytywnymi emocjami, które wpływają na ich funkcjonowanie i relacje ze społeczeństwem. Sama emocja nie jest zła, zły może być sposób, w jaki zostanie wyrażona przez osobę. Dlatego aby wykształcić umiejętność panowania nad emocjami, stosuje się Metodę Leczniczo-Pedagogiczną Janiny Magnuskiej. Głównym założeniem tej metody jest zaspokojenie u dziecka potrzeby samorealizacji, tj. rozwoju wszystkich jego możliwości. Metoda Janiny Magnuskiej, zwana również terapią uspokajającą i rozwijającą, ma na celu stymulowanie rozwoju i kształtowanie osobowości dziecka poprzez ogólne uspokojenie układu nerwowego, wprowadzenie długotrwałych okresów koncentracji, rozwijanie logicznego myślenia (np. przez układanie albumów, historyjek obrazkowych, co zmusza do porównywania, klasyfikowania, segregowania), analizę wzrokową (kopiowanie i odwzorowywanie rysunków z coraz większą dbałością o szczegóły), zwiększanie sprawności manualnej (zajęcia wymagające coraz bardziej precyzyjnych ruchów), kształtowanie kontroli nad wykonywanymi czynnościami, nawiązanie dobrego i mocnego kontaktu z otaczającą rzeczywistością oraz kształtowanie pozytywnego nastawienia do wykonywanej pracy i otoczenia, w jakim dziecko się znajduje. W metodzie tej szczególny nacisk kładzie się na wykształcenie u dziecka przekonania, że to, co robi, przyniesie mu satysfakcję (Danielewicz, Koźmińska, Magnuska 1975).

Metoda Paula Dennisona

Podobne zastosowanie ma metoda, która umożliwia pokonywanie stresu i napięcia oraz m.in. pomaga niwelować trudności związane z dysleksją czy dysgrafią – Metoda Paula Dennisona. Specyfika tej metody polega na tym, aby wyeliminować u dziecka z SPE (i nie tylko) czynniki stresogenne, które utrudniają jego rozwój i przyswajanie wiedzy. Powyższa metoda ma zatem na celu osiągnięcie postępu w nauce poprzez dobre samopoczucie i uwolnienie od stresu. Mają temu służyć ćwiczenia pozytywnego myślenia (asymilacji) oraz osiągnięcie równowagi emocjonalnej. Podobne działania, w zakresie radzenia sobie ze stresem, wykorzystywane są w technikach relaksacyjnych Jacobsona i Schulza. Podstawą działania metody Dennisona jest dobra współpraca półkul mózgowych, co można uzyskać dzięki właściwym ćwiczeniom. Skutkiem poprawnej współpracy obu półkul jest łatwość przyswajania wiedzy oraz nabywanie nowych umiejętności i rozwój już posiadanych. Metoda Paula Dennisona, zwana również Gimnastyką Mózgu, dzieli się na cztery etapy ćwiczeń.

1. Ćwiczenia wprowadzające (ruchy naprzemienne – dotykanie ręką przeciwległego kolana, punkty na myślenie – jedna ręka masuje punkty pod obojczykiem, a druga spoczywa na pępku, pozycja Dennisona – przydatna do wyciszenia i wzmocnienia koncentracji).
2. Ćwiczenie na przekroczenie linii środka (ruchy naprzemienne, leniwe ósemki dla oczu, pisanie symetryczne oburącz, słon – rysowanie leniwych ósemek z uchem przyciśniętym do wyciągniętej ręki, motyl na suficie – wyobrażanie sobie motyla na suficie i obrysowywanie go wzrokiem, krążenie szyją).
3. Ćwiczenia wydłużające (sowa – chwytanie mięśni na ramionach z równoczesnym obrotem szyi w lewo i prawo, luźne skłony – sięganie po piłkę).
4. Ćwiczenia energetyzujące (kapturek myśliciela – masowanie uszu od środka w kierunku zewnętrznym, energetyczne, czyli głośne i szerokie ziewanie, oddychanie przeponowe, punkty ziemi – jedna ręka pod dolną wargą, a druga przyłożona poniżej pępka czubkami palców w dół, punkty równowagi – jedna ręka dotyka kości za uchem, a druga pępka, punkty przestrzeni – jedna dłoń dotyka punktu nad ustami, a druga na kości ogonowej) (Dennison 1987: 57).

Dzieci z zespołem nadpobudliwości ruchowej

Warto zwrócić uwagę na dzieci z zespołem nadpobudliwości ruchowej (ADHD), gdyż wiele metod skupia się na pracy właśnie z nimi. Niezwykle ważna jest prawidłowa diagnoza zespołu ADHD. Znane są przypadki zdiagnozowania zespołu Aspergera jako ADHD, a to pociąga za sobą niewłaściwie dobraną terapię oraz strategię nauczania i rozwoju. Każda metoda jest dobra dla dzieci i młodzieży z ADHD, jeżeli tylko pozwoli na zachowanie koncentracji uwagi, wyciszenie emocjonalne oraz systematyczne przestrzeganie ustalonych zasad, co umożliwi uzyskanie motywacji do dalszej pracy nad sobą. Warunkiem uzyskania zadowalających efektów kształcenia i rozwoju dziecka z zespołem ADHD jest stosowanie

metod stymulujących rozwój w sferze ruchowej, poznawczej i emocjonalnej. Wśród tego typu metod najczęściej znajduje zastosowanie Metoda Dobrego Startu, która, przypomnijmy, opiera się na trzech podstawowych elementach: wzrokowym, słuchowym i motorycznym, co ułatwia nawiązywanie relacji społecznych, uczy współpracy z rówieśnikami i ze społecznością. Podobnie jak w przypadku dzieci z zaburzeniami linearnymi, tak i w przypadku dzieci z ADHD, jest wykorzystywana Kinezylogia Edukacyjna (Metoda Paula Dennisona), tj. specjalnie dobrane ćwiczenia obu półkul mózgowych, o których wspominałam wcześniej. Metoda ta poprawia funkcje poznawcze dziecka oraz zdolność przyswajania wiedzy, kształtuje umiejętność komunikacji werbalnej i niewerbalnej, ułatwiając kontakt z otoczeniem.

Metoda Weroniki Sherborne

Kolejnym sposobem wspierania dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi jest Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne. Rozwój dziecka w poszczególnych sferach odbywa się poprzez ćwiczenia ruchowe kształtujące pewność siebie, poczucie bezpieczeństwa (emocjonalnego i fizycznego), zdolności poznawcze względem własnego ciała i otoczenia. Ponadto ćwiczenia rozwijają zdolność nawiązywania kontaktu i sprzyjają pracy twórczej. Metoda Weroniki Sherborne ma bardzo szerokie zastosowanie w terapii rozwojowej: jest przeznaczona dla dzieci z upośledzeniem umysłowym, dzieci autystycznych, z mózgowym porażeniem dziecięcym (wczesnym), z zaburzeniami emocjonalnymi i zachowania oraz niewidomych i niesłyszących. Jak pisze M. Bogdanowicz w swojej książce *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, korzyści płynące ze stosowania metody są następujące:

- daje pozytywne odczucia w kontakcie z innym człowiekiem
- wyzwala naturalność i swobodę zachowań
- daje okazję do rozładowania energii
- jest próbą pokonania własnych zahamowań wynikających z uprzednich doświadczeń
- wyzwala zaangażowanie
- daje możliwość zaspokojenia własnych potrzeb
- daje pewność siebie
- daje możliwość pocucia się w innej roli niż na co dzień
- zbliża do siebie uczestników zajęć
- daje radość z działania w grupie
- przyjemność dawania innym radości
- daje okazję do wspomnień, przypomnienia sobie zdarzeń z dzieciństwa
- daje okazję do bliskiego kontaktu fizycznego bez uruchamiania sfery seksualnej
- daje poczucie harmonii z innymi
- daje poczucie bezpieczeństwa
- daje poczucie partnerstwa
- możliwość odczuwania przyjemnych doznań płynących z własnego ciała
- nie jest ograniczona wiekiem uczestników (Bogdanowicz, Kisiel, Przasnyka 1997: 55).

Dzieci i młodzież z SPE to nie tylko jednostki z różnymi dysfunkcjami, ale także osoby ponadprzeciętnie uzdolnione, które nie mogą się odnaleźć w środowisku rówieśniczym. Często są wyobcowane i nierozumiane przez innych, dlatego potrzebują kogoś w rodzaju przewodnika, który dostrzeże ich potrzeby, wydobydzie ich potencjał i pomoże rozwiązać zaistniałe problemy, pokieruje ich talentami, wskaże drogę rozwoju umiejętności. Tutor pełni rolę mentora wspomagającego uczenie się w bezpośredniej relacji z podopiecznym. Tutorem nie musi być koniecznie nauczyciel, może to być osoba z odpowiednimi predyspozycjami osobowościowymi, takimi jak: cierpliwość, umiejętność słuchania, pewność siebie, wytrwałość, „przenikliwość, przekonanie o potencjale drżącym w każdym człowieku” (Al-Khamisy 2013: 196) i posiada większy zasób wiedzy z danej dziedziny, w której uczeń ma się rozwijać. Dzięki indywidualizacji kontaktu wytwarza się więź wzajemnego zaufania oparta na dialogu, która sprzyja rozwojowi osobistemu i poznawczemu oraz pozwala określić swoje mocne i słabe strony.

Wszystkie współczesne sposoby w większym lub mniejszym stopniu stosowane w pracy z dziećmi i młodzieżą z SPE wspierają nauczyciela, wychowawcę i rodzica. Metody terapii pomagają zaspokoić jego podstawowe potrzeby egzystencjalne, których nie potrafi w pełni wyrazić, ponieważ jest zamknięte w pewnego rodzaju „pudełku”, które daje mu poczucie bezpieczeństwa, a wyjście z niego byłoby ogromnym szokiem, gdyż nie wszystkie sfery jego życia zostały wystarczająco rozwinięte.

Bibliografia

- Al-Khamisy D. (2013), *Edukacja włączająca edukacją dialogu*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Bogdanowicz M. (1999), *Metoda Dobrego Startu*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyka M. (1997), *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Danielewicz T., Koźmińska A., Magnuska J. (1975), *Terapia uspokajająca i rozwijająca dla dzieci nerwicowych i dyslektycznych*, Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa.
- Dennison P.E. (1987), *Kinezylogia edukacyjna dla dzieci: podstawowy podręcznik dla rodziców i nauczycieli*, Międzynarodowy Instytut Neurokinezylogii Rozwoju Ruchowego i Integracji Odruchów, Warszawa.
- Okoń W. (2001), *Nowy słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Pilch T. (2006), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 5, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Praca z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych* (2012), red. A. Guza, D. Krzyżyk, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, t. 1, Kielce.
- Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M. (2003), *Psychologia rozwoju dziecka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi* (2011), red. J. Głodkowska, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.

Modern ways of supporting children and adolescents with special educational needs

Abstract

The article entitled *Modern ways of supporting children and adolescents with special educational needs* is an encouragement to reflect on the methods that should be used to improve the psychophysical and emotional condition of children and adolescents who do not have fully developed their perception skills.

The analysis of individual methods allows the pedagogue, teacher, and parents to gather knowledge on how the process of rehabilitation is being conducted and on what stages the development of children takes place. Each of the described methods has a set of specified schematics, thanks to which the choice of suitable exercise for the needs of a properly diagnosed child enables the creation of social competences for it to exist in the society in the future.

Keywords: development, teaching methods, educational needs, existential needs, cognitive functions development, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, tutoring

Jolanta Zielińska

Wykorzystanie metody EEG biofeedback w procesie wspierania rozwoju dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami

Ogólna charakterystyka metody biofeedback i obszarów jej zastosowania

Termin „biofeedback” oznacza biologiczne sprzężenie zwrotne i wynika z dwóch elementów słownych bio- (biologiczny) oraz *feedback* (sprzężenie zwrotne). Jest to metoda wspomagania funkcjonowania człowieka w obszarach niepodlegających jego świadomej kontroli, jednocześnie bardzo istotnych dla jego prawidłowego funkcjonowania. Metoda ta stosowana jest w psychologii, pedagogice, medycynie, parapsychologii oraz sporcie i biznesie. Polega na podawaniu osobie sygnałów zwrotnych o zmianach stanu fizjologicznego jej organizmu, co daje możliwość dobrowolnego modyfikowania funkcji, które nie są kontrolowane świadomie. Informacje przesyłane są w postaci wizualnej lub akustycznej.

Termin „feedback” wprowadził do literatury naukowej matematyk Norbert Wiener. Zdefiniował to pojęcie jako metodę kontrolowania określonego systemu poprzez wykorzystanie wyników z poprzednich działań. Oznacza to możliwość modyfikowania procesu fizjologicznego i nadawania mu pożądanego kierunku przez podawanie bezpośrednich informacji zwrotnych na temat parametrów tego procesu. Biofeedback w rozumieniu psychologicznym oznacza proces, podczas którego osoba (np. uczeń) otrzymuje za pomocą przyrządów w miarę możliwości ciągłe informacje o przebiegu jakiejś funkcji fizjologicznej, której sobie nie uświadamia (Pecyna 2001: 320).

W codziennej praktyce pedagogicznej zastosowanie systemu biofeedback umożliwia objęcie przykładowo bezpośrednią kontrolą, bez środków farmakologicznych, wzmożoną aktywność psychoruchową, która podporządkowana pracy autonomicznego układu nerwowego, nie podlega regulacji korowej (Pańczyk 1998: 84).

Istnieje kilka rodzajów biofeedbacku, każdy z nich wykorzystuje inne sygnały i ma inne zastosowanie. Wszystkie rodzaje biofeedbacku przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Rodzaje biofeedbacku

Metoda	Co wykorzystuje?	Zastosowanie
Biofeedback EEG (lub neurofeedback)	Wykorzystuje właściwość mózgu, która wytwarza różne zakresy fal elektromagnetycznych, w zależności od podejmowanych aktywności.	• ADHD • autyzm • nerwica • padaczka • poprawa koncentracji • stres • urazy czaszki • zaburzenia procesu uczenia się
Biofeedback EMG (ElektroMioGrafia)	Posługuje się napięciem mięśni wskazującym na stres. Wychwytuje je i pokazuje w formie czytelnej dla pacjenta.	• stres
Biofeedback GSR (Galvanic Skin Response) //EDR (Electro Dermal Response)	Wykorzystuje napięcie skóry, które jest zmienne w zależności od pobudzenia układu nerwowego. Elektrody montuje się na opuszkach palców.	• dychawica oskrzelowa • hipnoterapia • nadciśnienie • nadmierne pocenie się • poprawa koncentracji • psychoterapia • relaksacja • wykrywacze kłamstw
Biofeedback oddechowy	Korzysta z długości i rytmu oddechów, które następnie pokazuje się w formie krzywej audiowizualnej.	• choroby układu krążenia • choroby układu oddechowego • padaczka
Biofeedback temperaturowy	Wykorzystuje temperaturę skóry, która – poza czynnikami zewnętrznymi – jest zależna od stanu psychicznego człowieka. Elektrody montuje się na opuszkach palców.	• astma • niedokrwienie kończyn • reumatyzm • trening relaksu
Biofeedback HEG (Hemo-encephalography)	Przeprowadza się za pomocą mierzenia temperatury głowy oraz przepływu krwi w niej.	• ADHD • dysleksja, dysgrafia i dysortografia • leczenie uzależnień • padaczka • stres • zaburzenia koncentracji i uwagi
Biofeedback SCP	Wykorzystuje wolne potencjały korowe (zmiany polaryzacji kory mózgowej).	• ADD • ADHD • padaczka • urazy czaszki • zaburzenia koncentracji • zaburzenia procesu uczenia się

Źródło <http://www.treco.pl/upload/rte/images/biofeedback>, dostęp: 31.12.2013

Najczęściej stosowanym rodzajem biofeedbacku jest neurobiofeedback, inaczej EEG biofeedback. Wykorzystuje się w nim komputerową aparaturę, która pozwala

na jakościową i ilościową ocenę zapisu fal mózgowych z różnych regionów mózgu. Aparatura ta posiada opcję treningową do sprzężenia zwrotnego. Po umieszczeniu elektrod w wybranych punktach na głowie osoby poddanej treningowi możliwa jest rejestracja czynności bioelektrycznej mózgu w tych okolicach. Zaburzenia funkcjonowania wiążą się z ilościowymi zaburzeniami czynności bioelektrycznej mózgu. Rejestrowana aktywność mózgu przetwarzana jest w graficzny zapis wideogry, którą poddawany treningowi widzi na swoim monitorze. Za pomocą EEG biofeedbacku osoba trenowana uczy się, jak pozytywnie zmieniać wzorce wytwarzanych fal mózgowych poprzez wzmocnienie pożądaných częstotliwości i wyhamowanie częstotliwości niepożądanych. Podstawą zmian czynności bioelektrycznej są trwające przez całe życie możliwości plastyczne mózgu, polegające na zwiększeniu ilości połączeń synaptycznych i wygaszaniu tych, które są w nadmiarze. W czasie treningu dobór odpowiedniej gry, opartej przykładowo na ruchu, daje możliwość pracy z dziećmi z autyzmem i z innymi zaburzeniami funkcjonowania, nawet z najmłodszymi, od 3. roku życia (Gambin, Łukowska 2009: 40).

Trening neurofeedback to obszar praktyki związany z działaniami terapeutycznymi. Opiera się on na obserwacji wzorców fal mózgowych, powiązanych z określonymi stanami umysłu oraz określonym zachowaniem. Równowaga w zakresie czynności fal wolnych (fal theta) i produkcji fal szybkich (beta) wiąże się ze stabilną uwagą, koncentracją i optymalną aktywacją mózgu do rozwiązywania problemów. Monitorowanie czynności fal mózgowych przy jednoczesnym stosowaniu strategii metagnitywnych przyspiesza proces uczenia się: wpływa na poprawę procesów uwagi i zmniejszenia impulsywności, osłabia lęk i zwiększa czujność. Wykorzystując trening neurofeedback, można bezpośrednio wpływać na wymienione poniżej komponenty inteligencji:

- umiejętność włączania zrelaksowanego stanu umysłu,
- podejście do uczenia się nie wyłącznie w kategoriach „muszę”,
- wysoki poziom czujności,
- elastyczność oraz kontrola stanu umysłu, np. w sytuacji rozwiązywania złożonego problemu (niepożądany stan medytacyjny alfa i/lub stan senny theta),
- stan koncentracji uwagi na istotnym materiale oraz rozwiązywaniu problemów (czynność fal beta),
- refleksyjny i rozważny sposób funkcjonowania (w przeciwieństwie do impulsywności) (M. Thompson, L. Thompson 2012: 37).

Do planowania sesji biofeedback wykorzystywana jest metoda QEEG obrazowania pracy mózgu. Jest ona jednym z najbardziej dostępnych i praktycznych narzędzi do badania funkcji i dysfunkcji mózgu. W badaniach z zakresu psychologii oraz psychiatrii jest wykorzystywana przykładowo do diagnozy ADHD, depresji, dysleksji, schizofrenii, zaburzeń lękowych, autyzmu, zespołu Aspergera (M. Thompson, L. Thompson 2012: 168–180). Umożliwia ona nie tylko zapis EEG, ale również wskazuje oprogramowanie analizujące sygnał EEG, określając różne aspekty EEG w sposób ilościowy (aktywność mózgu w zdefiniowanym zakresie częstotliwości). Metoda QEEG ułatwia wizualizację tego, co tak naprawdę się dzieje w mózgu, wyświetlając

wartości liczbowe w tabeli jako widmo amplitud względem częstotliwości lub jako mapę topograficzną pokazującą rozkład czynności EEG w różnych miejscach na powierzchni skóry głowy. Proces ten zatem nie uwzględnia w diagnozie informacji o konkretnej morfologii (kształcie) fal lub o względnej liczebności niektórych rodzajów fal. Surowy zapis EEG pokazuje fale mózgowe, ich amplitudę i kształt w postaci funkcji czasu (M. Thompson, L. Thompson 2012: 52). Metoda QEEG zastosowana w obszarze psychiatrii i psychologii (projekt DSM V) stanowi potencjalne źródło informacji o objawach oraz markerach biologicznych, tzw. endophenotypach. W takim zastosowaniu metody QEEG badania genetyczne mogą być ukierunkowane na znalezienie biomarkerów wskazujących nie tylko na ryzyko zachorowania na określoną chorobę, ale także prawdopodobieństwo najlepszej odpowiedzi na określony rodzaj terapii. Endophenotyp to komponent pośredni między fenotypem a genotypem, miara odnosząca się do procesów neurofizjologicznych, biochemicznych, poznawczych lub neuropsychologicznych. Jest on dziedziczny. Identyfikacja endophenotypów ma na celu wczesne wykrywanie ryzyka pojawienia się określonych zaburzeń zachowania i emocji, skuteczne zapobieganie zaburzeniom lub łagodzenie ich skutków, a także wybór najlepszej metody terapii, w tym monitorowanie jej skutków (M. Thompson, L. Thompson 2012: 259).

Zarówno metoda QEEG, jak i neurofeedback są pomocne w pracy z osobami z trudnościami w uczeniu się, ponieważ koncentrują się na strategiach wykorzystujących mocne strony ucznia i kompensują tym samym jego słabości (<http://www.isnr.org>, dostęp: 21.06.2013).

Metoda biofeedbacku budzi kontrowersje zarówno w środowisku naukowym, jak i wśród praktyków, terapeutów. Z tego powodu w dalszej kolejności zostaną przedstawione różne opinie o jej skuteczności.

Internetowe opinie o skuteczności metody biofeedbacku

Jako pierwsze zostanie przytoczonych kilka wybranych opinii rodziców dzieci poddawanych terapii metodą biofeedbacku. Oto one.

Opinie pozytywne rodziców

1. Mój 13-letni syn ma ZT i nerwicę natręctw. Jeśli chodzi o efekt w ogóle, to [...] aż się boję tak myśleć, żeby nie zapeszyć, ale mam wrażenie, że jest lepiej. Największe tiki i natręctwa jakby złagodniały, w ogóle syn jest jakiś spokojniejszy, bardziej pogodny i wydaje mi się, że mniej się złości. I to w okresie przedświątecznym, kiedy normalnie był na orbicie. Poza tym, miał w ostatnich dniach testy psychologiczne, które wyszły nadzwyczaj dobrze (zwrócono na to uwagę w poradni), więc może to być również skutek treningów (<http://www.tourette.pl/forum/index.php?topic=65.0>, dostęp: 31.12.2013).
2. Mój Kacper chodzi na BF od kilku miesięcy – efekty widać i to duże:) Dodam, że Kacper ma zarówno autyzm i padaczkę w bonusie do zespołu. Odkąd chodzi na BF ustały tiki napadowe, poprawiła się koncentracja, Kacper się wyciszył i powolutku otwiera się na świat. Moi chłopcy przed rozpoczęciem terapii przeszli badania, testy. Neurolog kierująca powiedziała, że każdy z nich będzie przechodził BF w inny

- sposób, stymulacja będzie dotyczyła innych fragmentów mózgu ponieważ każdy z nich ma inne potrzeby. W ten sposób na BF chodzi Kacper: ZD, padaczka, autyzm, niedosłuch itd. Bartosz: mpdz, zaburzenia mowy i koncentracji oraz najmłodszy Kuba – zdrowy ale lekko nadpobudliwy – on ma zajęcia w ramach wyciszenia i też widzę efekty (<http://www.biofeedback-eeg.pl/page17.php>, dostęp: 31.12.2013).
3. Jesteśmy rodzicami 17-letniej Oli, która przed 1,5 rokiem uczęszczała na treningi biofeedback. Przed treningami córka miała kłopoty z koncentracją i kojarzeniem, co przekładało się na trudności w szkole – głównie na lekcjach z przedmiotów ścisłych, ale i z j. polskiego (dysleksja, dysgrafia i dysortografia). Średnia ocen nie przekraczała 4,0 – mimo ogromnego wysiłku i zaangażowania czasowego. Była nieśmiała, zamknięta w sobie, niepewna swoich działań i wiadomości (<http://www.biofeedback-eeg.pl/page17.php>, dostęp: 31.12.2013).
 4. Szymon nigdy nie chciał rozwiązywać skomplikowanych zadań, nawet jeśli było to tylko budowanie klocków, każde niepowodzenie sprawiało odrzucenie zabawy. Nie chciał zagłębiać się w jakiekolwiek zadania, nie miał elementu poznawczego. Kiedy poszedł do szkoły, w drugiej klasie zaniepokoiły mnie słowa syna: „mamo ja nic nie rozumiem, ja nic nie wiem”, wtedy trafiłam na ulotkę reklamującą biofeedback i postanowiłam spróbować. W Poradni Pani Mariola przeprowadziła z nami bardzo dokładny wywiad obejmujący pytania dotyczące nawet życia płodowego, zaleciła również ćwiczenia do wykonywania w domu. Biofeedback jest atrakcyjny dla dzieci. To jest niesamowite, że można kierować komputerem bez myszki za pomocą umysłu. Szymon ma teraz wyższą samoocenę, teraz wierzy w siebie. Wcześniej bał się zostać choć na chwilę sam w pokoju. Syn miał bardzo dużą obawę w stosunku do całego świata, on bał się wrócić sam ze szkoły do domu, kiedy jego koledzy już to robili. Po kilku miesiącach systematycznej terapii syn już sam wracał ze szkoły do domu. Wszystko się zmieniło! Czekają nas jeszcze sporo pracy. Ale było warto podjąć tego typu działania, które jak widzimy na przykładzie Szymka już przyniosły i dalej przynioszą wymierne skutki. To był strzał w dziesiątkę! (<http://www.poradnia.legnica.pl/opiniarodzicowhttp://forum.adhd.org.pl/viewtopic.php>, dostęp: 31.12.2013).
 5. Do poradni trafiłam z moim 10-letnim synem, który po 1,5-miesięcznym pobycie w szpitalu powrócił do szkoły i był przerażony ogromem materiału do nadrobienia, bał się że nie zda do następnej klasy, był zniechęcony, zamknięty w sobie. Kiedy dostał złą ocenę zamykał się w pokoju, opuszczał roletę i płakał. Byłam przerażona i zdałam sobie sprawę, że bez fachowej pomocy nie będę mogła pomóc synowi. Znalazłam kontakt do poradni, zadzwoniłam i już na drugi dzień byłam na wizycie. Po szczegółowej rozmowie i naświetleniu problemów dziecka przez panią Mariolę syn zaczął uczęszczać na zajęcia biofeedback oraz otrzymał szczegółowe wytyczne do ćwiczeń w domu. Jesteśmy pod opieką poradni od grudnia 2009 roku i widzę dużą zmianę w zachowaniu syna. Jest pogodny, pewny, opowiada o szkole, jest spokojniejszy, oceny są lepsze i chętnie odrabia lekcje. Syn bardzo chętnie uczestniczy w zajęciach, w poradni panuje ciepła atmosfera, bez pośpiechu i z zainteresowaniem, a dziecko jest najważniejsze. Fantastycznie, że w Legnicy można skorzystać z serdecznej i fachowej porady dla rodziców i ich dzieci, bo kto zrozumie nas lepiej niż mama, która swoją działalność zbudowała na doświadczeniach życiowych. Dziękuję (<http://www.biofeedback-eeg.pl>, dostęp: 31.12.2013).

6. Zuzia od czasu wykonywania ćwiczeń i korzystania z porad psychologa nabrała umiejętności ubierania się bez podtrzymywania, zakładania butów i wiązania na stojąco. Zaczęła skakać na skakance, pewnie jeździć na rowerze. Lepiej czyta, tylko przy dłuższych wyrazach sylabizuje. Pisze poprawnie, mniej się myli, jest bardziej uważna. Stała się pewna i odważna. Cóрка uwierzyła w siebie. Samodzielnie i chętnie wykonuje prace domowe, prosi o pomoc tylko, gdy są dla niej zbyt trudne. Bardzo zależy jej na dobrych ocenach, jest niezadowolona, gdy otrzyma słabą ocenę. Sama uczy się kilku ostatnich lekcji do sprawdzianu, np. z przyrody czy historii. My tylko sprawdzamy, czy się nauczyła, poprzez zadawanie pytań. Stała się bardzo aktywna w szkole, sama zgłosiła się na dodatkowe lekcje wyrównywania wiedzy z matematyki i j. polskiego. Nauczycielka matematyki stwierdziła, że nie musi już chodzić, gdyż sobie dobrze radzi. Zapisala się na kółko historyczne, chętnie bierze udział w konkursach (<http://forum.gazeta.pl/forum/t,biofeedback.html>, dostęp: 31.12.2013).
7. Na terapię EEG biofeedback zgłosiłam się z pięcioletnią córką. Kinga ze względu na wrodzoną wadę podniebienia była wielokrotnie hospitalizowana, cierpi na bezdech senny, często zapada na różne infekcje. Z tego powodu bardzo rzadko uczestniczyła w zajęciach przedszkolnych. U dziecka występowały zaburzenia mowy, problemy z koncentracją tzn. nie umiała dłużej skupić się na zadaniu, bywała często rozkojarzona, robiąc jedną rzecz, miała mnóstwo skojarzeń, jakby sto myśli na minutę. Kinga dużo się kręciła, nie potrafiła usiedzieć na miejscu. Ze względu na swoje przeżycia związane z chorobami oraz brakiem kontaktów z rówieśnikami dziecko było nieśmiałe, wycofane, nie potrafiło aktywnie uczestniczyć w zabawie z innymi dziećmi, czy zajęciach przedszkolnych. Kinga była ponadto dość uparta i nieustępliwa, lubiła postawić na swoim, niechętnie wykonywała polecenia. Terapia Biofeedback przebiegała w cyklu: pierwsze 30 spotkań 3 razy w tygodniu, kolejne 10 spotkań 2 razy w tygodniu. Na początku dziecku trudno było wejść w specyficzny sposób ćwiczeń, ale z czasem się do nich przyzwyczaiła i na zajęcia chodziła chętnie. Już po kilkunastu sesjach treningowych miałam odczucie, że cóрка mówi wyraźniej, co zauważyła również pani logopeda, łatwiej i chętniej się wypowiada, można powiedzieć, że jest wręcz rozgadana. U Kingi poprawiła się koncentracja, myśli są bardziej uporządkowane. Chociaż zauważam u dziecka ciągle występującą nadruchliwość, ma to łagodniejszą postać niż przed terapią. Kinga stała się bardziej kontaktowa, łatwiej nawiązuje relacje z rówieśnikami, mam wrażenie, że jest dojrzała, mniej uparta, łatwiej da sobie coś przetłumaczyć, ustąpić, pogodzić się z czyjąś opinią. Jestem zadowolona ze współpracy z terapeutką, która potrafiła nawiązać bardzo dobry kontakt z dzieckiem, była cierpliwa i zaangażowana w pracę z Kingą, choć treningi wymagały od córki dużego wysiłku. Pani Ewa starała się tak uatrakcyjnić zajęcia, żeby zmotywować ją do aktywnego wykonywania ćwiczenia. Informowała mnie na bieżąco o postępach córki i planowaniu terapii, udzielała również cennych wskazówek pedagogicznych dotyczących postępowania z dzieckiem (<http://forum.adhd.org.pl/viewtopic.php?start=80&t=1725>, dostęp: 31.12.2013).
8. Jesteśmy rodzicami trzynastoletniego chłopca z rozpoznanym zespołem Aspergera. Nasze dziecko po porodzie trafiło na OIOM, gdzie zdiagnozowano zakażenie OUN (Ośrodkowego Układu Nerwowego) oraz wylewy I i II stopnia. Rokowania były niepomyślne, lekarz prowadzący od samego początku zaznaczał konsekwencje ta-

kiego zakażenia oraz wylewów. Syn jednak rozwijał się prawidłowo. Pierwsze problemy zasygnalizowano nam w przedszkolu – dziecko zapisaliśmy w wieku 3 lat, aby miało kontakt z rówieśnikami. Syn nie malował, izolował się od dzieci, do zabawy nie potrzebował towarzystwa. Pierwsze zetknięcie z biofeedbackiem mieliśmy na Oddziale Zaburzeń Emocjonalnych, był to cykl 10 zabiegów. Po tych zabiegach zauważyliśmy wyciszenie naszego syna, następnie, za rok, syn miał następne 20 zabiegów. W owych czasach nie było do tego typu terapii łatwo się dostać – jeździliśmy aż ponad 100 km samochodem. Obecnie jesteśmy w trakcie terapii. Za pośrednictwem znajomej dowiedzieliśmy się, że taka terapia jest możliwa w Wodzisławiu Śl. Bardzo przeżywaliśmy ten czas, ponieważ syn szedł do gimnazjum, obawialiśmy się, czy sobie poradzi – nowe otoczenie (te dzieci nie lubią zmian), nowi znajomi, no i oczywiście baliśmy się, czy otoczenie zaakceptuje naszego syna. Dzięki wspaniałej terapeutce, pani Oldze, naszemu synowi pierwsze kroki udały się bezboleśnie. W czasie wakacji pani Olga podjęła się terapii Karola metodą EEG biofeedback, która trwa nadal – zauważyliśmy z mężem, że syn stał się opanowany, potrafi szybciej się uczyć, ma lepszą koncentrację, co przekłada się na oceny semestralne. Bardzo chętnie jeździ na terapię, chętnie na ten temat z nami rozmawia i bardzo polubił panią Olę (dzieci z zespołem Aspergera nie wszystkich terapeutów lubią). Bardzo zachęcam i namawiam wszystkich znajomych i tych, którzy mają problemy z nauką do zgłoszenia się na terapię EEG biofeedback (<http://viiesen.hostingasp.pl/index.aspx?w=biofeedback&s=opinie>, dostęp: 31.12.2013).

Kolejne opinie będące w Internecie w mniejszości mają charakter neutralny. Oto one.

Opinie neutralne rodziców

1. Moje dziecko było poddane terapii biofeedbacku w Ośrodku w Orzeszu, synek ma 13 lat i oprócz ZT ma również ADHD, przebył 8-tygodniową terapię, ale niestety nie widziałam jakichś spektakularnych wyników, ale wiem, że są dzieci, które po prostu doznają cudu, widocznie nie na wszystkich jednakowo to działa (<http://www.biofeedback-eeg.pl/page17.php>, dostęp: 31.12.2013).
2. Mój syn Michał 12 lat chodzi na EEG biofeedback w swojej szkole integracyjnej jakieś 1,5 roku. Niestety jakiejś specjalnej poprawy nie zauważyłem. Jedyny plus, że terapia jest bezpłatna (tzn. płaci szkoła) (<http://www.biofeedback-eeg.pl/page17.php>, dostęp: 31.12.2013).

Kolejna grupa osób, których opinie o metodzie biofeedbacku zostały odnalezione w Internecie, to pacjenci. Oto wybrane z nich.

Opinie pozytywne pacjentów

1. Od kilkunastu lat cierpiałam na uporczywe bóle głowy i migreny. Medycyna konwencjonalna okazała się bezsilna. Po wakacjach tego roku trafiłam do Państwa Zaborowskich. Byłam w opłakanym stanie – znerwicowana, załamana, przestałam spać. Pani Ewa Zaborowska przeprowadziła wnikliwą i trafną diagnozę. Zaczęłam uczęszczać na treningi regularnie 2 razy w tygodniu, przyznam, że z pasją. Początkowo efektów nie było widać. Po około 10 treningach poczułam się lepiej. Byłam mniej napięta, budziłam się w nocy, ale mogłam zaraz zasnąć powtórnie, a migreny pojawiały się coraz rzadziej. Wytworzyło się takie pozytywne sprzężenie zwrotne. Treningi sprawiały mi coraz więcej radości, im chętniej chodziłam, tym czułam się

lepiej. Dodatkowym atutem jest niezwykle sympatyczna atmosfera panująca w gabinecie. Pracuję pod okiem pana Andrzeja, który zawsze potrafi człowieka postawić do pionu, nawet jeśli trening jest mniej udany. W tej chwili nie biorę żadnych leków przeciwmigrenowych. Odzyskałam spokój i radość życia. Po przerwie spowodowanej chorobą wróciłam niedawno do treningów i mam zamiar je kontynuować jeszcze przez jakiś czas (<http://www.biofeedback-eeg.pl/page17.php>, dostęp: 31.12.2013).

2. Mam 21 lat, jestem studentem arabistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego. Moja przygoda z biofeedbackiem zaczęła się w lipcu tego roku. Miałem kilka powodów – ciągnąca się trzeci rok depresja, zaburzenia nastroju, ogromne problemy z koncentracją; chciałem odstawić leki antydepresyjne, które wtedy przyjmowałem, oraz leki stabilizujące nastrój, które bardzo negatywnie wpływały na mój poziom funkcjonowania (sen min. 12 h dziennie, permanentne uczucie „przymulenia”). Co dał mi biofeedback: jasność myślenia. Zauważyłem, że potrafię bardziej racjonalnie podchodzić do własnych uczuć, zachowań i myśli. Osobom zmagającym się z nastrojami depresyjnymi czy zaburzeniami nastroju nie trzeba mówić, jak zniewalającą siłą mogą mieć powtarzające się negatywne wzorce myślowe. Biofeedback pomaga w wykształceniu pewnego rodzaju przeciwwagi – racjonalnego osądu, który pozwala stanąć mocniej na ziemi. Stabilizacja nastroju. Jest to też zapewne po części skutek ww. jasności myślenia. Takie działanie biofeedbacku jest logiczne i zrozumiałe, kiedy weźmie się pod uwagę, że mój biofeedback był skierowany na pobudzanie do większej aktywności lewej półkuli, która odpowiada m.in. za myślenie analityczne, oraz na „wyciszenie” prawej półkuli – odpowiadającej m.in. za emocje. Skutkiem tego moim zachowaniem częściej zaczął kierować trzeźwy osąd niż emocje. Pewność siebie. Kolejna rzecz, która łączy się z poprzednimi. Jasność myślenia i bardziej stabilny nastrój pozwala poczuć do siebie większe zaufanie, ponieważ mamy wtedy większą kontrolę nad swoim życiem i swoimi stanami. Skutkuje to większą pewnością siebie. Innym aspektem tej sprawy jest wyjątkowe dla mnie odkrycie – mianowicie, że zacząłem mówić w sposób o wiele bardziej spójny i rzeczowy, niż miało to miejsce wcześniej. Była to naprawdę ogromna różnica, która bardzo pomogła mi w komunikacji ze światem i z innymi ludźmi. Choć przyczyn uczucia izolacji i niezrozumienia jest więcej i sięgają dużo głębiej, to jednak umiejętność precyzyjniejszego wyrażania swoich uczuć i myśli jest dla osób z takimi problemami nieoceniona. Poprawa koncentracji. Bardzo ważna na studiach, ułatwiająca zapamiętywanie informacji i dyscyplinę. Kreatywność. Obok łatwości wysławiania się, o której wspomniałem, była to dla mnie najbardziej widoczna i „wymierna” zmiana. Gram na gitarze i dokładnie po 28 sesji biofeedbacku w mojej głowie nagle zaczęły się pojawiać pomysły muzyczne w natężeniu, jakiego wcześniej nie znałem. Melodie i rytmy zaczęły praktycznie tworzyć się same, wzrosła też moja umiejętność improwizacji. W ciągu dwóch miesięcy do głowy wpadło mi więcej muzycznych pomysłów niż przez poprzednie dwa lata. Kreatywność dotyczy też oczywiście innych dziedzin życia – mogę bez wątpliwości gorąco polecić biofeedback każdemu, kto czuje, że przestał się rozwijać, ugrzązł w jakimś punkcie, zamknął się w schemacie. Znaczna poprawa nastroju wskutek tych wszystkich pozytywnych zmian. Aby być w 100% uczciwym, muszę w mojej opinii o biofeedbacku zawrzeć jeszcze dwie kwestie: po pierwsze, biofeedback nie działa od razu.

- Przez pierwsze sesje poprawa była delikatna. W moim przypadku przełom nastąpił po 28 sesji – nic tego nie zapowiedziało, ale dosłownie w ciągu tygodnia dostałem zastrzyku energii, wtedy też odkryłem swoją kreatywność i łatwość w komunikacji. Czy to długo? Moim zdaniem nie. Biorąc pod uwagę wszechstronny pozytywny wpływ, który wywiera biofeedback, warto jest wykazać się samozaparciem. Wiem, niektórzy zaczynają odczuwać efekty już po 20 sesji, ale inni z kolei po 30 i później. Druga kwestia: podczas treningów biofeedbackiem stosowałem też inne techniki i metody, które mogły wpłynąć i wpływały na mój nastrój: codzienna medytacja, terapia ziołami, masaże, praca duchowa. Dlatego zdawkowo piszę o sukcesach biofeedbacku w walce z nastrojami depresyjnymi – nie mam pewności, ile jest tu zasługą biofeedbacku, a ile innych technik radzenia sobie z nimi. Natomiast bez wątplenia potwierdzam i serdecznie polecam biofeedback jako katalizator wielu pozytywnych zmian w życiu emocjonalnym, intelektualnym i artystycznym. Zapraszam do kontaktu ze mną, z chęcią udzielę odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące moich doświadczeń z biofeedbackiem (<http://www.biofeedback-eeg.pl/page17.php>, dostęp: 31.12.2013).
3. Trwająca od września do stycznia sesja licząca 30 treningów zaowocowała poprawą ocen z matematyki i dojściem aż do finału Małopolskiego Konkursu Humanistycznego. Dziękuję Panu Andrzejowi za te wszystkie spędzone razem godziny, które zaowocowały tak świetnymi wynikami w nauce i z niecierpliwością czekam na sesję po rocznej przerwie (<http://www.nerwica.com/biofeedback-terapia-mozgu-t13936-14.html>, dostęp: 31.12.2012).
 4. Witam wszystkich, terapia biofeedback naprawdę działa, tylko trzeba dowiedzieć się o niej trochę. Jeśli ktoś myśli, że po trzech treningach poczuje poprawę, jest w błędzie, pełna terapia wymaga przejścia kilku poziomów od łatwego do najtrudniejszego, zależnie od predyspozycji od ok. 20 do 30 sesji. Na pełen efekt czeka się ok. 2–3 miesięcy, po czym po pół roku wraca się na kilkanaście sesji w celu ugruntowania efektu. Jeśli prowadzący twierdzi inaczej, wprowadza was w błąd, skuteczność metody potwierdzam na własnym przykładzie – kilkuletnia poważna nerwica, w ciągu 35 treningów poziom fal dobrych i złych w mózgu wyrównał się, a był bardzo niepokojący, samopoczucie ok, brak ataków, a dopiero czekam na efekty. Trochę cierpliwości (<http://forum.gazeta.pl/forum/t,biofeedback.html>, dostęp: 31.12.2013).

Opinie negatywne pacjentów

1. A gdzie tam, nic mi to nie pomaga, byłem już trzy razy u takiej terapeutki, nie rozmawia ze mną o moich problemach natury emocjonalnej, tak jak MOCca wspomniała, tylko zakłada na mnie jakieś kabelki i gada coś o falach Alpha, Beta, Gamma, Theta itd., dała mi jakieś ćwiczenia oddychania 6/10, napinania i rozluźniania mięśni, NIC mi to nie pomaga, dalej to samo, nie wiem, czy dalej na to chodzić, czy nie (<http://www.nerwica.com/biofeedback-terapia-mozgu-t13936-14.html>, dostęp: 31.12.2013).
2. Ja chodziłem, byłem na 9 sesjach, ale nie wiem, czy coś mi to dało: (Pani siedziała za mną, bo tam miała kompa, ale jak coś źle szło, to mówiła. Zrezygnowałem z powodu nerwicy :) Aha, sesja była raz w tygodniu (<http://forum.gazeta.pl/forum/t,biofeedback.html>, dostęp: 31.12.2013).

Wywiady ze specjalistami terapii biofeedback

Wywiad on-line z neurofizjologiem klinicznym z „Centrum rozwoju mózgu” w Warszawie

WALKA ZE STRESEM TO JEST JEDEN Z POWODÓW, DLA KTÓRYCH WARTO PODDAĆ SIĘ TERAPII EEG BIOFEEDBACK

– Pani Doktor, co to jest biofeedback?

Jest to terapia, która pomaga osobom żyjącym w ciągłym stresie na zmniejszenie tego stresu, ale nie tylko, bo jest to terapia, która pozwoli szybciej i łatwiej uczyć się języków obcych, szybciej przyswajać wiedzę, a także terapia dla tych, którzy urodzili się z jakąś dysfunkcją rozwojową. Pomoże zmniejszyć skutki tej dysfunkcji, jak np. dzieci autystyczne, dzieci z ADHD, dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

– Czyli na prawdę bardzo dużo korzyści, ale na czym konkretnie polega terapia?

Terapia polega na regulacji jakby aktywności naszego mózgu. Nasz mózg podobnie jak serce wykazuje aktywność elektryczną i w przypadkach zaburzeń, na przykład ciągłego, długiego stresu dochodzi do zaburzenia tej aktywności. Ta terapia pozwala wrócić do równowagi i ułatwi kontrolę tego stresu.

– A co konkretnie robi pacjent?

Zadaniem pacjenta jest śledzenie gry, którą widzi na ekranie, przy czym uzyskuje informacje, co powinien robić.

– A jaka to jest informacja?

Dostaje informacje na przykład, że powinien pracować nad umiejętnością relaksacji.

– Czyli pacjent swoim mózgiem steruje tą grą?

W pewnym sensie tak, ale nie przez to, że myśli, jak gra ma przebiegać, tylko musi nauczyć się odprężenia, relaksacji.

– Jeśli będzie już odprężony i zrelaksowany, to co wtedy, co widzi na ekranie?

Jeżeli uda mu się zrelaksować i odprężyć, to wówczas gra będzie przebiegała w optymalnym swoim wariacie, a więc będzie toczyła się wartko. Natomiast w momencie kiedy nie będzie mu się to udawało, zobaczy, że na przykład gra zasnuwa się mgłą albo zatrzymuje się albo obraz zmniejsza się do zupełnie małego. To jest właśnie sygnał dla pacjenta, że nie udaje mu się wprowadzić w stan relaksacji.

– Zauważyłam, że na uszach pacjentów poddających się terapii, znajdują się pewne klipsy. Co to takiego i w jakim celu się je podpinają?

Te klipsy to są elektrody, tzw. elektroda odniesienia, która umożliwia rejestrację czynności tego, co generuje nasz mózg spod elektrody, która umieszczona jest w odpowiednim miejscu, wybranym przez terapeutę na powierzchni czaszki.

– Ale nie ma żadnego joysticka, nie ma żadnej myszki, samym myśleniem sterujemy tymi bohaterami gry?

Niekoniecznie myśleniem, bo to nie chodzi o to, że pacjent ma myśleć, jak gra ma przebiegać, on musi po prostu nauczyć się albo relaksacji albo skupienia uwagi, koncentracji i ta gra mu w tym pomaga (<http://www.youtube.com/watch?v=dIMDN4CnzTo>, dostęp: 31.12.2013)

Wywiad on-line z pediatrą i neurologiem oraz psychoterapeutą

– Proszę powiedzieć, Pani Doktor, na czym polega ta metoda?

Jest to metoda bardzo ciekawa, za pomocą tej metody możemy się nauczyć wpływać na własne fale mózgowe. Z jednej strony jest to metoda, która poznaje zależności między umysłem i między naszym ciałem.

- Dlaczego jest tak pomocna właśnie w ADHD?

Dlatego, że dzieci z ADHD mają odmienny wzorec fal mózgowych, czyli ich mózg pracuje na troszkę innych falach niż dzieci zdrowych. Dzieje się tak dlatego, że u dzieci zdrowych, mózg powoli zmienia się w czasie rozwoju, mianowicie fale wolne są zastępowane falami szybszymi. Natomiast u dzieci z problemem ADHD mózg ma praktycznie opóźnione dojrzewanie. W związku z tym kora jest rozregulowana, nie jest ustabilizowana tak jak u dzieci zdrowych.

- Mimo że są to dzieci inteligentne z ogromnym potencjałem intelektualnym, ale z dużym rozregulowaniem emocjonalnym, można tak powiedzieć.

Ależ tak, naturalnie. U tych dzieci bardzo często współistnieją inne zaburzenia funkcji, bardzo często takie dzieci mają np. skrzyżowaną lateralizację.

- Jak wygląda takie badanie?

Podczas badania używane są dwa monitory. Na jednym z nich terapeuta widzi fale mózgowe dziecka w formie wykresów, elektronicznego zapisu oraz rozkładu cyfrowego, natomiast na drugim dziecko widzi te same fale, czyli jak pracuje jego mózg w formie obrazka, w formie wideogry. Można powiedzieć, że dziecko podczas tego zabiegu kieruje samo, tylko za pomocą swojej głowy, swojego mózgu, tymi właśnie wideogramami. Czyli uczy się i jest nagradzane za to, że jego mózg pracuje poprawnie, że jego mózg tworzy poprawne fale mózgowe.

- Dziecko zapamiętuje te fale? Wie, jak wtedy reagować? Czemu to służy tak naprawdę? Dziecko nie wie, że w danym momencie produkuje tak dużo fal, szybkich, fal, które odpowiadają za koncentrację, za wyciszenia. Pacjent nie zdaje sobie z tego sprawy tylko uczy się instrumentalnie, uczy się tym, że zostaje nagradzany za to, kiedy jego mózg pracuje poprawnie, kiedy jego mózg tworzy te porządne fale mózgowe.

- A co się dzieje w przypadku gdy podczas badania u dziecka nastąpi dekoncentracja, rozproszenie? Co zaobserwujemy na ekranie?

Wówczas gra zatrzymuje się, postać lub przedmiot, którym steruje pacjent, przestaje się poruszać. Pacjent natychmiast ma dostarczoną informację sprzężeniem zwrotnym, że jego mózg nie pracuje poprawnie. Metoda ta powstała w ośrodku szkolenia astronautów NASA, co nie jest bez znaczenia i następnie została użyta przez medycynę kliniczną.

- Jakie są rokowania w tej metodzie? Jaka jest skuteczność?

Jeśli chodzi o dzieci z ADHD, ale nie tylko dzieci, gdyż tej terapii mogą być poddani również dorośli osobnicy z tym problemem. Ta metoda jest niezwykle skuteczna, na tyle skuteczna, że powstały książki na temat równorzędności, co dotyczy efektów z podawaniem psychotropowych leków. Natomiast na pewno metoda ta przewyższa stosowanie leków przez to, że nie ma żadnych objawów ubocznych, bo jest to metoda uczenia się.

- Jak długo trwa taki seans?

Seans trwa około 40 minut, jest to metoda medyczna, metoda cyfrowa oparta właśnie o diagnostykę EEG. Dzięki umieszczonym na głowie elektrodom terapeuci mierzą faktyczny stan pracy mózgu w danej chwili i uświadamiamy pacjentowi, jakie są jego możliwości.

(http://www.youtube.com/watch?v=udcVv_UUp7M, dostęp: 31.12.2013)

Wywiad bezpośredni z pedagog prowadzącą terapię EEG biofeedback w szkole Integracyjnej w Krakowie

- Proszę scharakteryzować krótko organizację procesu terapii?

Uczniowie, którzy uczestniczą w terapii EEG biofeedback, to uczniowie ze szkoły podstawowej i gimnazjum, w której jestem pedagogiem i prowadzę tą terapię, która jest bezpłatna. Jest możliwość zapisania się na terapię płatnie i jest to koszt od 70 zł. Uczniowie objęci terapią odbywają ją raz w tygodniu, po 60 minut, przez cały rok szkolny. Osoby przystępujące do EEG biofeedback muszą posiadać zaświadczenie od lekarza neurologa o braku przeciwwskazań do prowadzenia terapii.

- Proszę określić obszary zastosowania terapii?

Zaburzenia psychologiczne:

- ADHD,
- autyzm,
- dysleksja, dysgrafia, dysortografia,
- zaburzenia snu,
- zaburzenia koncentracji uwagi,
- zaburzenia pamięci.

Osoby zdrowe:

- poprawa pamięci,
- poprawa koncentracji uwagi,
- zmniejszenie napięcia emocjonalnego,
- zwiększenie odporności na stres,
- panowanie nad emocjami,
- poprawa samooceny.

Zaburzenia neurologiczne:

- mózgowe porażenie dziecięce,
- padaczka,
- udary mózgu,
- stany po udarze mózgu,
- migrena i inne bóle głowy.

Zaburzenia psychiatryczne:

- anoreksja i bulimia,
- depresje,
- nerwice,
- zespół obsesyjno-kompulsywny,
- pobudzenie psychoruchowe,
- schizofrenia, psychozy,
- uzależnienia.

Przy zaburzeniach neurologicznych i psychiatrycznych konieczna jest ścisła współpraca z lekarzem prowadzącym pacjenta.

- Jak przebiegają etapy terapii uczniów i jakie jest wyposażenie gabinetu w Pani szkole?

Etapy terapii u uczniów:

- stymulacja do działania, zwiększenie motywacji do pracy i nauki,
- aktywizacja i zwiększenie szybkości procesów intelektualnych,
- poprawa koncentracji uwagi, spostrzegawczości, pamięci,

- zwiększenie tempa pracy,
- wyciszenie, uspokojenie, lepsze panowanie nad emocjami,
- podwyższenie samooceny,
- likwidacja zaburzeń mowy,
- zwiększenie odporności na stres, mniejsze napięcie emocjonalne.

Wypożyczenie gabinetu:

- ciche pomieszczenie (hałas przeszkadza i rozprasza),
- wygodny fotel z podnóżkiem, my mamy profesjonalny fotel do masażu, z którego uczniowie często korzystają przed treningiem, pomaga w relaksacji,
- płyty z muzyką relaksacyjną, klasyczną, ale wersje instrumentalne,
- biurko, ewentualnie stolik, fotel dla terapeuty, lustro, w którym terapeuta obserwuje ucznia w trakcie treningu,
- 2 monitory: jeden dla ucznia, na którym wyświetlane są gry, drugi dla terapeuty,
- komputer, głowica, elektrody uszne i miseczkowe, pasta ścierna i mocująca, waciki, chusteczki higieniczne, woda, ewentualnie spirytus salicylowy,
- dobre oświetlenie,
- gry: prowadzę terapię na sprzęcie firmy Alien z 2006 roku, w którym jest 20 gier: 3 różne samochody, ptaszek, motylek, kwiaty, robot, słoń, łyżeczka, kręgle, serce, tuba, rzeczka, delfinki, rakieta. Oczywiście można dokupić nowe gry za dodatkową opłatą (<http://viiesen.hostingasp.pl/index.aspx?w=biofeedback&s=opinie>, dostęp: 31.12.2013).

Podsumowanie

Można mieć nadzieję, że całość przedstawionego materiału, jego porządek, forma, a zwłaszcza konkretne wypowiedzi osób pozwolą Czytelnikom na wyprowadzenie własnych wniosków o metodzie biofeedbacku. Metoda budzi kontrowersje, zarówno w świecie naukowym, jak i wśród praktyków. Opracowanie stanowi jednocześnie głos w toczącej się obecnie dyskusji nad powołaniem certyfikowanego zawodu neuroterapeuty, nad jego przygotowaniem do pracy, aspektami prawnymi i etycznymi wykonywanego zawodu.

Przetwarzanie informacji, o której jest mowa w prezentowanym materiale, w mózgu przybiera formę procesów elektrycznych i chemicznych, przekładając się na impulsy nerwowe i metabolizm w komórkach. Są to bardzo złożone procesy badane w ramach takich nauk, jak neuroanatomia, neurofizjologia i biochemia. Do niedawna jedynie neuropsychologia kliniczna zajmowała się badaniami z pogranicza dziedzin psychologii i neurobiologii, w zakresie badania zależności pomiędzy uszkodzeniem mózgu i zachowaniem. W chwili obecnej sytuacja uległa zmianie. Intensywny rozwój badań nad mózgiem w ramach nowej dyscypliny – neurokognitywistyki – stworzył możliwości badań nad relacjami pomiędzy mózgiem a funkcjami poznawczymi na niespotykaną dotąd skalę. Badania neurokognitywistyczne obejmują dwa zakresy problemowe. Próbę uzyskania odpowiedzi nie tylko na pytanie, o to gdzie w mózgu, w jakich strukturach anatomicznych czy szlakach nerwowych, zachodzą zmiany podczas aktywności poznawczej, ale także jak one przebiegają, na czym polega aktywność neuronów, co przykładowo dzieje się w mózgu, gdy

przetwarza uzyskiwaną informację. Tak więc to, co było do tej pory konstruktem jedynie teoretycznym, teraz dzięki zaawansowanym metodom badania pracy mózgu staje się możliwym do zmierzenia procesem, wykorzystanym w praktyce w metodzie biofeedback.

Bibliografia

- Gambin M, Łukowska E. (2009), *Wspomaganie rozwoju dzieci z autyzmem*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Pecyna M.B. (2001), *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
- Pańczyk J. (1998), *System biofeedback w praktyce dydaktyczno-pedagogicznej*, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej”, 9.
- Thompson M., Thomson L. (2012), *Neurofeedback. Wprowadzenie do podstawowych koncepcji psychofizjologii stosowanej*, Wydawnictwo Biomed Neurotechnologie, Wrocław.

Netografia

- <http://www.tourette.pl/forum/index.php?topic=65.0> (dostęp: 31.12.2013)
- <http://www.tourette.pl/forum/index.php?topic=65.0> (dostęp: 31.12.2013)
- <http://www.rodzinko.pl/mam-dziecko-niepe-nosprawne/1882-eeg-biofeedback.html> (dostęp: 31.12.2013)
- <http://www.goldenline.pl/forum/65559/biofeedback-u-dzieci-z-adhd/> (dostęp: 31.12.2013)
- <http://www.zakatek21.pl/forum/printview.phpt=3219&start=0&sid=2f40a-2100c3528a559ce7e242f0b7ce0/> (dostęp: 31.12.2013)
- <http://www.poradnia.legnica.pl/opinierodzicowhttp://forum.adhd.org.pl/viewtopic.php?> (dostęp: 31.12.2013)
- <http://www.biofeedback-eeg.pl/page17.php> (dostęp: 31.12.2013)
- <http://www.nerwica.com/biofeedback-terapia-mozgu-t13936-14.htm> (dostęp: 31.12.2013)
- <http://forum.gazeta.pl/forum/t,biofeedback.html> (dostęp: 31.12.2013)
- <http://viiesen.hostingasp.pl/index.aspx?w=biofeedback&s=opinie> (dostęp: 31.12.2013)
- <http://www.biofb.pl/opinie> (dostęp: 31.12.2013)
- <http://forum.adhd.org.pl/viewtopic.php?start=80&t=1725> (dostęp: 31.12.2013)
- <http://www.youtube.com/watch?v=dIMDN4CnzTo> (dostęp: 31.12.2013)
- http://www.youtube.com/watch?v=udcVv_UUp7M (dostęp: 31.12.2013)
- <http://www.isnr.org> (dostęp: 31.12.2013)

The use of EEG biofeedback method in the process of supporting the development of children and adolescents with special needs

Abstract

The theoretical part of the work presents the basic information on the method of biofeedback as a way to support the development of children and adolescents with special needs. The practical part presents the opinions of parents and patients on the EEG biofeedback method on the basis of available data in the Internet, and describes the experiences of studied people connected with this method, the frequency of the examination, the disorders it was supposed

to reduce, and the results of the therapy. Next there are the results of the on-line interviews conducted with people using the biofeedback method that describe what biofeedback is in their opinion and in what purpose it is being used. Additionally there is a presentation of data gathered during the conversation with a pedagogue using the biofeedback method in an integrated school. These information included the price of the therapy, number of students taking part in the therapy, area of use, stages of the therapy, and the therapeutic office equipment. The entire presentation allows for reaching own conclusions on the biofeedback method, its effectiveness and sense of its use in special needs therapy.

Keywords: EEG method, biofeedback, support process, therapy, special needs

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Paedagogica IV (2015)

Natalia Tarabula-Kamińska

Wspieranie rozwoju dzieci wybitnie zdolnych w kontekście idei powstawania uniwersytetów dziecięcych.

Na przykładzie dzieci uczęszczających do Niepublicznego Przedszkola „Stokrotka” w Gliwicach

Dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – pojęcie i typologia

Na temat specjalnych potrzeb edukacyjnych zaczęto mówić w 1978 roku w Wielkiej Brytanii, a samo pojęcie po raz pierwszy pojawiło się w dokumencie zatytułowanym *Warnock Report*. Następnie zostało ono upowszechnione w Deklaracji z Salamanki, która w 1994 roku została opublikowana przez UNESCO.

M. Bogdanowicz zaznacza, że:

specjalne potrzeby edukacyjne odnoszą się do tej grupy uczniów, która nie może podołać wymaganiom powszechnie obowiązującego programu edukacyjnego. Mają oni bowiem znacznie większe trudności w uczeniu się niż ich rówieśnicy. Są w stanie kontynuować naukę, ale potrzebują pomocy pedagogicznej w formie specjalnego programu nauczania i wychowania, specjalnych metod, dostosowanych do ich potrzeb, możliwości i ograniczeń. Powinni być nauczani przez specjalistyczną kadrę pedagogiczną w odpowiednich warunkach bazowych przy uwzględnieniu odmiennych rozwiązań organizacyjnych (Bogdanowicz 1996: 55).

Wynika z tego, iż dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi to te dzieci z odchyleniami od normy – odchylenia te mogą mieć charakter ujemny lub dodatni. Ujemne odchylenia od normy skutkują ograniczeniami w rozwoju psychoruchowym dzieci, we wszystkich czterech sferach: fizycznej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej, natomiast dodatnie odchylenia od normy to szczególne talenty i zdolności danego dziecka (Jastrząb 1995: 26–32).

Typologia dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Podziału dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi możemy dokonać ze względu na dwa kryteria, tj.: organiczne oraz psychiczne (psychologiczne). Ze względu na kryterium organiczne możemy wyróżnić dzieci:

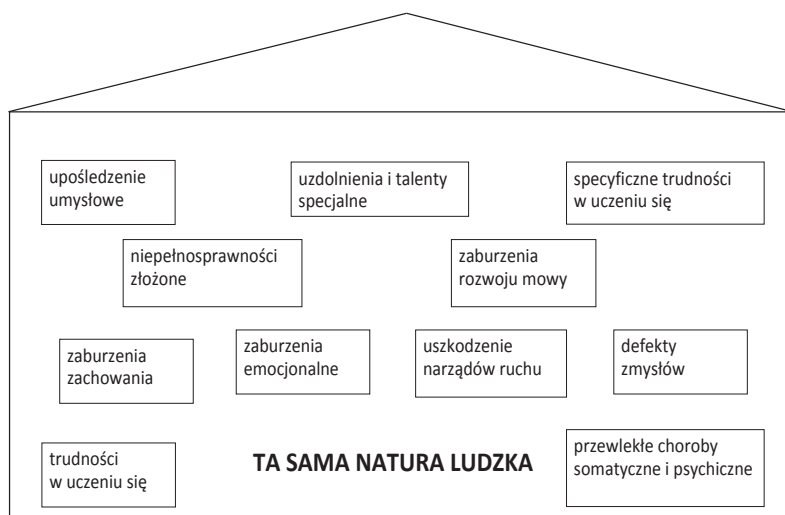
- z dysfunkcjami ruchowymi – w obrębie motoryki małej i/lub dużej,
- z dysfunkcjami wzrokowymi,
- z dysfunkcjami słuchowymi,

- z dysfunkcjami CUN,
- z deficytami rozwojowymi w zakresie poszczególnych funkcji poznawczych,
- przewlekłe chore (na podstawie: DSM – IV, DSM – V oraz ICD – 10).

Biorąc pod uwagę kryterium psychologiczne, do drugiej grupy dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, zalicza się dzieci:

- szczególnie zdolne,
- niepełnosprawne intelektualnie,
- z zaburzeniami rozwoju psychicznego,
- z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi,
- z zaburzeniami zachowania i emocji (na podstawie: DSM – IV, DSM – V oraz ICD – 10).

Poniższy schemat opracowany przez J. Jastrzęb przedstawia podział dzieci ze względu na rodzaj specyficznych potrzeb edukacyjnych.



Schemat 1. Podział dzieci ze względu na rodzaj specyficznych potrzeb edukacyjnych

Źródło: Jastrzęb 1995: 30

W niniejszym artykule przedmiotem mojego zainteresowania będą dzieci w wieku przedszkolnym ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, których odchylenia od normy mają charakter dodatni – dzieci wybitnie zdolne, a przede wszystkim współczesne sposoby wspierania ich rozwoju. Postaram się wykazać, iż zajęcia dodatkowe oraz zajęcia proponowane przez nowo powstające uniwersytety dziecięce są dobrymi sposobami wsparcia dla dzieci ponadprzeciętnie utalentowanych, które przez to mają szansę na lepszy rozwój swoich talentów i zdolności.

Charakterystyka funkcjonowania dziecka zdolnego

Dziecko zdolne czy wybitnie utalentowane jest dzieckiem o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Według S. Vasek oraz A. Stankowskiego termin „osoba o specjalnych potrzebach edukacyjnych” odnosi się do:

mniej lub bardziej heterogennej grupy osób, które z jakichś powodów wyraźnie różnią się od pełnosprawnej przeciętnej populacji. Niektórzy autorzy zaliczają tu dzieci z zaburzeniami uczenia się lub zachowania, ale niektórzy – także dzieci wyjątkowo zdolne i utalentowane (Vasek 2006: 31).

Dotychczas nie została wypracowana jednolita definicja terminu „zdolności”. Pojęcie to jest wieloznaczne i złożone. Według J. Reykowskiego: „zdolności są to warunki wewnętrzne, dzięki którym ludzie jednakowo zaangażowani, a więc o tej samej motywacji i jednakowo przygotowani, opanowują daną działalność niejednakowo szybko, a poziom osiągniętych przez nich rezultatów jest różny” (Reykowski 1974: 72).

Z. Pietrasiński podaje z kolei następującą definicję:

zdolnościami nazywamy takie różnice indywidualne, które sprawiają, że przy jednakowej motywacji i uprzednim przygotowaniu poszczególni ludzie osiągają w porównywalnych warunkach zewnętrznych niejednakowe rezultaty w uczeniu się w i działaniu (Pietrasinski 1969: 73).

W. Okoń twierdzi natomiast, że: „zdolność związana jest z łatwością i poprawnością w pobieraniu i przetwarzaniu informacji, podejmowaniem decyzji, a także w samodzielnym, twórczym i efektywnym działaniu” (Okoń 1983: 43). T. Lewowicki twierdzi, że dziecko zdolne to osoba, która posiada jedną z niżej wymienionych cech:

- wysoki poziom zdolności ogólnych – inteligencji,
- wysoki poziom zdolności specjalnych – uzdolnień,
- wysokie osiągnięcia w nauce, działalności wartościowej społecznie lub też potencjał w tym zakresie,
- dochodzi do rozwiązań oryginalnych i twórczych lub też posiada potencjał w tym zakresie (Lewowicki 1986: 57).

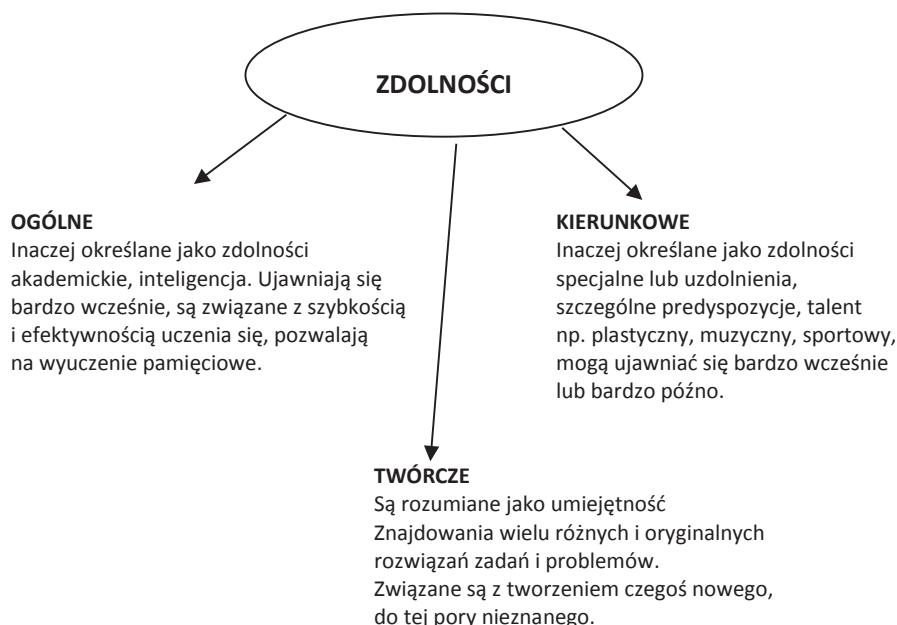
Na podstawie wyżej przytoczonych definicji zdolności można zatem stwierdzić, iż dziecko zdolne to takie, które szybciej i efektywniej czegoś się uczy czy wykonuje daną czynność.

Nie istnieje również jednorodny podział zdolności. W niniejszym opracowaniu przyjmuję podział według Limont, który według mnie jest najbardziej czytelny. W. Limont (2010: 34) dzieli zdolności na trzy grupy: ogólne, kierunkowe i twórcze. Ich opis został przedstawiony na schemacie 2.

D. Lewis (Bates, Munday 2005: 11) twierdzi, że dziecko zdolne posiada niezwykłe umiejętności, takie jak dar wczesnego czytania lub pisanie, talent muzyczny czy plastyczny oraz wysoką inteligencję. W literaturze przedmiotu dotyczącej dziecka zdolnego możemy spotkać szereg cech charakterystycznych dla takiej osoby. Poniżej postaram się pokrótce scharakteryzować dziecko zdolne w sferze intelektualnej, emocjonalnej i społecznej.

W sferze intelektualnej dziecko zdolne wyprzedza swoich rówieśników – szybko i łatwo przetwarza informacje docierające z różnych źródeł, jest dociekliwe, ciekawe świata, posiada dużą wyobraźnię i jednocześnie wiedzę o otaczającym je świecie. Dziecko takie ma również bardzo dobrą koncentrację uwagi i pamięć. Pod

względem werbalnym dziecko zdolne ma bardzo duży zasób słownictwa, buduje złożone wypowiedzi ustne i pisemne, zarówno w języku ojczystym, jak i w obcym (Manturzevska 1980: 55).



Schemat 2. Trzy grupy zdolności według W. Limont

Źródło: Limont 2010: 34

W sferze społecznej dzieci zdolne odznaczają się tym, że w większym stopniu wolą przebywać z osobami starszymi od siebie, osobami dorosłymi, z którymi mogą porozmawiać na poważniejsze, trudniejsze i mądrzejsze tematy niż z rówieśnikami. Szukają u starszych osób zrozumienia, a czasem też podziwu. Czasami jednak dziecko to przeciwstawia się stawianym mu wymaganiom, odnosi się do dorosłych w autorytarny sposób, więc jest odbierane jako krnąbrne i nieposłuszne. W przypadku kontaktów dziecka zdolnego z rówieśnikami w klasie widoczne są dwie przeciwstawne tendencje. Z jednej strony dziecko zdolne z łatwością nawiązuje kontakty z innymi dziećmi w swoim wieku, pomaga słabszym, często wybierane jest na dyżurnego – talenty i zdolności nie są tu przeszkodą w dobrych relacjach z rówieśnikami, nie są powodem do zazdrości czy konfliktów. Z drugiej strony dziecko uzdolnione może nie lubić swoich rówieśników, gdyż oni nie reagują tak szybko jak ono, nie potrafią celnie odpowiedzieć, poprawnie rozwiązać zadania – takie dziecko staje się dominujące i agresywne w grupie, obnosi się ze swoją wiedzą i umiejętnościami, jest zatem postrzegane jako zarozumiałe, zadufane w sobie. Dzieci zdolne są bardzo często ulubieńcami nauczycieli – co też nie przysparza mu sympatii rówieśników, wręcz przeciwnie – jest odrzucane przez klasę lub samo zaczyna się izolować, wycofywać (Panek 1990: 34).

Pod względem funkcjonowania emocjonalnego dziecko zdolne jest wrażliwe, niedojrzałe i labilne emocjonalnie. Ponadto dzieci te mogą się cechować dużą skromnością albo mieć zawyżone poczucie własnej wartości. Mogą odznaczać się pracowitością, być ambitne i posiadać dużą motywację do działania. Często umieją radzić sobie z trudnościami i porażkami lub odwrotnie – nie mają odporności na niepowodzenia, i tym samym ich poczucie własnej wartości staje się zaniżone (Popek 2004: 56). W literaturze przedmiotu często można spotkać się ze stwierdzeniem, że dzieci zdolne mają niezwykle poczucie humoru, poczucie estetyki i są bardzo sprawiedliwe.

Z powyższej charakterystyki dziecka zdolnego wynika, iż obraz ten nie jest spójny – dziecko utalentowane posiada szereg skrajnych cech, dlatego tak trudno jest rozpoznać i zdiagnozować dziecko pod względem jego szczególnych uzdolnień.

Uniwersytety dziecięce jako jedna ze współczesnych form wsparcia dziecka zdolnego

Formy wspierania rozwoju dzieci i uczniów zdolnych

Do form wspierania rozwoju dzieci zdolnych w polskim systemie oświaty według MEN obecnie należą:

- system olimpiad, turniejów i konkursów,
- wspieranie organizacji pozarządowych, które zajmują się dziećmi i uczniami zdolnymi,
- możliwość indywidualnego toku nauki i indywidualnych programów,
- system stypendialny,
- współpraca z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi (MEN 2010).

Według G. Poraj (2000: 61) we wspomaganiu dzieci i uczniów zdolnych wykorzystywane są różne formy nauczania indywidualnego, takie jak:

- szkoły dla uczniów zdolnych,
- klasy dla uczniów wyselekcjonowanych ze względu na ich zdolności i osiągnięcia,
- grupy uczniów w klasie, które realizują poszerzony program nauczania,
- wcześniejsze promocje, które skutkują realizacją przyspieszonego toku nauczania,
- nauczanie indywidualne,
- nauczanie indywidualne tylko wybranych przedmiotów, ze względu na szczególne zainteresowania dziecka.

Co zatem możemy zaproponować najmłodszym dzieciom? Dzieciom w wieku przedszkolnym, które są zdolne lub zaczynają przejawiać pewne talenty? Jak podaje A. Borowska (2009: 44), do najbardziej skutecznych form pracy z małym dzieckiem zdolnym należą między innymi:

- wykorzystywanie różnych możliwości i okazji do pracy indywidualnej z dzieckiem w ciągu dnia,
- przydzielanie dzieciom zdolnym trudniejszych zadań w trakcie zajęć zbiorowych,

- stwarzanie okazji do samodzielnego podejmowania i szukania przez dziecko zdolne sytuacji trudniejszych i złożonych,
- stawianie im trudniejszych zadań, pytań, problemów do rozwiązania,
- organizowanie konkursów, występów, turniejów, teatrzyków, aby dziecko miało możliwość pokazania swoich ponadprzeciętnych umiejętności i talentów.

Z powyższego opisu wynika, że istnieją już różne formy wspomagania rozwoju najmłodszego dziecka zdolnego, które nauczyciel powinien stosować w przedszkolu, podczas zajęć z dziećmi, gdy w grupie jest dziecko przejawiające szczególne umiejętności czy talenty.

Również jedną ze współczesnych form wspomagania rozwoju najmłodszego dziecka zdolnego są obecnie instytucje zwane uniwersytetami dziecięcymi. Poniżej przedstawię krótko charakterystykę tych instytucji – omówię historię i celowość ich powstawania.

Uniwersytety dziecięce – charakterystyka

Czym właściwie są uniwersytety dziecięce? Są to zajęcia edukacyjne dla dzieci przeważnie w wieku 7–12 lat, ale obecnie przyjmują także młodsze dzieci, tj. w wieku przedszkolnym (4- i 5-latki). Zajęcia te są organizowane przez wyższe uczelnie, fundacje czy szkoły językowe. Zajęcia w formie warsztatów i laboratoriów odbywają się na salach uczelnianych, a prowadzone są przez nauczycieli akademickich lub ekspertów z danej dziedziny naukowej. Dzieci, tak jak na prawdziwych studiach, składają ślubowanie, otrzymują indeksy, muszą uczestniczyć w zajęciach i na koniec dostają dyplom ukończenia studiów.

Jak podają różne źródła, uniwersytety dziecięce to „fenomen ostatnich lat” (http://www.uniwersytetydzieciece.pl/01_idea/011_idea.html, dostęp: 13.03.2014).

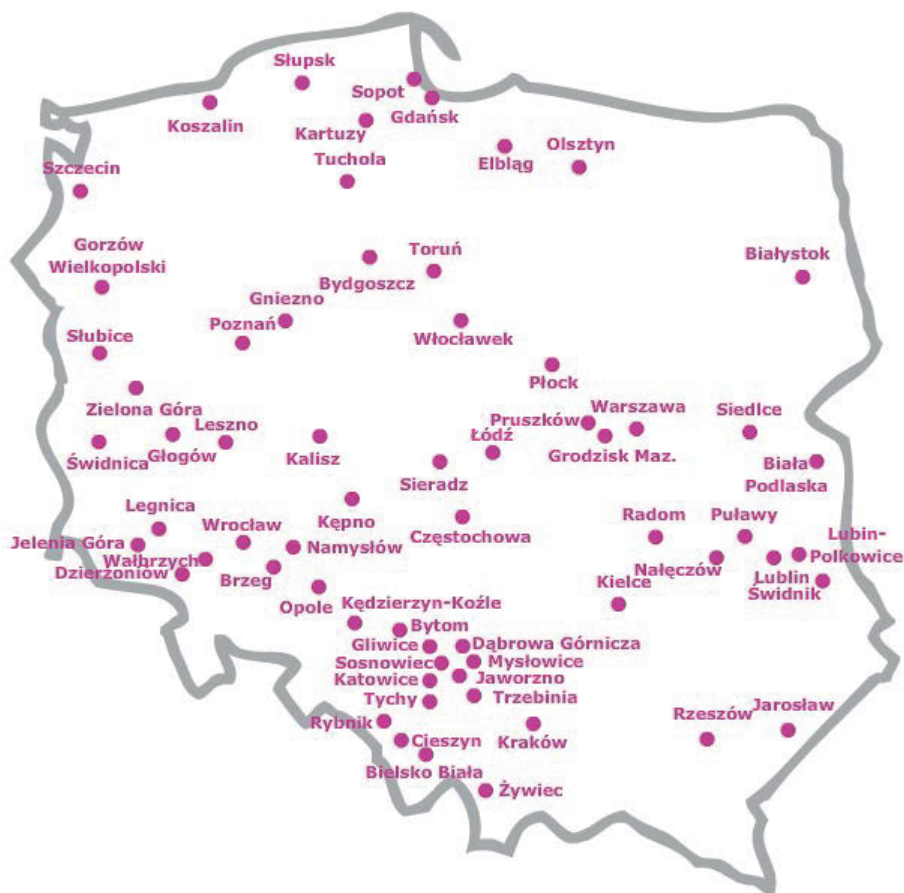
Pierwszy uniwersytet dziecięcy powstał w Tybindze w Niemczech w 2002 roku.

Uniwersytet w Tybindze w semestrze letnim 2002 roku był wypełniony dziećmi. W każdy wtorek przychodziły tłumnie do najważniejszego budynku – do Nowej Auli. Wbiegały po szerokich schodach, pokazywały legitymacje studenckie, otrzymywały pieczętkę w indeksie i z niekłamaną gorliwością wypełniały aulę po brzegi. Czasem nawet dwie osoby siedziały na jednym krześle. [...] Na Uniwersytecie Dziecięcym prawdziwi profesorowie odpowiadali na pytania zadawane przez dzieci. [...] Już pierwszy wykład cieszył się takim zainteresowaniem, że drugi został przeniesiony do większej sali, która również wypełniła się po brzegi. [...] Dzieci wniosły zupełnie nowego ducha w całe życie uniwersyteckie i rytuały akademickie (Janssen, Steuernagel 2009: 24–28).

Wkrótce przy innych niemieckich uniwersytetach powstało 70 takich placówek, a następnie pojawiły się one w takich krajach europejskich, jak: Austria, Szwajcaria, Wielka Brytania, Słowacja, oraz w wielu krajach na świecie: USA, Kolumbii, Meksyku.

Obecnie największy taki uniwersytet prosperuje w Wiedniu od 2003 roku. W Polsce pierwszą tego typu instytucję utworzono w Krakowie i działa ona od 2007 roku. Następnie powstały uniwersytety w Warszawie, Poznaniu i Łodzi (Janssen, Steuernagel 2009: 30–34). Kolejne uniwersytety dziecięce powstawały w Polsce

bardzo szybko i obecnie w naszym kraju jest ich ponad 50. Zostały one zaznaczone na poniższej mapie.



Mapa 1. Rozmieszczenie uniwersytetów dziecięcych w Polsce w 2013 roku

Źródło: http://www.uniwersytetydziecie.pl/03_mapa/031_mapa_wejdz.html, dostęp: 13.03.2014

W 2009 roku powstał projekt o nazwie „European Children’s Universities Network”, w ramach którego stworzono międzynarodową stronę wszystkich uczelni europejskich dla najmłodszych odbiorców i odbyły się pierwsze konferencje dotyczące uniwersytetów dziecięcych.

Ideą uniwersytetów dziecięcych jest wzbudzenie w dzieciach ciekawości świata, pokazanie, że nauka wcale nie musi być nudna, jest to także doskonała odpowiedź na potrzeby dzieci wybitnie zdolnych, aby zaspokoić ich głód wiedzy i ciągle poszukiwania odpowiedzi na nurtujące je pytania. Uważam, że jest to jak najbardziej współczesna forma wspierania rozwoju dzieci wybitnie utalentowanych, gdyż poprzez warsztaty w tych instytucjach dzieci mogą uzyskać odpowiedzi na trudne pytania, posłuchać ciekawych wykładów, eksperymentować, poszukiwać nowych

i nowatorskich rozwiązań problemów oraz rozwijać swoje talenty i zainteresowania, które tak często są bagatelizowane w przedszkolu czy w szkole.

Niepubliczne Przedszkole „Stokrotka” w Gliwicach – jak w przedszkolu wychować zdolne dziecko?

Jestem terapeutą pedagogicznym w Niepublicznym Przedszkolu „Stokrotka” w Gliwicach od 2013 roku. Zdążyłam już dostatecznie poznać strukturę placówki i jej dyrektora. Dyrektor, P. M. Nawrot, twierdzi, iż każde dziecko jest zdolne, tylko trzeba to dostrzec. Podczas rozmowy-wywiadu wyjawiała mi, że w przedszkolu podejście do dziecka zdolnego jest zupełnie inne – to nauczyciele mają obowiązek znaleźć szczególne uzdolnienia w każdym dziecku, każde dziecko wymaga indywidualizacji, a dzieci, które przejawiają szczególne zdolności, mają często problemy natury emocjonalnej – zadaniem przedszkola jest pomóc mu je pokonać. Wprowadziła ona w 2006 roku w swoim przedszkolu program „WWW – Wszyscy Wspaniali Wychowankowie”, który realizowany jest w ośmiu krokach:

1. Poznajemy ten temat: gromadzenie literatury fachowej, filmów, artykułów, dokumentów, narzędzi diagnostycznych na temat dzieci zdolnych.
2. Ankieta dla rodziców: obserwacja nauczycieli w przedszkolu nigdy nie zastąpi wiedzy rodzica na temat jego własnego dziecka, dlatego też warto dopytać o szczególne talenty, uzdolnienia czy zainteresowania dziecka.
3. Organizacja przedszkola: tworzenie warunków rozwoju uzdolnień dzieci wymaga elastycznych warunków organizacji przedszkola – zamiast stałych, z góry ustalonych tematów i form zajęć, nauczyciele przedszkolni wprowadzają: kąciki talentów czy zajęcia typu „wybierz, co chcesz zrobić”. Kąciki talentów mogą dotyczyć różnej tematyki, na przykład może być to kącik oglądania książek, opowiadania bajek, kącik doświadczeń i eksperymentów, kącik plastyczny, muzyczny, sportowy.
4. Pierwszy kwartał pobytu dziecka w przedszkolu, czyli „Trzy O”: **obserwacja** dziecka, **oferta** – m.in. przygotowanie kącików tematycznych, szeroka oferta aktywności, dzięki którym dziecko rozwija swoje zainteresowania i talenty, **otwartość** – elastyczność, podążanie za dzieckiem.
5. Rozmowy z rodzicami: na temat uzdolnień dziecka, podejmowanych aktywności, postępów, trudności, zalet, możliwości.
6. Dziecko zdolne, ale trudne: wspomaganie rozwoju emocjonalno-społecznego dziecka zdolnego, eliminowanie zachowań trudnych, niepożądanych.
7. Gromadzenie wytworów pracy dzieci: prac plastycznych, zdjęć itp. z zaznaczeniem daty ich wykonania przez dziecko.
8. Gratulacje: podsumowanie osiągnięć dziecka i nauczyciela, rozmowa z rodzicami, planowanie pracy z dzieckiem na kolejny rok w przedszkolu.

Autorka programu podaje, że przynosi on bardzo duże i pozytywne skutki w placówce, a dzieci i rodzice są bardzo zadowoleni. Twierdzi też, że każde dziecko ma jakieś wrodzone uzdolnienia, a w XXI wieku największym bogactwem każdego

człowieka jest właśnie talent, dlatego musimy już od najmłodszych lat dbać o indywidualny rozwój każdego dziecka.

Oprócz szerokiej oferty zajęć dodatkowych organizowanych w przedszkolu „Stokrotka” (balet, kółko szachowe, sztuki walk, języki: angielski, francuski, rytmika, gimnastyka korekcyjna, spotkania z teatrem, warsztaty kucharskie i inne) dzieci z przedszkola (4- i 5-latki) uczestniczą w różnorodnych warsztatach oferowanych przez Uniwersytet Dziecięcy Unikids w Gliwicach. Dzieci chętnie biorą udział w warsztatach, są członkami różnych klubów: podróżnika, małego chemika, miłośników zwierząt, maniaka komputerowego, pasjonatów astronomii, szalonych fizyków, historii, biologa, fanów sportu czy klubu pytań i odpowiedzi. Takie zajęcia dają dzieciom wiele radości, rozbudzają ich ciekawość, sprawiają, że dziecko ma poczucie sprawstwa poprzez uczestniczenie w wielu eksperymentach oraz uzyskuje wiedzę z zakresu, którym jest szczególnie zainteresowane.

Dobrym przykładem może być tutaj Kuba, którego poznałam w przedszkolu i który przejawia cechy charakterystyczne dla dziecka zdolnego. Kuba ma 5 lat i jest ciekawy świata, wykazuje się zdolnościami muzycznymi większymi niż jego rówieśnicy, potrafi zagrać proste melodie na bębenku, cymbałach, a obecnie próbuje już grać na flecie prostym. Ponadto potrafi już składać sylaby oraz ma doskonałą pamięć – z łatwością zapamiętuje wierszyki (nawet prosi o dłuższe!), piosenki, opowiadania. Jest dzieckiem ruchliwym, wciąż poszukującym. Wszystko go ciekawi, zadaje bardzo dużo pytań, ogląda wiele książek, które dostarczają mu rodzice, a szczególnie interesują go: kosmos, dinozaury i piraci (ci prawdziwi). Kuba bardzo chętnie i z ogromną radością uczestniczy w zajęciach dodatkowych, ale najbardziej nie może doczekać się zawsze warsztatów Uniwersytetu Dziecięcego. Bierze w nich aktywny udział, eksperymentuje, zadaje pytania i sprawia wrażenie wciąż nienasyconego. Kiedy warsztaty dobiegają końca, Kuba pyta, kiedy będą następne. Widać, że sprawiają one dziecku frajdę, dają poczucie zaspokojenia głodu wiedzy, poczucie sprawstwa oraz pewnego rodzaju satysfakcję.

Podsumowanie i wnioski

Celem niniejszego artykułu było ukazanie i analiza zależności między powstawaniem uniwersytetów dziecięcych a wspieraniem rozwoju dzieci wybitnie zdolnych. Przedstawiona w pracy problematyka nie wyczerpuje tego zagadnienia, jednak materiał faktograficzny upoważnia do sformułowania następujących wniosków:

1. Każde dziecko jest potencjalnie uzdolnione, tylko nauczyciel musi umieć to dostrzec.
2. Wspierając rozwój dzieci wybitnie zdolnych, musimy pamiętać, iż każde dziecko wymaga indywidualizacji.
3. Wspierając rozwój dziecka wybitnie zdolnego, należy wspomagać także jego rozwój emocjonalno-społeczny – eliminować zachowania trudne, niepożądane.
4. Nauczyciel powinien przygotować dla dziecka szeroką ofertę aktywności, dzięki którym dziecko rozwija swoje zainteresowania i talenty.

5. Jedną z takich ofert jest uczęszczanie na zajęcia organizowane przez uniwersytety dziecięce, których ideą jest wzbudzenie w dzieciach ciekawości świata, pokazanie, że nauka wcale nie musi być nudna, ale także jest to doskonała odpowiedź na potrzeby dzieci wybitnie zdolnych, aby zaspokoić ich głód wiedzy i ciągle poszukiwania odpowiedzi na nurtujące je pytania.

Podsumowując temat, pragnę przybliżyć słowa Terry'ego Pratchetta, które będą konkluzją całego artykułu:

Wiesz co jest największą tragedią tego świata? Ludzie, którzy nigdy nie odkryli, co naprawdę chcą robić i do czego mają zdolności. Synowie, którzy zostają kowalami, bo ich ojcowie byli kowalami. Ludzie, którzy mogliby fantastycznie grać na flecie, ale starzejąc się i umierając, nie widząc żadnego instrumentu muzycznego, więc zostają oraczami. Ludzie obdarzeni talentem, którego nigdy nie poznają. A może nawet nie rodzą się w czasie, w którym mogliby go odkryć (Pratchett 2000: 72).

Myślę, że każde dziecko ma talent, który my – nauczyciele – musimy dostrzec już w najwcześniejszych latach jego życia – właśnie w przedszkolu. W zauważaniu, a następnie rozwijaniu uzdolnień dzieci pomaga nam ogromna oferta zajęć dodatkowych w przedszkolu oraz takie współcześnie powstające instytucje jak uniwersytety dziecięce, które jak najbardziej są formą wspomagania rozwoju dzieci zdolnych. W XXI wieku musimy pamiętać, że największe bogactwo, które posiadamy, to właśnie nasze talenty i uzdolnienia. XXI wiek jest czasem, w którym każdy może odkryć swój talent!

Bibliografia

- Bates J., Munday S. (2005), *Dzieci zdolne, ambitne i utalentowane*, Wydawnictwo Liber, Warszawa.
- Bogdanowicz M. (1996), *Dysleksja rozwojowa. Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci*, „Magazyn Medyczny”, 10, 54–57.
- Borowska A. (2009), *Czy moje dziecko jest zdolne?* Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce.
- Bubas M. (b.r.w.), *Problemy ucznia zdolnego*, PZWS, Warszawa.
- Dykcik W. (2001), *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Glonka R.A. (2005), *Uczeń zdolny – przegląd pojęć i definicji*, Wydawnictwo Liber, Warszawa.
- Hauser U., Huther G. (2014), *Wszystkie dzieci są zdolne – jak marnujemy wrodzone talenty*, Wydawnictwo Dobra Literatura, Warszawa.
- Janssen U., Steuernagel U. (2009), *Uniwersytet Dziecięcy. Mądre odpowiedzi na trudne pytania*, Wydawnictwo Dwie Siostry, Warszawa.
- Jastrzab J. (1995), *Zaspokajanie potrzeb edukacyjnych*, „Wychowanie na co Dzień”, 12.
- Leniart T. (b.r.w.), *Uzdolnione przedszkolaki*, Wydawnictwo Liber, Warszawa.
- Lewowicki T. (1986), *Kształcenie uczniów zdolnych*, WSiP, Warszawa.
- Limont W. (2010), *Uczeń zdolny, jak go rozpoznać i jak z nim pracować*, GWP, Gdańsk.
- Manturzevska M. (1980), *Zdolności, uzdolnienie i talent muzyczny*, WSiP, Warszawa.

- MEN (2010), *Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Założenia projektowych zmian*, Warszawa.
- Nicholas J. (2002), *Zdolności a proces uczenia się*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Okoń W. (1983), *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*, WSiP, Warszawa.
- Olczak A. (2006), *Zdolne dziecko – wyzwaniem dla nauczycieli przedszkoli*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Panek W. (1990), *Zróżnicowanie intelektualne w populacji uczniów szkolnych i opieka nad uzdolnionymi*, Uniwersytet Warszawski, Filia w Białymstoku, Białystok.
- Pietrasinski Z. (1969), *Myślenie twórcze*, PZWS, Warszawa.
- Popek S. (2004), *Człowiek jako jednostka twórcza*, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Poraj G. (2000), *Modele opieki nad dzieckiem zdolnym*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa.
- Pratchett T. (2000), *Ruchome obrazy*, Prószyński i S-ka, Łódź.
- Reykowski J. (1974), *Psychologia pedagogiczna*, PWN, Warszawa.
- Wyczesany J. (2010), *Krakowska pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków.
- Vasek S. (2006), *Zarys pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo UŚ, Katowice.

Supporting the development of gifted children in the context of the idea of Children Universities

Abstract

A child with special educational needs is not only a child with disabilities, it is also an especially gifted one. In the intellectual area a gifted child outruns their peers – they process information coming from different sources quickly and with ease, they are curious, interested in the world around them, they have a large imagination and at the same time large knowledge about the world around them.

Aside from many other forms of supporting the development of gifted children in the Polish education system, there are also Children Universities. The main idea of Children Universities is to induce world-curiosity, to show that science does not have to be boring, but it is also a great answer to the needs of gifted children, to satisfy their hunger for knowledge and constant search for the answers to questions troubling them.

Each child has a talent that we – the teachers must see already in the earliest years of their lives. A great help in noticing, and then developing the talents of children can be found in the wide range of extracurricular classes in kindergarten and in such modern institutions as Children Universities, which are a great way to support the development of gifted children. The 21st century is a time when everyone can discover their talent!

Keywords: special educational needs, gifted child, forms of supporting gifted children, Children Universities

Agnieszka Bukowy

Jak z jeża zrobić lisa, czyli o sposobach dynamizowania potencjału twórczego młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym

Wprowadzenie

Zamierzona przewrotność tytułu niniejszego artykułu jest wynikiem pewnego skrajania, które pojawiło się podczas czytania fragmentu następującego tekstu:

PRL – jak ktoś trafnie zauważył – była basenem bez wody. Człowiek sobie nie popływał, ale też się i nie utopił. W 1989 roku zaczęto ten basen napełniać i to w tempie fali powodziowej. Wówczas okazało się, kto umie, a kto nie umie pływać, kto ma jeszcze szansę się nauczyć, a kto się utopi. Ta przemożna umiejętność pływania to syndrom cech ułatwiających przystosowanie się do radykalnie zmienionych reguł życia w III RP. Najistotniejszym jego elementem jest przedsiębiorczość – potocznie – spryt i zmysł ekonomiczny. Test wodny ujawnił z całą brutalnością, jak bardzo nie jesteśmy pod tym względem równi. Część z nas – nazywana tutaj „lisami” – dysponuje bogatym repertuarem odpowiedzi na wyzwania i zagrożenia, czuje się w nowej rzeczywistości u siebie, akceptuje przekształcenia własnościowe i zasady gry wolnorynkowej [...], grupa „jeży”, dysponujących jedną tylko odpowiedzią na wszelkie niebezpieczeństwa – zwinięciem się w kłębek – to przede wszystkim ludzie starsi i słabo wykształceni. Próbuja oni przeczekać nowe porządki, tęsknią, za rajem utraconym pustego basenu PRL (Czapiński, Wojciszke 1997, za: Denek 2001: 16).

Nie jest moim zamierzeniem naukowym analiza społeczno-ekonomicznych i politycznych uwarunkowań współczesnej rzeczywistości. Jednak powyższy cytat doskonale obrazuje uniwersalną prawdę: że nie tylko pod kątem przedsiębiorczości, ale pod wieloma innymi względami nie jesteśmy sobie równi. Począwszy od cech zewnętrznych podziwianych przez matki zaglądające do dziecięcych wózków, przez przymioty umysłu wyróżniane w szkole odmiennym paskiem na druku świadectwa, po życiowe wybory, różnymi się od siebie.

Idea normalności zakłada, że niektóre jednostki w zbiorowości nie spełniają „normy”. Gdyby 100 procent jednostek miało identyczne cechy, idea „normy” w ogóle by nie powstała. A zatem koncepcja „normy” i „normalności” zakłada odmiennność: podział zbiorowości na większość i mniejszość, na tych „w przeważającej liczbie” i „niektórych” (Bauman 2012: 83).

Zdaniem E. Fromma: zawsze istnieli ludzie, którzy czuli się gorsi od innych, których męczył brak poczucia bezpieczeństwa, którzy nie mogli znaleźć szczęścia w małżeństwie, mieli kłopoty z wykonywaniem pracy lub przynajmniej z czerpaniem z niej zadowolenia czy też nadmiernie obawiali się innych ludzi i tak dalej (za: Kozubek 2012: 229).

Normą współczesnego świata wydaje się umiejętność radzenia sobie w szybko zmieniających się okolicznościach. Obecna rzeczywistość bezwzględnie promuje populację „lisów”. Tymczasem w grupie „jeży” znajdują się dzisiaj nie tylko „starsi i słabo wykształceni”, ale także osoby z niepełnosprawnością, z zaburzeniami osobowości, nieśmiałe, bardziej wrażliwe i wszystkie te, u których słowo „zmiana” wywołuje paraliż myśli i działań, a jej „oswojenie” wymaga tego, czego brakuje współczesnemu człowiekowi najbardziej – czasu.

Abstrahując od kontekstu sytuacji przytoczonej na początku artykułu, osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym doskonale wpisują się w populację „jeży”. Dlaczego? Predyspozycją decydującą prawdopodobnie są uwarunkowania neurofizjologiczne. Zgodnie z teorią psychologiczną W. Kohlera i H. Wallacha, spowolnienie zmian elektrycznych, chemicznych i fizycznych w komórkach kory mózgowej prowadzi do tego, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną z trudem zmieniają utrwalone nawyki i nabywają nowe – raz pobudzone komórki nerwowe wymagają dużej ilości czasu, by powrócić do stanu pierwotnego (za: Gałkowski 1979: 50). Dlatego reakcją na każdą sytuację niemieszczącą się w posiadanym repertuarze skryptów (scenariuszy typowych zachowań) będzie jakże skuteczne – z punktu widzenia „jeża” – zwinięcie się w kłębek.

„Jeże” pod lupą...

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym nie są grupą jednorodną pod względem specyfiki funkcjonowania. Doświadczenia pedagogiczne dostarczają przykładów tego, że w grupie tej znajdują się jednostki niekomunikujące się werbalnie i takie, które doskonale posługują się mową, a nawet zdobywają umiejętność czytania. Takie, które rozumieją komunikaty dosłownie, i takie, z którymi można prowadzić dialog bogaty w – co prawda nieskomplikowane, ale jednak wieloznaczne – treści. Są w grupie tej jednostki tak doskonale przystosowane społecznie, że rodzina nie waha się powierzyć im opieki nad małymi dziećmi i funkcji odprowadzania rodzeństwa do szkoły czy przedszkola. Są i takie, które poproszone o numer telefonu do domu wymieniają mechanicznie cyfry od 1 do 10 i bez wsparcia nie radzą sobie z najprostszymi wyzwaniem życia codziennego.

„Konfrontacja z osobami innymi niesie [...] niebezpieczeństwo popełnienia błędów poznawczo-emocjonalnych, do których w szczególności należą stereotypy, czyli tendencje do uproszczonego i zdeformowanego postrzegania grupy ludzi” (Kawula 1994: 19).

Dlatego w niniejszym opracowaniu celowo zostaną pominięte doniesienia literatury naukowej w kwestii charakterystyki osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, gdyż wiele z nich – choć prawdziwych – zbyt

generalizuje stan rzeczywisty. Wszak nie istnieją dwa takie same typy upośledzenia umysłowego (Borzyszkowska 1985). Przestrzeń różnic indywidualnych jednostek z niepełnosprawnością staje się tą strefą, która jeśli zostanie pominięta lub błędnie „zagospodarowana” w procesie dydaktyczno-wychowawczym, może rzutować na całokształt dorosłego życia człowieka. Często przez lata trenowanego w poczuciu bezradności i zależności od innych. Ów tzw. trening bezradności to według M.E.P. Seligmana (za: Chrzanowska 2009) doświadczanie serii niekontrolowanych sytuacji, w wyniku których jednostka nabywa przekonania o braku wpływu na konkretną sytuację. Następstwem takich doświadczeń jest pasywność w zetknięciu z nowymi okolicznościami, czyli typowe zachowanie „jeża”. Na klasyczny model wyuczonej bezradności M.E.P. Seligmana składają się trzy deficyty:

- poznawczy (przekonanie o nieskuteczności własnych działań),
- motywacyjny (bierność, spowolnienie reakcji i jej brak na bodźce ze środowiska),
- emocjonalny (obniżenie nastroju, eskalacja lęku, niepewności, nawet stany depresyjne) (za: Chrzanowska 2009). Ujawnienie się postawy bezradności będzie miało miejsce tylko wtedy, jeżeli styl interpretacji niekorzystnych życiowych zdarzeń będzie pesymistyczny. To z kolei ściśle wiąże się z samooceną i poczuciem własnej wartości (za: I. Chrzanowska, 2009), które u osób z niepełnosprawnością intelektualną są obszarami często zaburzonymi.

Zdaniem K. Parys:

ta niekorzystna sytuacja nie wynika bezpośrednio ze słabszego rozwoju intelektualnego, lecz jest najczęściej konsekwencją deprywacji potrzeb emocjonalnych osób z upośledzeniem umysłowym. Niepowodzenia szkolne, izolacja lub odrzucenie społeczne wywołuje poczucie braku wiary we własne możliwości i umiejętności, poczucie inności, zagrożenia, bezradności, przekonanie o nieuchronności porażki (Parys 2013: 70).

A. Ostrowska i J. Sikorska (za: Chrzanowska 2009) interpretują podobne zachowania w kategorii zjawiska automarginalizacji, które pozostając w opozycji do procesu integracji, cechuje bierność, bezradność, akceptacja upośledzonego statusu, postawa wycofywania się i rezygnacji.

W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną nietrudno o zjawisko wyuczonej bezradności czy automarginalizacji, jeżeli są one izolowane i odrzucane przez rówieśników. Doniesienia wielu badaczy (Minczakiewicz 2003; Ćwirynkało 2003; Chodkowska 2004) dowodzą, że proces wykluczania zaczyna się już w przedszkolu i trwa przez następne etapy edukacyjne (głównie w szkołach ogólnodostępnych i integracyjnych). Z tego powodu postawa „zwijania się w kłębek” nie dziwi tak bardzo. Jakże zatem podjąć działania, by zagubiony, przestraszony „jeż” zaczął „gubić igły zahamowań” i mógł doświadczyć radości życia w skórze pewnego siebie „lisa”? Przynajmniej w niektórych obszarach funkcjonowania.

Twórczość z niepełnosprawnością w tle

Zdaniem H. Olechnowicz (1983: 118) dzieci z głębszą niepełnosprawnością intelektualną: „są obdarzone potrzebami twórczymi w stopniu wyższym, niż na ogół

przypuszczano”. Często jednak potencjał twórczy tych osób sprowadzany jest wręcz schematycznie do: „aktywności plastycznej, muzycznej i teatralnej” (Parys 2013: 45). Praktyczność wymienionych form ekspresji oraz szerokie możliwości ich zastosowania sprawiają, że są one najczęściej wykorzystywane w pracy terapeutycznej z osobami niepełnosprawnymi. Pozwalają na ich emocjonalne otwarcie, niwelują napięcia i bariery psychiczne, otwierają na nowe doświadczenia.

Literatura przedmiotu obfituje również w przykłady kreatywności osób niepełnosprawnych intelektualnie w takich dziedzinach, jak twórczość literacka (Olechnowicz 1983, 1994) oraz narracja i pisanie twórcze (Bobrowska-Beszta 2008). Dlatego i takie aktywności mogą być dostępne osobom z deficytami poznawczymi.

Jeżeli zasadne jest rozwijanie potencjału twórczego osób z niepełnosprawnością intelektualną na drodze twórczej ekspresji prowadzącej do powstania konkretnego wytworu w postaci obrazu, wiersza, piosenki czy spektaklu, rodzi się pytanie o sens dynamizowania twórczości tych osób poprzez konkretne ćwiczenia wchodzące w skład typowych treningów twórczości. Te K.J. Szmidt definiuje następująco:

Trening twórczości to system grupowych ćwiczeń psychoedukacyjnych, stosowanych doraźnie w celu budzenia, wspierania i rozwoju określonych dyspozycji postawy twórczej jednostki, stanowiącej przejaw jej dążenia do samorealizacji i zdrowia psychicznego oraz ulepszania środowiska życia (Szmidt 2007: 302).

Pomijając te kategorie ćwiczeń, do wykonania których konieczne są zdolności poznawcze uwarunkowane tzw. hipotezą progu zakładającą, że aby funkcjonować twórczo, konieczna jest inteligencja na poziomie przeciętnej (między 85 a 115 punktów w skali ilorazu inteligencji) (za: Karwowski 2009), diagnoza upośledzenia umysłowego nie wyklucza innej niż ekspresyjna działalności twórczej.

Wiele elementów treningu twórczości – zwłaszcza ćwiczeń skierowanych do młodszego odbiorcy – stwarza jego uczestnikom możliwość osobistego wypróbowania nowych form wyrazu. Ćwiczenia rozwijające procesy percepcyjne, intelektualne czy emocjonalno-motywacyjne mające twórczo uwrażliwić uczestnika zajęć pełnią dodatkowo funkcję odblokowującą liczne bariery w postaci lęków i obaw, negatywnych przekonań czy nagromadzonych napięć hamujących aktywność twórczą (Szmidt 1998). A przecież to stanowi istotę procesu „oswajania jeża”.

Dylematy pedagoga twórczości specjalnej

K.J. Szmidt (Schmidt i in. 2009) wyróżnił wśród błędów najczęściej popełnianych przez pedagogów rozwijających twórczy potencjał swoich wychowanków następujące:

- „poślizg” ku zabawie – gdzie zabawa jest celem, a nie środkiem pobudzania kreatywności wychowanków;
- „poślizg” ku terapii – gdzie każde ćwiczenie twórcze staje się żmudną terapią, a grupa twórcza – grupą terapeutyczną;
- przecenianie twórczości dzieci objawiające się ślepotą na działania i zachowania reproduktywne i naśladowcze;

– brak cierpliwości w oczekiwaniu na twórcze rezultaty – prawdziwie twórcze osiągnięcia uczniów pojawiają się przeważnie po wielu latach nauczania twórczości.

W kontekście powyższych spostrzeżeń rozwijanie potencjału twórczego osób z niepełnosprawnością intelektualną w przestrzeni edukacji specjalnej nie wydaje się już tak proste i jednoznaczne. Wszak pedagogika specjalna „terapiami stoi” (Pańczyk 2002: 20). W jaki sposób zatem i czy konieczne jest „odterapeutyzowanie” ćwiczeń twórczych, jeśli ich beneficjentami są osoby z niepełnosprawnością? W odniesieniu do nich istnieje tendencja do nadawania charakteru terapeutycznego praktycznie każdej czynności życiowej.

Jak rozpoznać, a następnie zachować granicę, do której dana aktywność jest jeszcze działaniem twórczym lub już może żmudną terapią?

W jaki sposób właściwie ocenić niebanalność pomysłów osób, których uwarunkowania biologiczne w naśladownictwie i reprodukcji ukryły mechanizm przetrwania? Czy to, co jest banalnym rozwiązaniem osoby pełnosprawnej, w przypadku młodego człowieka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym należy uznać za przejaw twórczości? Czy popełniamy błąd „niebezpiecznego rozszerzenia pojęcia twórczości na każdy przejaw uczenia się dziecka” (Szmidi i in. 2009: 129)?

Czy odpowiedzi czternastoletniego chłopca z zespołem Downa na pytanie z rozgrzewki twórczej: Czego człowiek ma za dużo? – „kościół, rozum, telewizji i komputera” – należy uznać za twórcze?

Kolejne pytanie: Co można otworzyć? I po wielu oczywistych odpowiedziach typu: „puszka, dom, drzwi, szafa”, po dwóch minutach ten sam chłopiec proponuje: „dłoń”. Czy jest to twórcze, czy zbyt oczywiste rozwiązanie postawionego problemu?

Brakuje nam, pedagogom specjalnym, rozmiłowanym w pedagogice twórczości, zewnętrznych kryteriów oceny dokonań naszych podopiecznych. Póki co działamy intuicyjnie i trochę po omacku, dlatego ta kwestia pozostaje problemem otwartym. Być może wybitni pedagodzy twórczości zechcą pochylić się nad tym, co prawda, incydentalnym, ale wartym uwagi obszarem twórczości, zbliżającym tak odległe bieguny pedagogiki uczniów wybitnie zdolnych i tych z niepełnosprawnością w tle.

Budzenie „lisa” w codzienności zajęć...

Zdaniem D. Gębuś (2013: 48):

Jeśli nauczyciel będzie podejmował działania twórcze pozwalające uczniowi na niekonwencjonalne myślenie, podejmowanie innowacyjnych działań, dążenie do samorozwoju i samorealizacji, będzie eliminował bariery i próbował przezwyciężać szkolną rutynę, to ma szansę na wychowanie podmiotowej jednostki (Gębuś 2013: 48).

M.P. Stasiakiewicz (2003) uważa, że dostęp osoby z niepełnosprawnością do określonej dziedziny aktywności uwarunkowany jest decyzją rodziców, pedagogów i terapeutów. Owa decyzyjność, choć kusząca, nie może jednak stać się narzucaniem woli swoim podopiecznym. Zdaniem W. Andrukowicz (za: Parys 2013) istotne jest

zachowanie balansu pomiędzy koniecznością interwencji i nieinterwencji w procesie twórczej działalności ucznia.

Dlatego ma sens dynamizowanie przez czekanie. Choć brzmi to trochę jak oksymoron, stanowi ważny element procesu samodecydowania osób z niepełnosprawnością intelektualną. A my tak bardzo w geście pomocowym lubimy wyprzedzać potrzeby naszych wychowanków. Widząc ich zakłopotanie, uruchamiamy lawinę pytań: A może to byś chciał? A może klocki poukładasz? Chodź, pokolorujesz obrazek... Tymczasem dawanie czasu na samodzielną decyzję – nieraz okupioną ogromnym wysiłkiem – pozwala poczuć się sprawcą „tu i teraz”.

D. Baczała (2011) sformułowała następujące wskazówki dotyczące kreowania twórczości osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną:

1. Stwórz warunki do kształtowania się poczucia „ja”.
2. Ucz koncentracji i rozwijaj procesy poznawcze.
3. Nie wyręczaj w wykonywaniu czynności dnia codziennego, gdyż tak budujesz poczucie samodzielności i poczucie sukcesu, pozwalasz na samorealizację.
4. Pozwól na dowolność w doborze tworzywa i sposobu tworzenia. Niech ci się nie wydaje, że wiesz lepiej, jak się tworzy. Nowe techniki rodzą się bez udziału instruktora, opiekuna i nauczyciela. Pamiętaj: „W zen mówi się: Zadaniem nauczyciela jest uchronienie ucznia przed wpływem nauczyciela” (Kapleau 1992: 8).
5. Nie oceniaj, nie krytykuj, nie ingeruj w proces twórczy, nie poprawiaj. Stojąc obok, motywuj [...].
6. Eksponuj wytwory pracy twórczej, zaczynając od tych najbardziej nieśmiałych i pierwotnych, a kończąc na dojrzałych i profesjonalnych [...].
7. Stwórz bank tworzyw, z którego twórca może korzystać. Kredki nie mogą leżeć w szafce, takie nowe, piękne i niedostępne.
8. Pamiętaj, że „wiele można uczynić w codziennych kontaktach nauczycieli z uczniami podczas zwykłych zajęć dydaktycznych, [...] pod warunkiem, że nauczyciel sam jest i chce być twórczy (Kłosińska 2000: 10).
9. Jeśli ci się wydaje, że z każdego człowieka i zawsze można uczynić szczęśliwego twórcę, to przyjmij, że możesz się mylić [...].
10. Człowiek z niepełnosprawnością, dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych, uczeń z odchyleniem od normy mają prawo do decydowania o rozwoju swojej twórczości i o kształcie tego procesu (Baczała 2011: 87–88).

To, co najbardziej istotne w powyższych wskazaniach, to podmiotowość w traktowaniu osób z niepełnosprawnością i swoista lekcja pokory dla nauczyciela, który w pewności swoich działań nie chce się mylić. Tymczasem podstawą działalności kreatywnej jest zdaniem H. Kwiatkowskiej (1997) potrzeba rehabilitacji błędu uczniowskiego i nauczycielskiego. Wśród takich doświadczeń rodzą się najbardziej wartościowe wnioski. „Szkoła jest okazją, a nie fabryką, w której o określonej godzinie należy wyprodukować jakiś produkt. Jak rzadko która instytucja szkoła może sobie pozwolić na komfort nieprzewidywalności” (Nalaskowski 1999: 40). I choć edukacja specjalna zapewnia swoim podopiecznym poczucie bezpieczeństwa właśnie poprzez czynności powtarzalne i przewidywalne, może warto od czasu do

czasu rozpocząć swoje zajęcia twórczym pytaniem: Co robi wiosna? Co jest delikatne i zielone? Być może uzyskane odpowiedzi będą takie same jak podczas codziennej pracy z kalendarzem. Ale niekoniecznie.

Jeżeli edukacja ma być: „spotkaniem, nieśpiesznym romansem dwóch osób” (Nalaskowski 1999: 88), warto zadbać o rzeczywiste zainteresowanie jego przebiegiem, tak by reakcje ucznia nie przypominały potakiwań posłusznej żony zgadzającej się na wszystko w obawie przed reakcją despotycznego męża.

Zamiast podsumowania...

Codziennność stawia przed nami szereg trudnych wyzwań. Jednym stawiamy czoła, przed innymi kulimy się w reakcji wycofania. Te doświadczenia nie są obce osobom z różnego rodzaju niepełnosprawnościami. Może częściej ich reakcją na potencjalne niebezpieczeństwo jest po prostu przeczekanie w pozycji nieznanego innych możliwości „jeża”.

Każdego dnia pośród licznych „zwinięć się w kłębek” jedna czynność wykonana pewnie, w poczuciu niezależności i sprawstwa decyduje o tym, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną tworzą na nowo obraz siebie. Być może kiedyś powstanie z tych „puzzli” piękny portret świadomego swojej wartości „lisa”.

Równocześnie „nikt [...] odpowiedzialny nie jest w stanie orzec, że twórczość oznacza bycie szczęśliwym. Stąd też wiedzie prosta droga do wniosku, że zabawa w trening twórczości może (jakkolwiek nie musi) się skończyć dla człowieka dość niefortunnie” (Nalaskowski 2009: 79).

Pytanie, czy dynamizować potencjał twórczy osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym – i nie tylko – na drodze metod arteterapeutycznych czy treningu twórczości, pozostaje otwarte. Dowolność doboru metod oddziaływania w ostatecznym kształcie i tak pozostanie decyzją nauczyciela czy terapeuty. Kierując się w swoich wyborach mądrością, wypada nam dążyć do takiego stanu, by inspirując swoich uczniów i wychowanków, podejmować chociaż zbliżone do prawidłowych decyzje. Pamiętając, że „mądrość nauczyciela bardziej określa siła wątplenia i zapytań poznawczo-filozoficznych niż siła upewnień” (Kwiatkowska 1997: 7).

Bibliografia

- Baczała D. (2011), *Twórczość niepełnosprawna intelektualnie*, [w:] E. Lubińska-Kościółek, K. Plutecka (red.), *Stymulowanie potencjału twórczego osób z różnymi potrzebami edukacyjnymi*, Impuls, Kraków.
- Bauman Z. (2012), *O edukacji. Rozmowy z Riccardo Mazzeo*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław.
- Bobrowska-Beszta B. (2008), *Echa ekspresji. Kulturoterapia w andragogice specjalnej*, Impuls, Kraków.
- Borzyszkowska H. (1985), *Oligofrenopedagogika*, PWN, Warszawa.
- Chodkowska M. (2004), *Problemy pedagogicznego wsparcia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie społecznego funkcjonowania w klasie szkolnej*, [w:]

- Z. Palak, Z. Bartkowicz (red.), *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Chrzanowska I. (2009), *Zaniedbane obszary edukacji – pomiędzy pedagogiką a pedagogiką specjalną*, Impuls, Kraków
- Ćwirynkało K. (2003), *Pozycja socjometryczna uczniów niepełnosprawnych a postawa nauczycieli wobec integracji*, [w:] Z. Kazanowski, D.D. Osik-Chudowolska (red.), *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Denek K. (2001), *Cywilizacja informacyjna a edukacja i nauki o niej*, [w:] K. Denek, T.M. Zimny, *Edukacja jutra. VI Tatrzańskie Seminarium Naukowe*, Agencja Promocji Nauki i Kultury MENOS, Częstochowa.
- Gałkowski T. (1979), *Dzieci specjalnej troski*, WP, Warszawa.
- Gębuś D. (2013), *Realizowanie idei podmiotowości w twórczych działaniach nauczyciela – od założeń teoretycznych do praktyki pedagogicznej*, [w:] J. Krukowski, A. Włoch (red.), *Szkoła twórcza w odtwórczym świecie*, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Karwowski M. (2009), *Kreatywność, twórczość, czy permanentna transgresja? Uwagi o aktywności osób niepełnosprawnych intelektualnie z perspektywy psychologii twórczości*, [w:] J. Głodkowska, A. Giryński (red.), *Kreatywność osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi – czy umiemy myśleć inaczej?* Wydawnictwo Naukowe Akapit, Kraków.
- Kawula S. (1994), *Nietolerancja jako źródło dewiacyjnych zachowań młodzieży*, [w:] S. Kawula, H. Machel (red.), *Młodzież, współczesne dewiacje i patologie społeczne: diagnoza, profilaktyka, resocjalizacja*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Kozubek M. (2012), *Filmoterapia w obszarze kultury terapeutycznej*, [w:] M. Sekułowicz, M. Oleniacz (red.), *Niesamodzielność. Studia z pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław.
- Kwiatkowska H. (1997), *Czy nauczyciel może nie być twórczy*, „Edukacja i Dialog”, 1, s. 5–10.
- Minczakiewicz E.M. (2003), *Młodzież niepełnosprawna i jej rodzice wobec edukacji integracyjnej*, [w:] Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowolska (red.), *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Nalaskowski A. (1999), *Edukacja, która nie chce przeminąć*, Impuls, Kraków.
- Nalaskowski A. (2009), *Pedagogiczne złudzenia, zmyślenia, fikcje*, Impuls, Kraków.
- Olechnowicz H. (1983), *Metody aktywizowania głębiej upośledzonych umysłowo*, WSiP, Warszawa.
- Olechnowicz H. (1994), *Wyzwalanie aktywności dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*, WSiP, Warszawa.
- Pańczyk J. (2002), *Rynek pracy pedagogów specjalnych w Łodzi na początku XXI wieku*, [w:] J. Pańczyk (red.), *Forum pedagogów specjalnych XXI wieku*, t. 1, WUŁ, Łódź.
- Parys K. (2013), *Przestrzeń dla kreatywności uczniów z niepełnosprawnościami intelektualnymi w stopniu lekkim*, Impuls, Kraków.
- Stasiakiewicz M.P. (2003), *Aktywność artystyczna dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w świetle psychologicznych koncepcji kreatywności*, [w:] E. Jutrzyzna (red.), *Sztuka w życiu i edukacji osób niepełnosprawnych. Wybrane zagadnienia*, APS, Warszawa.
- Szmidt K.J., J. Bonar (1998), *„Żywioły. Lekcje twórczości w nauczaniu zintegrowanym”*, WSiP, Warszawa.

Szmidt K.J. (2007), *Pedagogika twórczości*, GWP, Gdańsk.

Szmidt K.J., Kusztełak E., Modrzejewska-Świgulska M., Galewska-Kustra M. (2009). *Twórczy nauczyciel – twórczy uczeń: razem i osobno*, [w:] K.J. Szmidt, W. Ligęza (red.), *Twórczość dzieci i młodzieży. Stymulowanie – Badanie – Wsparcie*, Ośrodek Twórczej Edukacji „Kangur”, Kraków.

How to change a hedgehog into a fox. On methods of enhancing the creative potential of adolescents with moderate intellectual disability

Abstract

The article features a theoretical analysis of the creative potential of persons with moderate intellectual disability. Should creativity of those people be limited to only artistic, musical, or dramatic expression? Or is it worth developing their cognitive skills through creativity training activities? How to do that? What are the dilemmas of a special education teacher who would like to enhance the artistic development of his or her pupils? The author of this paper attempts at addressing these and other issues based on specialist literature and on his own teaching experience.

Keywords: norm, learned helplessness, auto-marginalisation, “threshold hypothesis”, creativity training

Monika Masłowska

Postawy rodzicielskie matek a zachowania przystosowawcze dzieci z niepełnosprawnością intelektualną

Celem artykułu jest przedstawienie znaczenia rodziny w procesie przystosowania społecznego dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w wieku przedszkolnym. Relacje łączące rodziców z dzieckiem z niepełnosprawnością rzutują na jego wszechstronny rozwój, mają również szczególny wpływ na wykształcenie się u nich zachowań przystosowawczych. W artykule przedstawiono wyniki badań własnych przeprowadzonych w latach 2012–2013 w przedszkolu specjalnym. W badaniach wzięło udział 25 dzieci z niepełnosprawnością intelektualną umiarkowanego stopnia oraz ich matki. Analizie poddano postawy rodzicielskie, jakie prezentują matki badanych dzieci, oraz poziom zachowań przystosowawczych przedszkolaków.

Wprowadzenie

Zachowanie przystosowawcze jest integralną częścią definicji niepełnosprawności intelektualnej dzięki takim czynnikom, jak: świadomość i rozumienie otoczenia, zdolność angażowania się w codzienne społeczne oraz ekonomiczne aktywności, zależność od innych, jak również umiejętność dbania o zdrowie, bezpieczeństwo własne i odpowiedzialność (Łaba 2010). Istotne jest również to, że ocena zachowania jednostki jest ważnym elementem diagnozy niepełnosprawności (Kennedy, za: Smith 2008). Szczególnie u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną umiarkowanego stopnia ważne jest określenie poziomu umiejętności przystosowawczych w celu jak najtrafniejszego objęcia terapią odpowiednich obszarów funkcjonowania dziecka.

Pierwszym i najważniejszym środowiskiem, w którym rozwija się dziecko, jest rodzina. Właściwe postawy rodziców wobec dziecka sprzyjają jego wszechstronnemu rozwojowi. Niewłaściwe postawy natomiast mogą przyczyniać się do zakłóceń w funkcjonowaniu dziecka z niepełnosprawnością intelektualną.

Celem przeprowadzonych badań było określenie zależności między przejawianymi przez rodziców postawami oraz poziomem umiejętności przystosowawczych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną głębszego stopnia w przedszkolu.

Znaczenie negatywnych postaw rodzicielskich dla rozwoju umiejętności przystosowawczych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną – ustalenia teoretyczne

Zachowania przystosowawcze są definiowane jako zbiór poznawczych, społecznych oraz praktycznych umiejętności, które ludzie opanowują w celu prawidłowego funkcjonowania w życiu codziennym. Umiejętności przystosowawcze dzielą się na 10 kategorii, wśród których wyróżnia się: niezależne funkcjonowanie, rozwój fizyczny, aktywność ekonomiczną, rozwój mowy, pojęcie liczby i czasu, prace domowe, aktywność zawodową, samokontrolę, odpowiedzialność i uspołecznienie (Łaba 2010).

Zaburzenia w sferze zachowań przystosowawczych dotyczą wszystkich, nie tylko osób z niepełnosprawnością. Warto jednak zwrócić uwagę na zasięg zaburzeń u poszczególnych osób (Smith 2008). Osoby z niepełnosprawnością intelektualną są szczególnie narażone na trudności w opanowaniu umiejętności przystosowawczych, co wynika z cech charakterystycznych tego rodzaju niepełnosprawności. Osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną wymagają w codziennym życiu obecności innych osób, są więc od nich zależne (Smith 2008), ponieważ przejawiają trudności w zakresie postrzegania, funkcjonowania receptorów, pamięci i uwagi oraz komunikacji, a także rozumienia zasad współdziałania z innymi osobami (Borzyszkowska 1985).

Zachowanie przystosowawcze jest niezbędne, by jednostka mogła funkcjonować w codziennym życiu. Istotne jest również to, że zarówno osoby z niepełnosprawnością intelektualną, jak i pełnosprawne mogą mieć trudności w tym zakresie, jeśli nie posiadają umiejętności koniecznych w określonych warunkach lub też nie wiedzą, jaka umiejętność jest potrzebna w danej sytuacji (Łaba 2010).

W jeszcze innych okolicznościach dana osoba może nie chcieć zaprezentować odpowiedniego zachowania adaptacyjnego w sytuacji, która tego wymaga. Brak sprawności wykorzystywania odpowiednich zachowań w konkretnej sytuacji sprawia, że zostaje ograniczony zakres samodzielnego funkcjonowania (Smith 2008).

Osoby z głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej ujawniają potrzebę bezpieczeństwa, przynależności i miłości (Maslow, za: Kirejczyk 1981). Innymi potrzebami, jakie przejawiają osoby z niepełnosprawnością, są: potrzeba sukcesu, uznania oraz samorealizacji, których zaspokojenie może być utrudnione ze względu na nieprawidłowości w ich funkcjonowaniu w obszarze koncepcyjnym. Ważną kwestią jest to, iż u osób z niepełnosprawnością konsekwencje zaburzeń w obszarach umiejętności adaptacyjnych są bardziej widoczne i w większym stopniu wpływają na ich funkcjonowanie w społeczeństwie niż u osób pełnosprawnych. Najpoważniejsze konsekwencje zaburzeń widoczne są w komunikacji, rozwoju motorycznym oraz samoobsłudze. W zależności od stopnia niepełnosprawności konsekwencje tych trudności przystosowawczych obejmują inny zakres. Im głębszy stopień niepełnosprawności, tym bardziej widoczne zaburzenia we wszystkich obszarach umiejętności przystosowawczych.

Osoby z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym, potrafią radzić sobie w różnych sytuacjach życiowych związanych z samoobsługą, jak: ubieranie się i rozbieranie, ścielenie łóżka, samodzielne mycie i dbanie o czystość osobistą, samodzielne jedzenie raz przygotowywanie prostych posiłków, a także sprzątanie, robienie drobnych zakupów, napisanie oraz przeczytanie krótkiego tekstu, jak również korzystanie z telefonu, chodzenie po mieście i wracanie do domu (Kirejczyk 1981).

W zakresie komunikacji u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną umiarkowanego stopnia obserwuje się spowolnienie tempa rozwoju mowy. Później pojawiają się u nich kolejne etapy jej rozwoju: wyrazu, zdania i swoistej mowy dziecięcej. Dzieci te charakteryzuje ubogi zasób słownictwa i występujące wady realizacyjne (dyslalie) (Kostrzewski, za: Kirejczyk 1981).

W obszarze społecznym zachowań przystosowawczych zaburzenia u osób z niepełnosprawnością intelektualną głębszego stopnia przejawiają się w nieadekwatnej samoocenie, jak również w obniżonym poziomie odpowiedzialności. Osoby te charakteryzuje łatwowierność i naiwność, wynikająca z obniżonego poziomu krytycyzmu i kontroli (Kirejczyk 1981).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną umiarkowanego stopnia różnią się poziomem umiejętności przystosowawczych. W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym jest to zależne również od takich czynników jak postawy rodzicielskie.

Przejawianie przez rodziców poszczególnych postaw wobec swoich dzieci z niepełnosprawnością intelektualną głębszego stopnia ma znaczenie dla ich rozwoju w sferze psychospołecznej, emocjonalnej oraz intelektualnej. Relacje, jakie łączą dziecko z rodzicami, są nie bez znaczenia dla osiągnięcia przez nie odpowiedniego zakresu samodzielności oraz kreowania własnej samooceny.

Nie tylko miłość matki, ale obojga rodziców jest niezbędna dla prawidłowego rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną. Jest konieczna, by zapewnić rozwijającemu się dziecku poczucie bezpieczeństwa oraz przynależności. Nieprawidłowe postawy rodzicielskie mogą przyczyniać się do występowania u dzieci nerwic i psychoz (Jankowski 1975). Postawy rodzicielskie powinny cechować się elastycznością, co oznacza, że pożądane jest, by wraz z rozwojem dziecka ewaluowały, dostosowywały do jego potrzeb (Harwas-Napierała 1993).

Jest wiele potrzeb dziecka, które niezaspokojone mogą prowadzić do poważnych konsekwencji w kształtowaniu się osobowości dziecka oraz jego rozwoju psychicznym, społecznym i emocjonalnym. Najważniejszymi potrzebami dziecka z niepełnosprawnością są potrzeba kontaktu emocjonalnego: miłości, życzliwości, ciepła oraz kontaktu społecznego, rozumianego jako pozytywne relacje z otoczeniem, w szczególności osobami znaczącymi w jego życiu, czyli rodzicami. Dziecko, żeby prawidłowo się rozwijać w sferze psychospołecznej, musi czuć się akceptowane przez rodziców, którzy się nim cieszą i odnoszą się do niego z szacunkiem (Ziemska 1980). Kolejną istotną dla prawidłowego rozwoju zachowań przystosowawczych u dziecka jest potrzeba osobistego rozwoju, aktywności, samodzielności, decydowania o sobie w rozsądnym zakresie, który określa wiek dziecka. Ponadto dziecko potrzebuje uznania ze strony ważnych dla siebie osób i szacunku.

Niezaspokojenie którejkolwiek z wymienionych potrzeb może prowadzić do wystąpienia u dzieci zaburzeń w zakresie umiejętności przystosowawczych. M. Ziemska wymienia cztery nieprawidłowe postawy rodzicielskie. Są nimi postawa odtrącająca, unikająca, nadmiernie wymagająca oraz nadmiernie ochraniająca.

Postawa odtrącająca może przejawiać się w zaniedbywaniu dziecka, nadmiernej surowości oraz sztywności, chłodzie i niezadowoleniu z dziecka (Ryś 1998). Odrzucenie powoduje u dzieci zaburzenia w sferze emocjonalno-społecznej przejawiające się zachowaniami agresywnymi, aroganckimi i wybuchowymi bądź przeciwnie – powoduje bierność i apatyczność dziecka. Ponadto u dzieci odrzucanych stwierdzono tendencje do spadku ilorazu inteligencji, brak pomysłowości, słabą wytrwałość, nierozbudzoną ciekawość poznawczą (Pachałko 1996).

Kolejną nieprawidłową postawą rodzicielską, na którą warto zwrócić uwagę, jest postawa nadmiernie ochraniająca. Najważniejszą konsekwencją występowania tej postawy u rodziców dziecka z niepełnosprawnością jest brak samodzielności dziecka, uzależnienie od innych osób, opóźnienie dojrzałości emocjonalnej i społecznej. Dziecko przyzwyczajone przez rodziców, że nie musi niczego robić samodzielnie, ponieważ jest wyręczane przez nich w każdej sytuacji, staje się egocentryczne, cechuje się małą odpornością psychiczną oraz jest niezaradne życiowo (Ryś 1998). To szczególnie istotne w przypadku dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, które z racji swojej niepełnosprawności są mniej samodzielne i zaradne oraz potrzebują wsparcia w zakresie nabywania tych umiejętności.

Przeciwieństwem postawy nadmiernie ochraniającej jest postawa nadmierne wymagająca, polegająca na tym, że rodzice sami ustalają reguły postępowania dla dzieci i wymagają ich bezwzględnego respektowania. Nie uwzględniają indywidualnych cech i potrzeb swojego dziecka. Dziecko wychowywane w takim klimacie staje się mniej kreatywne, spontaniczne, sfrustrowane oraz nieufne, a czasami agresywne. Z przeprowadzonych przez J. Pachałko (1996) badań wynika, iż rodzice dzieci przejawiających postawę nadmiernie wymagającą przyczyniają się do zawężenia ich zainteresowań szkolnych, mniejszej wytrwałości i dojrzałości emocjonalnej.

Ostatnią z negatywnych postaw rodzicielskich jest postawa unikająca. Charakteryzuje się ona nadmiernym dystansem uczuciowym między rodzicem a dzieckiem i może prowadzić do cech psychopatycznych (Ziemska 1980). Wynika to przede wszystkim z niezaspokojenia przez rodziców takich potrzeb dziecka, jak: potrzeba życzliwości, przynależności, szacunku i bycia potrzebnym. Brak więzi i opuszczenie może wpływać na występowanie poczucia krzywdy u dziecka, uczucia osamotnienia oraz negatywną percepcję siebie i innych.

Ponadto może prowadzić do występowania u dzieci zachowań agresywnych i izolacji. U dzieci, których rodzice przejawiają postawę unikającą, w dalszej perspektywie może dojść do niedostosowania społecznego. Postawa ta również wywołuje u dziecka poczucie niestałości, brak poczucia bezpieczeństwa oraz brak zdolności do realnego oceniania rzeczywistości (Ryś, za: Ziemska 1980).

Reasumując, należy stwierdzić, że postawy rodzicielskie określają jedynie pewne tendencje kształtowania się osobowości dziecka z niepełnosprawnością

intelektualną, ale nie mogą w pełni tłumaczyć jego zachowania, gdyż należy uwzględnić indywidualne cechy dziecka, uwarunkowania genetyczne jego rozwoju, cechy wynikające z niepełnosprawności oraz wpływu innych środowisk, w jakich rozwija się dziecko, np. przedszkola. Mimo to od środowiska rodzinnego w największym stopniu zależy, czy dziecko osiągnie maksymalny poziom swoich możliwości rozwojowych, a także w jakim stopniu opanuje poszczególne umiejętności przystosowawcze: koncepcyjne, praktyczne oraz społeczne. Mimo że osoby z niepełnosprawnością intelektualną głębszego stopnia wykazują deficyty w nabywaniu i kształtowaniu umiejętności adaptacyjnych, wykazują także potencjał rozwojowy, który odpowiednio stymulowany w środowisku rodzinnym może być zostać wykorzystany i prowadzić do osiągnięcia pełnego i satysfakcjonującego funkcjonowania w przyszłości.

Procedura badań

Celem badań było określenie zależności między postawami rodzicielskimi matek a poziomem zachowań przystosowawczych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. W odniesieniu do celu badań sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jakie postawy rodzicielskie prezentują badane matki dzieci z niepełnosprawnością intelektualną?
2. Jakie postawy dominują u matek badanych dzieci?
3. Jaki poziom zachowań przystosowawczych charakteryzuje badane dzieci?
4. Jaka zależność występuje między postawami rodzicielskimi matek a poziomem zachowań przystosowawczych badanych dzieci?

Badania przeprowadzono w dwóch placówkach specjalnych – przedszkolach na terenie województwa małopolskiego oraz śląskiego, do których uczęszczają dzieci z niepełnosprawnością intelektualną głębszego stopnia.

Badaniami objęto dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym oraz ich rodziców. Wykorzystano dwa narzędzia badawcze: Skalę Zachowań Przystosowawczych (*AAMD Adaptive Behaviour Scale of Children and Adults*) w opracowaniu K. Nihiry, R. Foster i in. w przekładzie na język polski Janusza Kostrzewskiego oraz Skalę Postaw Rodzicielskich w opracowaniu Mieczysława Plopy (1983).

W badaniach wzięto pod uwagę postawy rodzicielskie: pozytywne i negatywne, rozpatrywane oddzielnie dla matek i dla ojców dzieci, a także zachowania przystosowawcze i nieprzystosowawcze przedszkolaków. Na potrzeby niniejszego opracowania uwzględniono tylko wybrane informacje.

W badaniu wzięło udział 25 dzieci, 12 dziewczynek i 13 chłopców w wieku od 4 do 9 lat, z niepełnosprawnością intelektualną. Badane dzieci mieszkają w miejscu, w którym znajduje się przedszkole, do którego uczęszczają. Dzieci pozostają pod opieką rodziców. Wśród badanych dzieci nie ma jedynaków, wszystkie mają rodzeństwo.

Matki badanych dzieci w większości (80%) posiadają wykształcenie zawodowe, 4 matki mają wykształcenie średnie. Jedna z matek ma wykształcenie wyższe. Wiek matek waha się od 29 lat do 51.

Wyniki badań

W niniejszym opracowaniu ze względu na jego ograniczoną objętość, prezentuję fragment wyników badań dotyczących zależności między postawami rodzicielskimi a zachowaniami przystosowawczymi dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Z danych z przeprowadzonych badań wynika, iż badane dzieci charakteryzują się niskim poziomem zachowań przystosowawczych. Umiejętności przystosowawcze w zakresie niezależnego funkcjonowania badane dzieci opanowały zaledwie w 30%. Najniższe wyniki osiągnęły pod względem dbałości o czystość. Aż 76% badanych w ogóle nie wykazuje troski o czystość, o czym świadczy osiągnięty przez nie wynik równy 0. Umiejętność sygnalizowania potrzeb fizjologicznych badani opanowali w 47%. Umiejętność jedzenia i czystość osobistą badane dzieci opanowały w 37%. Równie niski poziom badani przejawiają w zakresie komunikacji. Najniżej funkcjonują pod względem rozumienia (aż 64% opanowało tę zdolność tylko w 4%), jak również w zakresie nawiązywania i podtrzymywania kontaktów słownych. Ostatnią umiejętność badane dzieci z niepełnosprawnością opanowały w 1,6%. Kolejną zdolnością jest samokontrola. W tej kategorii badani najniżej funkcjonują w zakresie organizowania sobie czasu wolnego. Opanowali tę umiejętność w 11%. Ostatnią cechą, na którą należy zwrócić uwagę, jest uspołecznienie. Badane dzieci charakteryzują się niskim poziomem badanej cechy, opanowały 34% umiejętności związanych z tym procesem.

U badanych matek występują wszystkie wymienione przez M. Plopę (1983) postawy rodzicielskie, ale w różnym nasileniu, co zostało przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Postawy rodzicielskie matek

Postawy rodzicielskie matek					
	akceptacji	autonomii	wymagająca	ochraniająca	niekonsekwentna
M	8,04	5,48	4,6	6,32	4,36
SD	2,32344572	1,835647025	1,833030278	1,7825824	2,017523234

Źródło: badania własne

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 1, postawa akceptacji u badanych matek jest względnie mocno nasiloną. Kolejna z pozytywnych postaw – autonomii – występuje w przeciętnym nasileniu u badanych matek, podobnie jak postawa wymagająca i ochraniająca. Ostatnia z postaw negatywnych: niekonsekwencji, występuje w niskim nasileniu u badanych matek. Dane zamieszczone w tabeli 2 prezentują zależności zachodzące między postawami rodzicielskimi matek a poziomem zachowań przystosowawczych dzieci.

Tabela 2. Postawy rodzicielskie a poziom zachowań przystosowawczych dzieci

Zachowania przystosowawcze	Postawy rodzicielskie matek				
	akceptacji	autonomii	wymagająca	ochraniająca	niekonsekwentna
umiejętność jedzenia	0,21	0,08	0,38	0,21	-0,03
sygnalizowanie potrzeb fizjologicznych	0,37	0,05	0,54*	-0,12	-0,22
czystość osobista	0,20	0,42	0,06	0,24	0,029
wygląd zewnętrzny	0,34	0,06	0,47	-0,36	-0,09
troska o czystość	0,10	0,06	0,06	-0,10	0,09
Ubieranie się i rozbieranie	0,44	0,08	0,43	0,41	-0,21
podróżowanie	0,15	0,07	0,27	-0,24	-0,009
inne samodzielne czynności	0,23	0,09	0,16	0,28	-0,11
funkcjonowanie receptorów	-0,03	-0,37	0,23	0,28	0,07
rozwój motoryczny	0,28	0,21	0,33	0,13	0,20
porozumiewanie się słowne	0,39	-0,06	0,47	-0,17	-0,16
rozumienie	0,29	0,15	0,14	-0,008	-0,03
kontakty słowne	0,39	-0,07	0,47	-0,17	-0,16
pojęcie liczby i czasu	0,29	0,06	-0,05	-0,22	-0,10
sprzątanie	0,32	0,21	0,21	0,05	-0,28
kuchnia	0,09	0,21	0,21	-0,02	-0,10
inne zajęcia domowe	-0,12	0,11	0,11	0,12	-0,05
aktywność szkolna	0,0006	0,35	0,11	-0,15	0,26
inicjatywa	-0,19	0,12	0,02	0,11	0,38
wytrwałość	0,03	0,14	-0,27	-0,08	0,08
organizacja czasu wolnego	0,09	0,04	0,24	-0,15	0,03
uspołecznienie	0,24	-0,18	0,28	-0,0004	-0,01

Źródło: badania własne

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 2, najczęściej istotnych zależności zachodzi między postawą wymagającą matek i zachowaniami przystosowawczymi badanych dzieci. Zachodzi istotna zależność między postawą wymagającą matki i sygnalizowaniem potrzeb fizjologicznych przez dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Nasilenie postawy wymagającej u matek powoduje wzrost nabywania przez dzieci umiejętności sygnalizowania potrzeb fizjologicznych. Nasilenie się postawy wymagającej rzutuje na zwiększenie się zakresu opanowania przez dziecko takich umiejętności, jak: troska o czystość, ubieranie się i rozbieranie, porozumiewanie się słowne oraz nawiązywanie kontaktów słownych. Taka sama zależność zachodzi między wymienioną postawą a umiejętnościami komunikacyjnymi oraz samoobsługą. Im wyższe natężenie postawy wymagającej matek, tym wyższy poziom opanowania czynności jedzenia oraz umiejętności motorycznych badanych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną umiarkowanego stopnia.

Drugą negatywną postawą matek, która koreluje w umiarkowanym stopniu z zachowaniami przystosowawczymi, jest postawa ochraniająca. Z zebranych danych wynika, iż im wyższe nasilenie postawy ochraniającej u matek, tym wyższy poziom umiejętności samodzielnego ubierania się i rozbierania oraz dbania o wygląd zewnętrzny przez badane dzieci.

Wyraźny związek obserwuje się również między postawą akceptacji matek a umiejętnościami przystosowawczymi w zakresie niezależnego funkcjonowania: ubieraniem się i rozbieraniem, sygnalizowaniem potrzeb fizjologicznych, dbaniem o wygląd zewnętrzny, umiejętnościami porozumiewania się słownego, nawiązywania kontaktów słownych i wykonywaniem prac domowych takich jak sprzątanie. Nasilenie postawy akceptacji matek oddziałuje pozytywnie na nabywanie wymienionych umiejętności u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.

Przejawiana przez matki postawa autonomii ma znaczenie dla rozwijania się u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną umiarkowanego stopnia takich umiejętności przystosowawczych, jak: dbanie o czystość osobistą oraz aktywność szkolną. Nasilenie się postawy autonomii u matek rzutuje na podniesienie poziomu wymienionych zachowań adaptacyjnych u badanych dzieci.

Ostatnia z postaw rodzicielskich: niekonsekwencji, nie koreluje w znaczącym stopniu z żadną umiejętnością przystosowawczą.

Podsumowanie i wnioski

Z przeprowadzonych badań nad zależnością między postawami rodzicielskimi matek a poziomem umiejętności przystosowawczych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną umiarkowanego stopnia w wieku przedszkolnym można wysunąć wniosek, iż nasilenie postawy akceptacji, autonomii oraz postawy wymagającej u matek wpływa na podwyższenie poziomu opanowanych przez badane dzieci zachowań przystosowawczych.

Związek matki z dzieckiem ma szczególne znaczenie dla jego późniejszego rozwoju. Ich wzajemne relacje rzutują na kontakty dziecka z otoczeniem społecznym, ponieważ matka stanowi dla niego pierwsze „ty”. Od postawy matki zależy, w jaki sposób dziecko będzie odbierało świat. Matka jest dla niego pierwszym autorytetem i osobą wyznaczającą jego powinności i prawa. Od tego, jakie postawy dominują u matki dziecka niepełnosprawnością intelektualną, w jaki sposób wypełnia swoje rodzicielskie obowiązki oraz jakimi uczuciami darzy swoje dziecko, zależy jego rozwój we wszystkich najważniejszych zakresach, takich jak: uspołecznienie, rozwój społeczny, emocjonalny, jak również motoryka duża, umiejętności samoobsługowe (Błasiak, Dybowska 2010). Przed rodzicami stoją istotne zadania, m.in. zapoznanie dziecka ze społecznie akceptowanymi zasadami postępowania oraz kształtowanie postaw prospołecznych, a także umiejętności niezbędne w codziennym, samodzielnym funkcjonowaniu dziecka (Badora, Czaredrecka, Marzec 2001).

Z wyników z przeprowadzonych badań wynika, iż najwięcej istotnych korelacji występuje między zachowaniami przystosowawczymi dzieci z niepełnosprawnością intelektualną a postawą wymagającą matek. Nasilenie postawy wymagającej

u matki rzutuje na wzrost umiejętności przystosowawczych dziecka w zakresie: sygnalizowania potrzeb fizjologicznych, dbania o wygląd zewnętrzny, ubierania się i rozbierania oraz porozumiewania się słownego i kontaktów słownych. Stawianie dziecku wymagań, mających na celu kształtowanie jego umiejętności samoobsługowych i komunikacyjnych, przy jednoczesnym zaspokajaniu jego potrzeb miłości, akceptacji i bezpieczeństwa wpływa pozytywnie na jego wszechstronny rozwój, co jest szczególnie istotne w przypadku dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Istotą wychowania jest bowiem stopniowy proces usamodzielniania się dziecka, by mogło w przyszłości funkcjonować w społeczeństwie, nie będąc uzależnionym od pomocy innych osób (Błasiak, Dybowska 2010a, b).

Ponadto z uzyskanych danych wynika, że wzrost postaw akceptacji, wymagającej oraz ochraniającej wpływają na wzrost umiejętności w zakresie ubierania się i rozbierania badanych dzieci. Potwierdza to wnioski wysunięte przez M. Ziemińską (1980), iż na wzrost umiejętności przystosowawczych dziecka wpływ ma zaspokojenie jego podstawowych potrzeb emocjonalnych przez matkę. Dzięki odczuwaniu z jej strony pozytywnych uczuć: miłości, akceptacji oraz otaczania opieką w takim zakresie, w jakim tego potrzebuje, ale z jednoczesnym stawianiem przed nim wymagań i egzekwowaniu ich, dziecko ma szansę na optymalny rozwój, m.in. w zakresie samoobsługi.

Podsumowując, istotną rolę w życiu małego dziecka z niepełnosprawnością intelektualną stanowią rodzice, w szczególności w pierwszym okresie życia – matka (Kirenko 2006). Na rozwój psychospołeczny dziecka ma wpływ atmosfera, w jakiej dziecko jest wychowywane. Sfera uczuciowo-emocjonalna w domu rodzinnym dziecka oraz postawy rodzicielskie przejawiane przez matkę mają znaczenie dla jego rozwoju w zakresie umiejętności przystosowawczych. W postawach rodzicielskich matek najważniejsze jest, by były właściwe z punktu widzenia wychowawczego, ponieważ wówczas mogą one pozytywnie wpływać na rozwój dziecka niepełnosprawnością intelektualną (Bochniarz 2010).

Wsparcie rodziny w kształtowaniu i stymulowaniu zachowań przystosowawczych u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną – implikacje praktyczne

Punktem wyjścia do pracy z rodziną w celu wsparcia jej w kształtowaniu i stymulowaniu u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną zachowań przystosowawczych jest uświadomienie rodzicom wpływu ich postaw na rozwój dziecka w tym obszarze. Istotne wydaje się określenie znaczenia niektórych postaw, szczególnie ochraniającej, wymagającej oraz niekonsekwencji dla kształtowania u dziecka m.in. umiejętności samoobsługowych i komunikacyjnych. Dawanie dziecku nadmiernej swobody, wyręczanie dziecka w czynnościach, które mogłoby wykonać samodzielnie, ograniczanie jego kontaktów z rówieśnikami mające chronić dziecko, w rezultacie sprawiają, iż dziecko staje się mniej samodzielne, cechuje się niższym poziomem komunikacji oraz nie potrafi nawiązywać oraz podtrzymywać kontaktów z rówieśnikami. Organizując wsparcie dla rodziców dziecka z niepełno-

sprawnością, należy skoncentrować się na czynnościach zakłócających prawidłowy proces uspołecznienia dziecka w środowisku rodzinnym (Ploch 2011). Ważne jest, by działania podejmowane w środowisku szkolnym były kontynuowane przez rodziców dziecka w domu. Istotne w pracy z dzieckiem może być wprowadzenie systemu żetonowego do codziennego funkcjonowania dziecka w przedszkolu i w domu. Dzięki temu rodzice, odpowiednio poinstruowani o zasadach wykorzystania tej metody, będą mogli wpływać na rozwijanie pożądanych i eliminowanie niechcianych zachowań dziecka. W kształtowaniu i rozwijaniu umiejętności samoobsługowych podczas jedzenia, czynności higienicznych, sygnalizowania potrzeb fizjologicznych, ważne są pozytywne wzmocnienia w formie pochwały słownej lub drobnych nagród rzeczowych czy też możliwości pobawienia się ulubioną zabawką. Aby pozytywnie wpływać na rozwój umiejętności przystosowawczych w zakresie jedzenia, ubierania się, rozbierania, które u badanych dzieci są na niskim poziomie, rodzice nie powinni wyręczać dzieci, ale dawać im możliwość działania, wykonywania różnych prostych czynności samodzielnie oraz decydowania o sobie, ale w rozsądnym zakresie dostosowanym do wieku, np. wybrania deseru lub części garderoby. Rodzice powinni dać im możliwość przygotowania prostego posiłku, napoju, ścielenia łóżka. Mogą włączyć również dziecko do pomocy przy nakrywaniu do stołu, myciu warzyw i owoców. Jednocześnie dziecko powinno być chwalone i motywowane do wykonywania tych czynności. Rodzice powinni szczególnie dbać o naukę samodzielnego jedzenia przez dziecko, ponieważ jest to jedna z ważniejszych czynności, które uniezależniają je od otoczenia. Dobrze, by rodzice podejmowali próby kształtowania tej umiejętności u dziecka, nagradzając je za każdy postęp. Dodatkową motywacją może być wspólne przygotowywanie posiłku oraz uwzględnienie preferencji żywieniowych dziecka.

Komunikacja jest jednym z najważniejszych aspektów funkcjonowania dziecka w społeczności przedszkolnej i rówieśniczej. W celu usprawnienia niskiego poziomu komunikacji w zakresie mówienia i rozumienia, rodzice powinni jak najwięcej mówić do dziecka, kiedy wspólnie spędzają czas, w trakcie wykonywania codziennych czynności oraz nazywać otaczający je świat: czynności i przedmioty. Rozwiązaniem wspomagającym komunikację jest wprowadzenie systemu komunikacji alternatywnej, np. Makatona. Rodzice powinni zachęcać dziecko do nawiązywania kontaktów z rówieśnikami, czemu sprzyjają wyjścia w miejsca, takie jak plac zabaw czy centrum zabaw dziecięcych. Kontakty z innymi dziećmi w sytuacji zabawowej mogą być też stymulujące dla rozwoju umiejętności komunikacyjnych.

Reasumując, zaburzenia w zakresie umiejętności przystosowawczych oraz ich konsekwencje u osób z niepełnosprawnością powodują obniżenie poziomu ich funkcjonowania w społeczeństwie, we wszystkich trzech obszarach umiejętności adaptacyjnych (praktycznym, społecznym i koncepcyjnym). Wymusza to konieczność stymulowania tych zachowań u osób z niepełnosprawnością intelektualną. W tę pracę zaangażowane powinno być przede wszystkim najbliższe i najważniejsze dla dziecka środowisko rodzinne. To z rodzicami dziecko najczęściej spędza najwięcej czasu i ich postawy w dużej mierze determinują rozwój tych zachowań. Umiejętne postępowanie rodziców z dzieckiem w kształtowaniu zachowań adaptacyjnych jest

kluczem do efektywnego funkcjonowania w społeczeństwie, przede wszystkim poprzez osiągnięcie jak najwyższego poziomu niezależności.

Bibliografia

- Badora S., Czeredrecka B., Marzec D. (2001), *Rodzina i formy jej wspomagania*, Impuls, Kraków.
- Błasiak A., Dybowska E. (2010a), *Znaczenie więzi i atmosfery rodzinnej dla funkcjonowania rodziny*, [w:] A. Błasiak, E. Dybowska (red.), *Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Błasiak A., Dybowska E. (2010b), *Rodzicielstwo i jego znaczenie dla procesu wychowania dziecka*, [w:] A. Błasiak, E. Dybowska (red.), *Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Bochniarz A. (2010), *Postawy rodzicielskie a funkcjonowanie społeczne jedynaków*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Borzyszkowska H. (1985), *Oligofrenopedagogika*, PWN, Warszawa.
- Harwas-Napierała B. (1993), *Czynniki społeczno-rodzinne w kształtowaniu się lęku u młodzieży*, Wydawnictwo UAM, Poznań.
- Jankowski K. (1975), *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*, PIW, Warszawa.
- Kirejczyk K. (1981), *Upośledzenie umysłowe. Pedagogika*, PWN, Warszawa.
- Kirenko J. (2006), *Oblicza niepełnosprawności*, Wydawnictwo Akademickie, Lublin.
- Łaba A. (2010), *Integracja społeczna a zachowania przystosowawcze dzieci i młodzieży z upośledzeniem w stopniu lekkim*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, 3.
- Pachałko J. (1996), *Osobowość, zachowanie społeczne dzieci rodziców o postawach nadmiernie wymagających*, Wydawnictwo WSP, Warszawa.
- Ploch L. (2011), *Włączanie społeczne w placówce specjalnej*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Płopa M. (1983), *Funkcjonowanie społeczno-emocjonalne młodzieży a percepcja postaw matek i ojców*, „Psychologia Wychowawcza”, 2, Warszawa.
- Ryś M. (1998), *Konflikty w rodzinie. Niszczą czy budują?*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa.
- Smith D.D. (2008), *Pedagogika specjalna*, PWN, Warszawa.
- Ziemska M. (1980), *Rodzina i dziecko*, PWN, Warszawa.

Parental attitudes of mothers and adaptability of children with mental disabilities

Abstract

The article is about the dependence between parental attitudes of mothers and adaptability of children with mental disability in preschool age. The first part comprises the theoretical reflections on the meaning of parental attitudes of mothers of children with mild mental disability and the level of adaptability in the described group of children. The next part presents the results of own study, conducted in years 2012–2013 on a group of 25 children in preschool age and their mothers. The aim of this study was to determine the correlations between parental attitudes presented by the mothers and the level of adaptability characterizing the studied children. The article ends with a summary, conclusions formulated on the basis of the study results described before and the practical implications about the possibility of stimulation of disrupted areas from the range of adaptability behavior in studied preschool children, with consideration to parental attitudes of the studied mothers.

Keywords: adaptability behavior, parental attitude, mental disability

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Paedagogica IV (2015)

Jacek Sikorski

Poradnictwo i pomoc psychologiczno-pedagogiczna w procesie rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością

Wprowadzenie

Spośród wielu oferowanych współcześnie form wsparcia społecznego dziecka i jego rodziny coraz większe znaczenie przypisuje się poradnictwu i pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Jak podkreśla B. Skałbani (2009: 22), poradnictwo, jako forma działalności pomocowej, towarzyszy człowiekowi na wszystkich etapach życia, przyjmując charakter działań nieprofesjonalnych lub profesjonalnych (specjalistycznych). Poradnictwo nieprofesjonalne, jako pierwsza forma pomocy, jest wspierane przez sieć instytucji i organizacji zajmujących się profesjonalnym pomaganiem, np.: poradnie psychologiczno-pedagogiczne, poradnie rodzinne czy specjalistyczne.

Podobne uwagi poczyniła A. Kargulowa (2005: 696), która podkreśla, że poradnictwo jest działaniem zorganizowanym, a więc nazwa ta przysługuje działaniom prowadzonym wyłącznie w powołanych do tego instytucjach.

Posiłkując się terminami „poradnictwo”, „pomoc”, należy dokonać próby ich zdefiniowania. W literaturze przedmiotu odnajdujemy następujące definicje wspomnianych pojęć.

Przez poradnictwo (ang. *counselling, guidance*) rozumie się:

działanie społeczne (rzadziej interakcja międzyosobowa) niejednokrotnie utożsamiane z doradztwem, polegające na dostarczaniu przez doradcę rad, porad, wskazówek radzącemu się w celu rozwiązania jego problemów lub jako działalność instytucji poradni. Z punktu widzenia polityki społecznej poradnictwo jest jedną z form pomocy (Kargulowa 2005: 690).

Pomoc natomiast (ang. *help*) to „kategoria zachowań prospołecznych, które mają na celu polepszenie czyjejś sytuacji albo zapobieżenie pogorszeniu się zaistniałego stanu” (Hajduk 2005: 623).

Zdaniem B. Skałbani (2009), oba wspomniane terminy są ściśle ze sobą powiązane, a niekiedy traktowane jako synonimy. Działania te adresowane są szczególnie do tych grup osób, które znalazły się w trudnej sytuacji życiowej.

Działania z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, udzielanej dziecku i jego rodzinie, jasno precyzuje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. 2013, poz. 532).

W myśl powyższego rozporządzenia pomoc psychologiczno-pedagogiczna polega na:

- rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu jego indywidualnych możliwości psychofizycznych (§ 3.1.),
- wspieraniu rodziców i nauczycieli w rozwiązywaniu problemów wychowawczych i dydaktycznych oraz rozwijaniu ich umiejętności wychowawczych w celu zwiększania efektywności pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów (§ 3.1. pkt 2).

Przy czym pomoc psychologiczna ma na celu wspomaganie jednostki w dążeniu do usamodzielnienia się, sprzyja zachowaniu stanu uznawanego za pożądany, przeciwdziała pogorszeniu się stanu psychicznego lub fizycznego jednostki. Pomoc psychologiczna jest udzielana jednostce lub sprawującym opiekę nad jednostką. Może przybierać postać diagnozy, porady lub zachęty albo przestrogi, a także psychoterapii, ćwiczeń relaksacyjnych, wzmacniających panowanie nad emocjami, ćwiczeń rozwijających zdolności twórcze, zmieniających trwale samopoczucie i samoocenę jednostki. Pomoc psychologiczna jest udzielana na prośbę jednostki lub jej opiekunów. Jest to pomoc profesjonalna i zinstytucjonalizowana i może z niej korzystać każdy (Hajduk 2005: 625).

Z kolei pomoc pedagogiczna jest przeznaczona dla osób uczących się. Ma postać rady, zachęty, oceny podnoszącej samoocenę ucznia. Pomoc ta może być udzielana rodzicom lub opiekunom dziecka, a przybiera postać rady, jak postępować z dzieckiem, aby skutecznie pokonywało utrudnienia stwarzane mu przez wymagania dydaktyczne szkoły (Hajduk 2005: 624).

Według B. Skałbani (2012: 103), współczesne poradnictwo pedagogiczne jest pomostem dla szkoły i rodziny, miejscem uzyskiwania porad, podejmowania decyzji edukacyjnych, wspomagania zadań w obszarze opieki i wychowania, ale też miejscem pracy znacznej grupy pedagogów, psychologów, logopedów i innych specjalistów. Jego obecność w lokalnych strukturach oświatowych akcentuje potrzebę bycia w środowisku szkolnym i rodzinnym ucznia. Potrzeba ta jest artykułowana społecznie i wyrażana wzrastającą liczbą przyjętych klientów, co stanowi główną przesłankę obrony jego istnienia.

W myśl tak rozumianej pomocy psychologiczno-pedagogicznej do głównych zadań pedagoga i psychologa (w placówce) należy:

1. Prowadzenie badań i działań diagnostycznych uczniów, w tym diagnozowanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów w celu określenia przyczyn niepowodzeń edukacyjnych oraz wspierania mocnych stron uczniów.

2. Diagnozowanie sytuacji wychowawczych w przedszkolu, szkole lub placówce w celu rozwiązywania problemów wychowawczych oraz wspierania rozwoju uczniów.
3. Udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej w formach odpowiednich do rozpoznanych potrzeb.
4. Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży.
5. Minimalizowanie skutków zaburzeń rozwojowych, zapobieganie zaburzeniom zachowania oraz inicjowanie różnych form pomocy w środowisku szkolnym i pozaszkolnym uczniów.
6. Inicjowanie i prowadzenie działań mediacyjnych i interwencyjnych w sytuacjach kryzysowych.
7. Pomoc rodzicom i nauczycielom w rozpoznawaniu i rozwijaniu indywidualnych możliwości, predyspozycji i uzdolnień uczniów.
8. Wspieranie nauczycieli, wychowawców grup wychowawczych i innych specjalistów w udzielaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej (Rozporządzenie MEN z dnia 30 kwietnia 2013 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz.U. 2013, poz. 532, § 23).

Czynności poradnicze wiążą się z przestrzeganiem przez doradców (psychologa, pedagoga) zasad obowiązujących w poradnictwie, takich jak:

- prawidłowe rozpoznanie potrzeb osoby wspomaganej,
- indywidualne podejście do radzącego się i zgłaszanego problemu,
- przystępność i jasność kolejno podejmowanych czynności poradniczych,
- odpowiedni dobór strategii, środków i form oddziaływania poradniczego,
- aktywizowanie radzącego się w poszukiwaniu porady i udziale w różnych formach terapii,
- dobrowolność korzystania z porady,
- zapewnienie dyskrecji i zaufania,
- utrzymanie współpracy z innymi osobami czy instytucjami w celu profesjonalnego rozwiązania problemu (Skałbana 2009: 37).

Profesjonalne doradztwo psychologiczno-pedagogiczne wiąże się ze stosowaniem przez doradcę odpowiednich metod, technik oraz narzędzi. Jak podaje B. Skałbana (2009: 42), w poradnictwie, zwłaszcza pedagogicznym, stosuje się następujące metody pracy:

- wpływu indywidualnego,
- interwencji w organizację środowiska wychowawczego,
- wpływu sytuacyjnego.

Jak twierdzi A. Kargulowa (2005: 696), obok wspomnianych metod oraz poradnictwa realizowanego metodą opracowania i/lub przekazywania porad w układzie dwuosobowym coraz częściej mamy do czynienia z poradnictwem prowadzonym metodami pracy grupowej lub masowej, a więc poradnictwem za pośrednictwem

mediów, takich jak: telewizja, prasa, Internet lub książka. Jest to poradnictwo, w którym porady są udzielane dużej liczbie anonimowych osób.

Z kolei do podstawowych technik stosowanych w poradnictwie możemy zaliczyć: rozmowę, obserwację, wywiad, ankietę, techniki projekcyjne, socjometryczne, przeciwwarunkowania, modelowania i wzmacniania. Ponadto doradcy prowadzą wnikliwą analizę dokumentacji radzącego się. Należą do niej m.in.: arkusze obserwacyjne, wywiady, wytwory prac dziecka, orzeczenia lekarskie (Pawłowska 1986: 16). Z kolei do najbardziej popularnych narzędzi badawczych należą: różnego rodzaju testy, inwentarze oraz skale ocen, a także kwestionariusze wywiadu i ankiety (Kargulowa 2005).

Poradnictwo i pomoc psychologiczno-pedagogiczna w procesie rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością – charakterystyka wybranych instytucji

H. Izdebska (1993) zwraca uwagę, że obok poradnictwa o charakterze wychowawczym istnieje również poradnictwo, którego celem jest korygowanie wad rozwojowych zarówno u dzieci, jak i młodzieży.

Współczesne poradnictwo i pomoc psychologiczno-pedagogiczna nie skupia się tylko na dziecku, u którego wykryto nieprawidłowości w rozwoju, ale obejmuje także jego środowisko rodzinne, włączając je tym samym w proces rehabilitacji. Dlatego też w niniejszym artykule skoncentruję się na ukazaniu zwłaszcza tych instytucji, które zajmują się profesjonalnym poradnictwem i pomocą psychologiczno-pedagogiczną ukierunkowaną na dziecko oraz jego rodzinę.

Jedną z nowo powstałych instytucji, działających na rzecz wspierania rodziców i ich niepełnosprawnych dzieci, stanowi hospicjum perinatalne. Jak podkreśla M. Grabska – lekarz pediatra, członek zespołu Hospicyjnej Opieki Perinatalnej (HOP) w Gdańsku:

hospicjum perinatalne to nie miejsce. To raczej sposób myślenia. To towarzyszenie rodzinie w jej drodze przez ciążę, akt narodzin i śmierci. Śmierci godnej. Takiej, która nie jest „na darmo”. Takiej, która pozostawia w pamięci trudne, ale jakże pełne miłości doświadczenie powitania i pożegnania dziecka (<http://megalo.kei.pl/hospicjum/index.php/aktualnosci/17-opieka-perinatalna/49-hospicyjna-opieka-perinatalna-w-hospicju-m-im-ks-dutkiewicza-sac>, dostęp: 13.01.2014).

Hospicjum perinatalne przeznaczone jest dla rodzin, u których dzieci w trakcie ciąży rozpoznano wady letalne. W ramach działalności hospicjum perinatalnego rodzina otrzymuje profesjonalne wsparcie w czasie okresu przedporodowego, śródporodowego i poporodowego oraz opiekę paliatywną nad dzieckiem urodzonym z wadami letalnymi (<http://www.gajusz.org.pl/jak-mozemy-ci-pomoc/153-hospicjum-perinatalne>, dostęp: 13.01.2014). Do wspomnianych wad letalnych, najczęściej diagnozowanych w okresie prenatalnym, należą złożone wady ośrodkowego układu nerwowego, ciężkie wady nerek i serca oraz aberracje chromosomowe, czyli nieprawidłowości w strukturze bądź liczbie chromosomów, do których należą m.in. zespoły Edwardsa, Patau, a także Downa (<http://www.hope.katowice.pl/>

index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=102, dostęp: 13.01.2014). Opieka perinatalna rodziców polega na:

- wyjaśnieniu specyfiki choroby dziecka i przedstawieniu rokowania oraz możliwych scenariuszy postępowania,
- zapewnieniu profesjonalnej pomocy psychologicznej,
- omówieniu zasad opieki hospicyjnej,
- przygotowaniu domu i wyposażenia w sprzęt niezbędny do opieki nad chorym noworodkiem,
- zapewnieniu pomocy socjalnej i duchowej,
- umożliwieniu kontaktu z innymi rodzicami dziecka dotkniętego wadą letalną (tamże).

Poza tym dla rodzin, u których dziecka rozpoznano lub postawiono podejrzenie wady letalnej na etapie płodowym, proponowana jest kompleksowa opieka w trakcie ciąży, tj. konsultacje:

- lekarza genetyka, w tym USG genetyczne płodu,
- lekarza ginekologa-położnika,
- lekarzy hospicjum (pediatrów),
- psychologiczne.

Po urodzeniu dziecka z wadą letalną hospicjum perinatalne zapewnia rodzinie opiekę paliatywną w formie domowej lub stacjonarnej (tamże).

Obok wspomnianej powyżej instytucji wczesne poradnictwo i pomoc psychologiczno-pedagogiczną dla dzieci i rodziców oferują również tzw. Ośrodki Wczesnej Interwencji.

W literaturze przedmiotu przez wczesną interwencję rozumie się:

wszystkie formy działań związane z rehabilitacją dziecka, jak i pomocą dla rodziców, które bezpośrednio wynikają z określenia trudności dziecka. Wczesna interwencja dotyczy nie tylko dziecka, lecz również jego rodziców, jak i warunków życia dziecka w szerszym ich znaczeniu (Gresnigt 1995: 14).

W procesie wczesnej interwencji istotną rolę odgrywają:

1. Wczesne wykrywanie, czyli rozpoznanie u dziecka nieprawidłowości w rozwoju (zazwyczaj pierwsze oznaki nieprawidłowego rozwoju dziecka zauważane są przez rodziców).
2. Wczesna diagnoza: medyczna, psychologiczno-pedagogiczna oraz socjalna.
3. Wczesna interwencja, czyli zespół działań skierowanych na dziecko (jak również rodziców) celem stworzenia optymalnych warunków sprzyjających jego rozwojowi (Gresnigt 1995).

Jak twierdzi T. Serafin (2009), do głównych przesłanek przemawiających za podjęciem jak najwcześniej wspierania rozwoju dziecka możemy zaliczyć:

1. Dużą plastyczność centralnego układu nerwowego we wczesnym okresie rozwoju dziecka.
2. Możliwość zahamowania lub całkowitego zatrzymania niekorzystnych zmian we wczesnym okresie rozwoju dziecka.

3. Większą podatność małych dzieci na oddziaływania rehabilitacyjne.
4. Łatwiejszą generalizację wypracowanych umiejętności przez małe dzieci.
5. Utrudnianie terapii i edukacji przez zaburzenia narastające wraz z wiekiem.
6. Zapół i wiarę we własne siły rodziców dzieci z zaburzeniami w rozwoju powodującą chęć angażowania się w proces rehabilitacji (współpraca ze specjalistami).

M. Skórczyńska (2006: 15) podaje, że świadczenia w ramach wczesnej interwencji są przeznaczone na zaspokojenie potrzeb niemowląt i małych dzieci w zakresie rozwoju fizycznego, poznawczego, emocjonalnego i społecznego. Oferta tych świadczeń powinna obejmować – w zależności od potrzeb: opiekę medyczną, fizjoterapeutyczną, psychologiczną, pedagogiczną, terapię mowy, wizyty domowe, poradnictwo rodzinne, terapię zajęciową oraz pracę socjalną. Do czynników mających wpływ na decyzję o wyborze miejsca wczesnej interwencji należą m.in.: miejsce zamieszkania dziecka (wieś, miasto), jego potrzeby oraz zasoby rodziny i społeczności lokalnej. Z kolei programy wczesnej interwencji mogą być realizowane w domu lub w specjalistycznych ośrodkach, poradniach czy innych placówkach.

Wspomniane programy wczesnej interwencji (przygotowywane przez specjalistów, np. psycholog, pedagog) mają na celu jak najwcześniejsze wykrycie i wyeliminowanie lub skorygowanie występujących u dziecka nieprawidłowości, a także zapobieganie tym zaburzeniom, których wystąpienie można przewidywać. Programy te obejmują stymulację rozwoju ruchowego dziecka, stymulację i korektę rozwoju jego funkcji poznawczych, wyrobienie samodzielności w podstawowych czynnościach życiowych oraz usprawnienie społeczne dziecka. Ponadto dużą rolę przypisuje się postawom rodziców wobec dziecka oraz terapii przez zabawę (Twardowski 2008: 572–573).

Istotnym celem wczesnej interwencji jest włączenie rodziny w proces rehabilitacji dziecka – w realizację programów terapeutycznych.

E. Kulesza (1999: 307) twierdzi, że udział rodziców w rehabilitacji dziecka opiera się na następujących komponentach:

- tworzeniu układu partnerskiego: rodzice–profesjonaliści, budowanie wzajemnego zaufania i szacunku,
- zachęcaniu rodziców do udziału w diagnozie dziecka,
- uwydatnianiu roli rodziców jako tych, którzy podejmują decyzje, kierują losem dziecka, bronią jego praw.

Spośród wyżej wymienionych komponentów szczególne znaczenie przypada współudziałowi rodziców w procesie diagnozy i projektowaniu programu terapii dla dziecka. W postępowaniu diagnostycznym rodzice powinni być traktowani jako eksperci. Przekazywane przez nich informacje na temat funkcjonowania dziecka powinny stanowić dla zespołu ekspertów (np. lekarz, psycholog, pedagog) punkt wyjścia do opracowania programu wspomagającego rozwój. Należy pamiętać, że indywidualny program wczesnej interwencji powinien być opracowywany podczas wspólnego spotkania interdyscyplinarnego zespołu i rodziny. Zebrane w tym czasie informacje stanowią podstawę sformułowania celów, strategii oraz środków. Istotą tego spotkania jest również wyznaczenie terapeuty domowego, odpowiedzialnego

za przebieg procesu rehabilitacji dziecka. Ważnym elementem wczesnej interwencji staje się wdrożenie Programów Rodzinnych oraz podejmowanie decyzji programowych w stosunku do danych odnoszących się do rozwoju dziecka (Kulesza 1999). Obok instytucji realizujących poradnictwo i pomoc w zakresie wczesnej interwencji istnieją również instytucje, których celem jest organizacja wczesnej pomocy dziecku i rodzinie.

T. Serafin (2007: 98) podkreśla, że organizowanie wczesnej pomocy dziecku i rodzinie ma istotne znaczenie dla adaptacji społecznej rodziny mającej dziecko niepełnosprawne i dla wspomaganie rozwoju tego dziecka, ponieważ pozycja społeczna zajmowana przez osobę niepełnosprawną w życiu dorosłym w dużej mierze zależy od poziomu wykształcenia tej osoby. Wspomaganie rozwoju dziecka rozpoczęte od chwili wykrycia niepełnosprawności i prowadzenie tych działań przez cały okres nauki należy do istotnych uwarunkowań efektywności kształcenia oraz do osiągania przez daną osobę odpowiedniego wykształcenia.

Organizację i przebieg wczesnego wspomagania rozwoju dziecka reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 roku, Dz.U. 2013, poz. 1257. Niniejsze rozporządzenie określa warunki organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci, mającego na celu pobudzanie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole, zwanego dalej „wczesnym wspomaganie”, w tym kwalifikacje wymagane od prowadzących je osób wspomaganie, a także formy współpracy z rodziną dziecka (§ 1).

W myśl niniejszego rozporządzenia wczesne wspomaganie może być organizowane w przedszkolu i szkole podstawowej, w tym w specjalnych oraz w innych formach wychowania przedszkolnego, oraz w publicznej i niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej, jeżeli mają one możliwość realizacji wskazań zawartych w opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, w szczególności dysponują środkami dydaktycznymi i sprzętem, niezbędnymi do prowadzenia wczesnego wspomagania (§ 2).

Zgodnie z rozporządzeniem zespół wczesnego wspomagania rozwoju dziecka jest powoływany przez dyrektora odpowiednio przedszkola, szkoły, ośrodka lub poradni bądź osobę kierującą inną formą wychowania przedszkolnego (§ 3.1).

W skład zespołu wchodzi osoby posiadające przygotowanie do pracy z małymi dziećmi o zaburzonym rozwoju psychoruchowym:

- 1) pedagog posiadający kwalifikacje odpowiednie do rodzaju niepełnosprawności dziecka, w szczególności: oligofrenopedagog, tyflopedagog lub surdopedagog,
- 2) psycholog,
- 3) logopeda,
- 4) inni specjaliści – w zależności od potrzeb dziecka i jego rodziny (§ 3.1 pkt 2).

Powyższe rozporządzenie określa również zadania zespołu wczesnego wspomagania rozwoju:

1. Ustalenie, na podstawie opinii o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka, kierunków i harmonogramu działań w zakresie wczesnego wspomagania i wsparcia rodziny dziecka.
2. Nawiązanie współpracy z podmiotem leczniczym lub ośrodkiem pomocy społecznej w celu zapewnienia dziecku rehabilitacji, terapii lub innych form pomocy, stosownie do jego potrzeb.
3. Opracowanie i realizowanie z dzieckiem i jego rodziną indywidualnego programu wczesnego wspomagania, z uwzględnieniem działań wspomagających rodzinę dziecka w zakresie realizacji programu, koordynowania działań specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem oraz oceniania postępów dziecka.
4. Analizowanie skuteczności pomocy udzielanej dziecku i jego rodzinie, wprowadzanie zmian w indywidualnym programie wczesnego wspomagania, stosownie do potrzeb dziecka i jego rodziny, oraz planowanie dalszych działań w zakresie wczesnego wspomagania (§ 3.1 pkt 3).

Wspomniany zespół współpracuje z rodziną dziecka w szczególności przez:

1. Udzielanie pomocy w zakresie kształtowania postaw i zachowań pożądanых w kontaktach z dzieckiem, wzmacnianie więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami i dzieckiem, rozpoznawanie zachowań dziecka i utrwalanie właściwych reakcji na te zachowania.
2. Udzielanie instruktażu i porad oraz prowadzenie konsultacji w zakresie pracy z dzieckiem.
3. Pomoc w przystosowaniu warunków w środowisku domowym do potrzeb dziecka oraz w pozyskaniu i wykorzystaniu w pracy z dzieckiem odpowiednich środków dydaktycznych i niezbędnego sprzętu (§ 6).

Jak podaje M. Piszczek (2007: 154), prawidłowa realizacja tej formy pomocy wymaga wiedzy o mechanizmach rozwoju oraz o sposobach jego wspierania, a także dostosowania metod, form, środków pracy do potrzeb dziecka i dominującej u niego aktywności. Zdaniem autorki, w praktyce wszystkie oddziaływania wspomagające rozwój dziecka można sprowadzić do:

- działań, których celem jest zapewnienie dziecku optymalnego rozwoju osobowości, poprzez stworzenie mu odpowiednich warunków życia oraz wychowania w domu i/lub w tych środowiskach wychowawczych, w których w danym momencie przybywa; warunki te powinny uwzględniać zarówno już wykształcone, jak i przewidywane możliwości psychofizyczne dziecka,
- planowego i systematycznego organizowania działań ukierunkowujących dzięki zastosowanym metodom aktywności dziecka i pozwalających mu osiągnąć wyższy poziom samodzielnego funkcjonowania w różnych dziedzinach,
- stosowanie specjalnych metod stymulowania rozwoju psychoruchowego dziecka i wyrównywania deficytów rozwojowych.

Jak twierdzi B. Skałbana (2011: 151), wczesna interwencja i wczesne wspomaganie rozwoju stanowią milowy krok w profilaktyce zaburzeń rozwojowych dziecka i ich konsekwencji dla jego późniejszego funkcjonowania psychospołecznego. Uświadomienie i przygotowanie pedagogów do podejmowania zadań na rzecz

małego dziecka i jego rodziny staje się priorytetem działań pedagogicznych ukierunkowanych na proces wspomagania rozwojowego i wychowawczego dziecka z zaburzeniami rozwojowymi.

Ważne miejsce w obszarze poradnictwa, pomocy dzieciom niepełnosprawnym i ich rodzicom zajmuje także poradnia psychologiczno-pedagogiczna. Działalność tych instytucji reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 roku w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych, Dz.U. 2013, poz. 199.

Zgodnie z powyższym rozporządzeniem publiczne poradnie psychologiczno-pedagogiczne, w tym publiczne poradnie specjalistyczne, udzielają dzieciom, od momentu urodzenia, i młodzieży pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu. Profesjonalnej pomocy związanej z wychowywaniem i kształceniem dzieci i młodzieży udzielają również rodzicom i nauczycielom. Wspomagają także przedszkola, szkoły i inne placówki w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych (§ 1).

W myśl rozporządzenia pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana w poradni dzieciom i młodzieży oraz ich rodzicom polega na:

1. Prowadzeniu terapii dzieci i młodzieży oraz ich rodzin.
2. Udzielaniu wsparcia dzieciom i młodzieży wymagającym pomocy psychologiczno-pedagogicznej lub pomocy w wyborze kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniu kształcenia i kariery zawodowej.
3. Udzielaniu pomocy rodzicom w rozpoznawaniu i rozwijaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz indywidualnych możliwości psychofizycznych dzieci i młodzieży oraz w rozwiązywaniu problemów edukacyjnych i wychowawczych (§ 8.1).

Pomoc ta jest udzielana w formie:

- indywidualnych lub grupowych zajęć terapeutycznych dla dzieci i młodzieży,
- terapii rodziny,
- grup wsparcia,
- mediacji,
- interwencji kryzysowej,
- warsztatów,
- porad i konsultacji,
- wykładów i prelekcji,
- działalności informacyjno-szkoleniowej (§ 8.1, pkt 2).

Do instytucji wspierających rozwój dziecka i jego rodzinę w zakresie realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczych należy zaliczyć także placówki wsparcia dziennego. Istotą placówki wsparcia dziennego jest współpraca z rodzicami lub opiekunami dziecka, a także placówkami oświatowymi i podmiotami leczniczymi. Pobyt dziecka w placówce wsparcia dziennego jest nieodpłatny i w pełni dobrowolny, chyba że do placówki skieruje je sąd (Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, Dz.U. 2011, nr 149, poz. 887, art. 23).

Placówka wsparcia dziennego może być prowadzona w formie:

- opiekuńczej, w tym kół zainteresowań, świetlic, klubów i ognisk wychowawczych,
- specjalistycznej.
- pracy podwórkowej realizowanej przez wychowawcę.

Placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie opiekuńczej zapewnia dziecku:

- opiekę i wychowanie,
- pomoc w nauce,
- organizację czasu wolnego, zabawę i zajęcia sportowe oraz rozwój zainteresowań.

Placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie specjalistycznej w szczególności:

- organizuje zajęcia socjoterapeutyczne, terapeutyczne, korekcyjne, kompensacyjne oraz logopedyczne,
- realizuje indywidualny program korekcyjny, program psychokorekcyjny lub psychoprofilaktyczny, zwłaszcza terapię pedagogiczną, psychologiczną i socjoterapię.

Placówka wsparcia dziennego prowadzona w formie pracy podwórkowej realizuje działania animacyjne i socjoterapeutyczne (tamże, art. 24, pkt 1–4).

Podsumowanie

Kończąc powyższe rozważania, należy podkreślić, iż współczesne poradnictwo i pomoc psychologiczno-pedagogiczna ukierunkowane jest na dziecko i jego rodzinę. Celem pomocy jest diagnoza potrzeb indywidualnych, rozwojowych oraz wychowawczych dziecka, a także wsparcie rodziców w rozwiązywaniu problemów wiążących się z jego niepełnosprawnością. Zdaniem E. Drozd (2012), wszelkie działania idące w kierunku wsparcia rodziny wychowującej dziecko niepełnosprawne powinny mieć charakter pomocowy, doradczy, a także wspomagający. Istotne jest, aby udzielana pomoc była profesjonalna, realizowana przez wyspecjalizowane placówki lecznicze, rehabilitacyjne, opiekuńcze, w tym także grupy wsparcia, organizacje i stowarzyszenia. Każdy rodzaj wsparcia i pomocy, umożliwiający zaspokojenie potrzeb dziecka niepełnosprawnego oraz jego rodziny, stanowi ważny element procesu społecznej integracji.

Bibliografia

- Drozd E. (2012), *Rodzina podmiotem kształcenia ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, [w:] J. Głodkowska (red.), *Dydaktyka specjalna – w przygotowaniu do kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Gresnigt H. (1995), *Znaczenie wczesnej interwencji dla rozwoju małego, słabowidzącego dziecka*, [w:] G. Walczak (red.), *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci*, WSPS, ARGRAF, Warszawa.
- Hajduk B. (2005), *Pomoc*, [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 4, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.

- Izdebska H. (1993), *Poradnictwo wychowawcze*, [w:] W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna*, Wydawnictwo Fundacja Innowacja, Warszawa.
- Kargulowa A. (2005), *Poradnictwo*, [w:] T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 4, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Kulesza E. (1999), *Projekt wczesnej interwencji prowadzonej przez rodzinę dziecka niepełnosprawnego w Polsce*, [w:] J. Pilecki, S. Olszewski (red.), *Wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych*, Oficyna Wydawnicza Text, Kraków.
- Pawłowska R. (1986), *Poradnictwo pedagogiczne*, WSiP, Warszawa.
- Piszczek M. (2007), *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo CMPP-P, Warszawa.
- Serafin T. (2007), *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka w systemie współpracy resortowej i samorządowej*, [w:] G. Kwaśniewska (red.), *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Serafin T. (2009), *Od lokalnych dobrych praktyk do programu rządowego*, [w:] W. Brejnak, K.J. Zabłocki (red.), *Wczesna diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka z dysfunkcjami*, Stowarzyszenie „Dobra Wola” OPP, Warszawa.
- Skałbiana B. (2009), *Poradnictwo pedagogiczne. Przegląd wybranych zagadnień*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Skałbiana B. (2011), *Diagnostyka pedagogiczna. Wybrane obszary badawcze i rozwiązania praktyczne*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Skałbiana B. (2012), *Instytucjonalne poradnictwo pedagogiczne okresu przemian. Kontynuacja i zmiany*, Wydawnictwo Politechnika Radomska, Radom.
- Skórczyńska M. (2006), *Współczesne tendencje we wczesnej interwencji u dzieci zagrożonych niepełnosprawnością lub niepełnosprawnych. Perspektywa edukacyjna*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Twardowski A. (2008), *Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych*, [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa.

Ustawy, Rozporządzenia

- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, Dz.U. 2011 nr 149, poz. 887, art. 23, art. 24, pkt 1–4.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz.U. 2013, poz. 532, § 3.1, § 3.1 pkt 2, § 23.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 roku w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci, Dz.U. 2013, poz. 1257, § 1, § 2, § 3.1, § 3.1 pkt 2, § 3.1 pkt 3, § 6.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 roku w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych, Dz.U. 2013, poz. 199, § 1, § 8.1 pkt 2).

Netografia

- <http://megalo.kei.pl/hospicjum/index.php/aktualnosci/17-opieka-perinatalna/49-hospicyjna-opieka-perinatalna-w-hospicjum-im-ks-dutkiewicza-sac> (dostęp: 13.01.2014)
- <http://www.gajusz.org.pl/jak-mozemy-ci-pomoc/153-hospicjum-perinatalne> (dostęp: 13.01.2014)

http://www.hope.katowice.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=102 (dostęp: 13.01.2014)

Counseling and psychological and pedagogical help in the process of rehabilitation of a child with disabilities

Abstract

This article presents the role and importance of counseling and psychological and pedagogical help in the process of rehabilitation of children with disabilities.

The first part of the article focuses on explaining such issues as: counseling, help, psychological and pedagogical help, and tasks, rules, methods, techniques, and research tools used in the work of a psychologist and pedagogue and in psychological and pedagogical counseling. The second part, in turn, draws attention to institutions which specialize in professional counseling and psychological and pedagogical help in the process of rehabilitation of a child with disabilities. Such institutions include: perinatal hospices, early intervention centers, early development help centers, psychological and pedagogical clinics, and daily support facilities.

Keywords: counseling, help, psychological and pedagogical help, child with disabilities, family, perinatal hospices, early intervention centers, early development help centers, psychological and pedagogical clinics, daily support facilities.

Anna Michalczyk

Funkcjonowanie dziecka z epilepsją w przestrzeni szkolnej

Epilepsja jest jedną z najczęściej występujących przewlekłych chorób układu nerwowego. Szacuje się, że w Polsce jest nią dotkniętych około 400 tysięcy osób, zaś na całym świecie liczba chorych osób sięga 50 milionów. Według badań, około 5% ludzi doświadczyło przynajmniej jednego ataku, a samo ryzyko jego wystąpienia w czasie całego życia sięga 10%. Padaczka to choroba, która powstaje w wyniku zaburzenia prawidłowej czynności mózgu. Klinikzną manifestacją tych nieprawidłowości jest napad – skutek zaburzenia jego bioelektrycznych czynności. Układ nerwowy zdrowego człowieka koordynuje funkcjonowanie całego organizmu. Sieć komórek nerwowych przesyła ładunki elektryczne za pomocą tzw. neurotransmiterów, które pełnią funkcję regulującą ten proces. Niewłaściwa ich czynność, prowadzi do zaburzeń w przepływie ładunków elektrycznych, co w najprostszy sposób można porównać do spięcia w obwodzie elektrycznym. Po przekroczeniu progu krytycznego następują wówczas szybkie i nieprawidłowe wyładowania w obrębie mózgu, co bezpośrednio prowadzi do wystąpienia napadu padaczkowego (Czochańska, Szczepanik, Pakszys 2002). W mózgu osoby zdrowej zachodzi stała równowaga pomiędzy układami hamującymi (kwas gamma-aminomasłowy wraz z receptorami) i pobudzającymi (glutaminian). U chorego na padaczkę dominują okresy, w których przewaga układów pobudzających skutkuje klinicznie różnymi formami napadów. O epilepsji mówimy wówczas, gdy u konkretnej osoby obserwujemy skłonność do nawracania takiego stanu – w żaden sposób nieprovokowanego. O ostatecznym rozpoznaniu tej choroby decyduje wystąpienie co najmniej dwóch samoistnych napadów w czasie dłuższym niż jedna doba.

Ewolucja poglądów dotyczących epilepsji

Polski termin „epilepsja” wywodzi się od greckiego słowa *epilepsia*, co w dosłownym tłumaczeniu oznacza ‘napad’. Najstarszym dokumentem dotyczącym padaczki jest gliniana tabliczka zapisana w języku sumeryjskim, pochodząca z okresu 1067–1046 p.n.e. Zapełniona znakami pisma klinowego – jest zatytułowana *anta-shubba*, co w języku sumeryjskim oznacza ‘chorobę padania’. Stanowi ona jeden

z kilkudziesięciu rozdziałów podręcznika o chorobach człowieka. Inne wzmianki na jej temat pojawiają się również w Piśmie Świętym, gdzie odnaleźć można opis chłopca, który wielokrotnie dostawał konwulsji i toczył przy tym pianę z ust. Chociaż w tym konkretnym przypadku utożsamiano objawy choroby z działaniem demona, w Biblii wyraźnie rozróżnia się te dwie kwestie. W opisie powyższego przypadku nie użyto jednak terminu „epilepsja” – dla określenia tej choroby posłużono się greckim terminem *seleniázomai*, co dosłownie oznacza ‘rażony księżycem’. Jego pierwotne znaczenie wiązało się z przekonaniem, że księżyc znajdujący się w poszczególnych fazach szkodzi ludziom, szczególnie zaś tym, którzy cierpią na dolegliwości o charakterze nawrotowym. Epilepsję i napady padaczkowe w przesądny sposób łączono więc ze szkodliwym wpływem księżyca na samopoczucie osób chorych (Bartnicki, Klósek 2013). O padaczce wspomniano już także w perskich i egipskich papirusach czy w Kodeksie Hammurabiego, gdzie odnaleźć można było informacje związane z leczeniem operacyjnym, wynagrodzeniem i odpowiedzialnością lekarza, który ów zabieg miał wykonywać. Ze względu na żywiołowy charakter napadów chorobę tę z czasem zaczęto postrzegać jako boski lub diabelski dar, stąd inna jej nazwa – *morbus sanctus*, co dosłownie oznacza ‘świętą chorobę’. Podczas gdy starożytni Grecy uważali, że epileptyczne napady wiążą się z fazami księżyca i wpływem jego bogini Seleny, Rzymianie wierzyli, że podczas ataku chorzy zarażają innych przez oddech. Z tego powodu epileptycy w starożytnym Rzymie przez długi czas skazani byli na samotność. Punktem zwrotnym w zrozumieniu istoty choroby oraz sytuacji dotkniętych nią osób okazało się stwierdzenie greckiego lekarza Hipokratesa: „padaczka jest chorobą mózgu, która musi być leczona dietami i lekami, a nie zaklęciami i czarami” (Błaszczuk 2003).

Zasadniczo rozróżnia się około 40 typów napadów, a każdy z nich manifestuje się w zupełnie inny sposób. Jednym z rodzajów uogólnionego napadu są pojawiające się momenty wyłączenia świadomości. Charakteryzują się one nagłą, zazwyczaj kilku- lub kilkunastosekundową utratą kontaktu z otoczeniem, która przez świadków bywa zwykle opisywana jako chwilowe „wyłączenie się” czy nienaturalne „zamyślenie się”. W tym czasie osoba chora przerywa lub znacznie spowalnia wykonywaną przez siebie czynność. Reakcja źrenic na światło jest wyraźnie zwolniona, a wzrok utkwiony najczęściej w jeden punkt. Utraty świadomości mogą być na tyle krótkie, że osoba cierpiąca na epilepsję nawet ich nie zauważy i nie będzie zdawała sobie sprawy z tego, co działo się z nią przez ten czas. Czasami bodźce dźwiękowe lub dotykowe mogą skrócić czas występowania napadu i „wyrwać” ją z tego stanu (Błaszczuk 2003). Typowe napady nieświadomości występują częściej u dziewcząt i pojawiają się między 4. a 12. rokiem życia. Zwykle częstotliwość takich napadów jest duża, a ich liczba może sięgać nawet ponad stu na dobę. Sytuacja ta może prowadzić do bezdrgawkowego stanu padaczkowego, gdzie przy braku wyraźnych objawów kontakt z dzieckiem jest znacznie zaburzony lub w skrajnych przypadkach wręcz niemożliwy. Napadom nieświadomości mogą towarzyszyć mruganie, mimowolne ruchy w okolicy ust czy bardziej charakterystyczne i widoczne napady atoniczne i toniczne. Napady o charakterze atonicznym są obserwowane najczęściej

u dzieci z zespołem Lennox-Gastaut czy Doose'a. Wiążą się one ściśle z krótkotrwałym i nagłym obniżeniem napięcia mięśniowego, co w rezultacie prowadzi często do upadków i urazów, zwłaszcza okolic twarzy i głowy. Przebiegają one przy tym bez utraty świadomości, zazwyczaj więc osoba chora wstaje i kontynuuje przerwana czynność. Z kolei kloniczne napady padaczkowe manifestują się symetrycznymi, dość gwałtownymi skurczami kończyn. Skurcze te mają charakter serii trwających około dwóch minut. Stosunkowo często występują one również u niemowląt i młodszych dzieci, które wysoko gorączkują w czasie choroby. Najczęściej jednak z terminem „epilepsja” kojarzy się napad pełny, tzw. toniczno-kloniczny. Może on wystąpić w każdym wieku (poza niemowlęcym), zwykle jednak obserwuje się go u osób dorosłych. Napad ten w klasycznej formie składa się z dwóch faz. W pierwszej, tonicznej, fazie obserwujemy u chorego nagłą utratę przytomności, uogólniony skurcz mięśni i zatrzymanie oddechu. Napięcie mięśniowe ma charakter ciągły, a więc mięśnie są wówczas stale napięte. Fазie tej może towarzyszyć krzyk, spowodowany nagłym skurczem mięśni oddechowych, zaś skurcz mięśni szczęk może prowadzić do mimowolnego przygryzienia języka lub wewnętrznej strony policzków. Po tym czasie, zazwyczaj kilkanaście sekund, chory bierze głęboki wdech i wówczas rozpoczyna się druga faza napadu, zwana kloniczną. Charakteryzuje się ona występowaniem gwałtownych i rytmicznych skurczów mięśni w obrębie kończyn dolnych i górnych oraz tułowia. Faza ta trwa średnio około dwóch minut i kończy się kilkuminutową, głęboką śpiączką. Po wybudzeniu się pacjent zazwyczaj ma uczucie splątania i dezorientacji, może przejawiać również zachowania agresywne. Następnie stopniowo dochodzi do świadomości lub zapada w dłuższy, ponapadowy sen (Jóźwiak 2009). W zależności od rodzaju i przebiegu napadu każda z chorych osób będzie wymagała nieco innego podejścia i innej pomocy. W czasie trwania napadu należy bezwzględnie zadbać o jej bezpieczeństwo – ułożyć w odpowiedniej pozycji, chronić głowę czy rozluźnić zapięcie pod szyją. Nie należy przytrzymywać osoby chorej siłą ani hamować jej drgawek. Zabronione jest również podawanie wody czy leków oraz wkładanie jakichkolwiek przedmiotów do ust (Jóźwiak 2009).

Badania przeprowadzone na przełomie lutego i marca 2009 r. na zlecenie Polskiego Towarzystwa Epileptologii i firmy UCB pokazują, że zdecydowana większość Polaków (89%) deklaruje jakąkolwiek wiedzę na temat padaczki i identyfikuje ją przede wszystkim z napadem toniczno-klonicznym, czyli charakterystycznymi drgawkami. 60% neurologów biorących udział w badaniu i mających pod swoją opieką pacjentów w wieku szkolnym uważa, że wszystkie dzieci cierpiące na padaczkę mogą uczęszczać do masowych szkół. Opinię tę podziela podobna grupa Polaków, w tym także dyrektorów szkół. Wydaje się jednak, że dość wysoki procent osób deklarujących akceptację takiego stanu rzeczy niewiele ma wspólnego ze szkolną rzeczywistością osób chorych na epilepsję. Zdecydowana większość badanych rodziców twierdzi, że ich dzieci nie są mile widziane w masowych szkołach. Głównym powodem tej niechęci jest lęk nauczycieli przed wystąpieniem ataku u dziecka oraz niewiedza na temat tego, jak należy postępować w takiej sytuacji. Widoczny jest tutaj swego rodzaju dysonans pomiędzy deklarowaną, teoretyczną

wiedzą dyrektorów szkół na temat tej choroby a praktycznym wykorzystaniem tej wiedzy w sytuacji wystąpienia napadu (Raport z badania PRO-EPI przeprowadzony przez Pentor Research International 2009). Czynniki wpływającymi na wybór przez rodziców określonego trybu nauczania są według badań ogólny stan zdrowia dziecka, chęć zapewnienia mu życzliwej atmosfery i uchronienia przed stresem oraz sugestie lekarza prowadzącego.

Epilepsja a szkolna rzeczywistość

Sytuacja ucznia obciążonego padaczką łączy się z wieloma ograniczeniami i trudnościami. Przede wszystkim, ze względu na ryzyko wystąpienia napadów oraz konieczność zapobiegania takim sytuacjom, może on mieć poczucie niższej sprawności, w tym również fizycznej (Jóźwiak 2009). Z informacji uzyskanych od rodziców wynika, że co czwarty uczeń z epilepsją nie jest aktywny na zajęciach wychowania fizycznego. Wiąże się to z lękową postawą rodziców, którzy obawiają się o bezpieczeństwo swoich dzieci. U niektórych pacjentów atak padaczkowy może być sprowokowany hiperwentylacją po dłuższym i wzmożonym wysiłku fizycznym. Jednakże nawet pomimo braku przeciwwskazań średnio co piąty uczeń korzysta ze zwolnienia lekarskiego z lekcji wychowania fizycznego (Raport z badania PRO-EPI przeprowadzony przez Pentor Research International 2009). Inną trudnością, z którą borykają się uczniowie, jest stygmatyzacja osób cierpiących na epilepsję. W chwili przyjęcia do szkoły ucznia z padaczką pojawia się pytanie, czy o zaistniałej sytuacji powinni oprócz nauczycieli wiedzieć także jego koledzy. Ujawnienie tej informacji niesie za sobą ryzyko doświadczania przez dziecko przejawów nietolerancji ze strony rówieśników, a czasem również ich rodziców. Pogarsza to znacznie samoocenę takiego ucznia i wpływa negatywnie na jego funkcjonowanie w środowisku szkolnym. Często sam lęk przed stygmatyzacją, dokuczliwymi uwagami czy odrzuceniem pojawia się na długo wcześniej, zanim uczeń odczuje rzeczywiste przejawy braku tolerancji ze strony otoczenia. Obawa ta może wpływać na pojawienie się swoistego błędnego koła: dziecko staje się zamknięte w sobie i izoluje się od kolegów w obawie przed odrzuceniem, ci z kolei odrzucają je z uwagi na dziwne i nieadekwatne zachowanie, a nie sam fakt choroby (Jóźwiak 2009). Uczniowie cierpiący na epilepsję wykazują również trudności w pełnym wykorzystaniu swoich możliwości edukacyjnych. Sytuacja ta może wynikać z przyczyn medycznych i społecznych. U wielu z nich rozwój intelektualny w ujęciu globalnym przebiega prawidłowo. Dzieci te mają jednak częstsze problemy z opanowaniem podstawowych wiadomości i umiejętności szkolnych, w wyniku wybiórczych zaburzeń w funkcjonowaniu poszczególnych analizatorów. To właśnie one, oprócz zaburzeń zachowania, stanowią najczęstszą przyczynę ich trudności szkolnych. Biorąc pod uwagę te trudności, u uczniów z epilepsją stosunkowo często obserwuje się występowanie dysleksji, dyskalkulii bądź dysortografii (Jakubiec 2013). Uogólnione napady toniczno-kloniczne mogą przyczyniać się do upośledzenia funkcji poznawczych dziecka, w sposób szczególny mogą one rzutować na jego pamięć. Wydłuża się zatem czas reakcji i zmianie ulega sama dynamika wspomnianych wyżej procesów. Decydujący

wpływ na ich jakość ma przede wszystkim wiek, w którym pojawiły się pierwsze napady. Ich wczesny początek zaburza rozwój funkcji poznawczych, co może skutkować trudnościami w sprawnym funkcjonowaniu intelektualnym (Mojs i in. 2007). W badaniach z 2005 r., przeprowadzonych na grupie 251 pacjentów, wykazano, że uczniowie z padaczką miokloniczną (młodzieńczą) cierpią na częstsze upośledzenie funkcji czołowych – planowania, myślenia abstrakcyjnego i swoistej plastyczności umysłu związanej z wolą działania (Halczuk 2005). Z kolei badania przeprowadzone na zlecenie Polskiego Towarzystwa Epileptologii dowiodły, że nauczyciele oceniali możliwości i umiejętności ucznia niżej, gdy wiedzieli o tym, że cierpi on na padaczkę. Taka postawa pedagogów nie tylko wpływa znacząco na obniżenie wymagań względem konkretnych uczniów, ale przyczynia się także do obniżenia ich samooceny i wiary we własne możliwości. Może wzmacniać także przekonanie, że sam fakt choroby zwalnia ich z obowiązku uczenia się trudniejszych partii materiału. Problemy ucznia mogą wynikać również ze skutków ubocznych stosowanej farmakoterapii. Zaliczamy do nich często: drażliwość, zaburzenia koncentracji i uwagi, ospałość, wzmożoną męczliwość, zaburzenia mowy, osłabienie ostrości widzenia, chwiejność emocjonalną czy zaburzenia myślenia. W rzeczywistości każdy z wymienionych powyżej objawów w znaczący sposób może wpływać na jakość nauki szkolnej i funkcjonowanie ucznia. Trudność tę potęguje fakt, iż bardzo często zaburzenia te nie występują w izolacji (Mojs i in. 2007).

Kolejnym problemem uczniów cierpiących na epilepsję są występujące stonkowo często zaburzenia zachowania i nieprawidłowy rozwój osobowości. U ich zdrowych rówieśników wraz ze stopniowym dojrzewaniem ośrodkowego układu nerwowego obserwuje się stopniowy hamujący wpływ kory mózgu na pozostałe ośrodki podkorowe. Oznacza to, że w czasie odpowiedniej stymulacji ze strony środowiska dziecko staje się coraz bardziej wrażliwe na działanie bodźców słownych i wpływ sytuacji społecznych, w których się znajduje. Potrafi ono podporządkować się zakazom, nakazom i opanować swoje spontaniczne zachowania czy potrzeby. Chociaż osobowość dziecka nie jest jeszcze w pełni skryształizowana, powoli zaczyna ono rozumieć sens zasad, do których musi się dostosować. Zachowuje się więc odpowiednio do wieku i zgodnie z ogólnie przyjętymi i obowiązującymi normami zachowania społecznego. Większość dzieci z epilepsją swoim niekontrolowanym zachowaniem sprawia jednak wiele kłopotów wychowawczych. Zaobserwowano w ich zachowaniu wiele objawów o różnym stopniu nasilenia, które okazały się zależne od lokalizacji uszkodzenia mózgu. Uszkodzenie części przedniej i przyśrodkowej w płacie skroniowym wywołuje stany wzmożonej agresji, wybuchy złości, pobudzenie psychoruchowe, ciągłe niezadowolenie, ponury nastrój i mściwość. Zmiany organiczne w prawym płacie skroniowym powodują z kolei nadmierną labilność afektywną, nadwrażliwość, stany depresyjne i nadmierną pobudliwość emocjonalną. Przy uszkodzeniach zlokalizowanych w nadoczodołowej okolicy płatów czołowych obserwuje się stopniowy zanik uczuciowości wyższej i brak umiejętności hamowania popędów, skłonność do aspołecznych zachowań, brak krytycyzmu wobec własnej osoby, euforie, gadulstwo oraz brak dystansu w stosunku do osób

znaczących. Uszkodzenie okolicy przedczołowej powoduje zanik inicjatywy, apatię oraz zanik zdolności do abstrakcyjnego i logicznego myślenia. Przyjmuje się zatem, że lokalizacja uszkodzenia mózgu może mieć wpływ na sposób zachowania się dzieci chorych na padaczkę, głównie tych starszych, dotkniętych padaczką o ciężkim przebiegu. Wszystkie wyżej wymienione objawy w znaczący sposób wpływają na współżycie dziecka z najbliższym otoczeniem. O ile zmiany te mogą być akceptowane i w pełni rozumiane w środowisku rodzinnym, o tyle w środowisku szkolnym znacznie utrudniają, a czasem wręcz uniemożliwiają funkcjonowanie dziecka. Brak wiedzy nauczycieli na temat specyfiki choroby i towarzyszących jej zaburzeń może prowadzić do oceniania ucznia przez pryzmat wymienionych powyżej zachowań. Nieprawidłowe postawy wychowawcze mogą również pogłębiać istniejące zaburzenia zachowania, czy wręcz przyczyniać się do kształtowania nieprawidłowych cech osobowości. Niestety, wciąż dość często obserwuje się również nerwicogeny wpływ środowiska szkolnego na ucznia z epilepsją. Dzieje się tak głównie z powodu niedostatecznej wiedzy na temat samej choroby. Z kolei trudności szkolne wynikające z niezależnych od dziecka przyczyn (deficyty fragmentaryczne, napady nieświadomości) mogą w konsekwencji prowadzić do krzywdzącej oceny ze strony nauczyciela. Bywa również, że towarzyszy temu nieprzychylny stosunek rówieśników do ucznia cierpiącego na padaczkę, co w konsekwencji powoduje u niego niskie poczucie własnej wartości (Mojs i in. 2007).

Wnioski dotyczące szkolnej rzeczywistości ucznia z epilepsją

Analizując wyniki przedstawionych badań, można stwierdzić, że w obiegowej opinii społecznej osoby cierpiące na padaczkę nadal często bywają bez uzasadnienia oceniane negatywnie. W wielu przypadkach wynika to z uogólniania faktów dotyczących padaczki, niedostatecznej wiedzy i wciąż jeszcze funkcjonujących na jej temat stereotypów. Włączanie do jednej kategorii chorych z uszkodzeniami struktur mózgowych, jak i tych, u których padaczka występuje na innym podłożu, prowadzi do niewłaściwych i nierzadko krzywdzących opinii i przekonań. Brak odpowiedniej wiedzy na temat epilepsji sprawia, że dzieci z tą chorobą bywają odrzucane w szkole przez nauczycieli i rówieśników. Jeżeli u dziecka występują objawy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, padaczka stanowi dodatkowe utrudnienie w wypełnianiu przez niego roli ucznia. Negatywna ocena padaczki przez środowisko szkolne sprawia, że rodzice ukrywają jej rozpoznanie przed nauczycielami i resztą otoczenia. Nie akceptują faktu, że dziecko jest chore, nie podporządkowują się zaleceniom lekarskim, nie stosują leków i rozpaczliwie usiłują zaprzeczyć istnieniu choroby. Dlatego tak ważne jest, by środowisko szkolne wykazywało rozumienie dla trudności ucznia z epilepsją. Obowiązek ten w sposób szczególnie spoczywa na nauczycielach, którzy powinni wykazać się wiedzą na temat choroby, a także współtoważyszącą jej zaburzeń. To ważne szczególnie dlatego, iż właściwa postawa pedagogów wpływa na kształtowanie się samooceny ucznia oraz na zwiększenie jego wiary we własne możliwości. W przypadku uczniów chorych na padaczkę psychologiczny aspekt funkcjonowania w przestrzeni szkolnej jest bowiem szczególnie

ważny. Komfort psychiczny wpływa pozytywnie na funkcjonowanie dziecka oraz zapobiega pojawianiu się u niego dodatkowych zaburzeń na tle nerwowym. W razie narastających problemów w nauce należy właściwie zorganizować, a czasem również i zmodyfikować sposób przekazywania wiadomości szkolnych. Nie wolno wykluczać dziecka z zajęć czy zabaw prowadzonych w grupie rówieśniczej, aby nie pogłębiać jego stygmatyzacji. Zapewnienie spokojnej i przyjaznej atmosfery z pewnością wpłynie pozytywnie na jego funkcjonowanie w klasie. Warto stawiać dziecku realne wymagania i zachęcać do podejmowania nowych wyzwań. Taka postawa pomoże mu w pełni realizować się w roli ucznia, bez odciskania na jego osobie piętna nieuleczalnej choroby, skazując je tym samym na fizyczne i społeczne inwalidztwo.

Bibliografia

- Bartnicki R., Kłósek K. (2013), *Metody interpretacji Nowego Testamentu*, Wydawnictwo Petrus, Kraków.
- Błaszczak B. (2003), *Święta choroba, czyli historia padaczki*, „Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej”, t. 1, 209–212.
- Czochańska J., Szczepanik E., Pakszys M. (2002), *Zespoły padaczkowe u dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo BiFolium, Lublin.
- Halczuk I. (2005), *Wpływ nowych leków przeciwpadaczkowych na funkcje poznawcze*, „Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii”, nr 4, 363–379.
- Jakubiec B. (2013), *Funkcjonowanie dziecka z padaczką w środowisku społecznym*, <http://www.sosw3.edu.pl/1.pdf> (dostęp: 25.06.2014).
- Jóźwiak S. (2009), *Dziecko z padaczką w szkole i przedszkolu*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa.
- Mojs E., Gajewska E., Głowacka M.D., Samborski W. (2007), *Występowanie zaburzeń poznawczych i emocji w padaczce i ich implikacje dla terapii*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, 5313, 82–87.
- Raport z badania PRO-EPI przeprowadzony przez Pentor Research International (2009) (dostęp: 25.06.2014).

The functioning of a child with epilepsy in the school environment

Abstract

Epilepsy is a nervous system disorder, which is characterized by a complex and often quite complicated etiology. The essence of the disorders is an incorrect bioelectric brain function, which leads to the occurrence of epileptic seizures of different forms – large ones, called grand mal, and small ones, petit mal. The vast majority of the society connects this disorder with classical convulsive seizures, accompanied by lockjaw, unnaturally bent body, uncoordinated movement, and increased muscle tension. The still low level of knowledge on this disease is a reason why epilepsy is sometimes connected with the need of special education, cognitive delay, and low IQ. These stereotypes influence greatly the perception of a diseased child as worse and less able, also among its school peers. In reality, though, the key role of epilepsy treatment is acceptance of the disease and fighting its after-effects. The quality of life of a child influences greatly the development of its physical and intellectual functions, functioning in the society, and fulfilling the social roles.

Keywords: epilepsy, nervous system disorders, school, difficulties at school.

Sylvia Niemiec-Elanany

Wsparcie społeczne adolescentów z zaburzeniami psychicznymi

Wsparcie społeczne określane jest mianem interakcji zachodzącej w trudnej sytuacji między jednostką a otoczeniem. Celami tej interakcji są zbliżenie jednego lub obu uczestników do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności, reorganizacja zakłóconej relacji z otoczeniem i podtrzymywanie emocjonalne. W toku tej interakcji zachodzi jednostronna lub wzajemna wymiana emocji, informacji, instrumentów działania i dóbr materialnych (Dąbrowski 1998: 444).

Ch.H. Tardy (za: Kmiecik-Baran 1995) wyodrębnia cztery typy wsparcia w zależności od treści wymiany społecznej, obecnej w toku interakcji wspierającej: informacyjne, instrumentalne, wartościujące oraz emocjonalne. Pierwsze z nich, czyli wsparcie informacyjne, jest wymianą informacji sprzyjających lepszemu zrozumieniu sytuacji, położenia życiowego człowieka i problemu. Chodzi tutaj także o dostarczenie informacji zwrotnych na temat skuteczności podejmowanych przez osobę wspieraną działań zaradczych oraz dzielenie się własnym doświadczeniem przez osoby mające podobne problemy. Wsparcie instrumentalne przejawia się udzielaniem jednostce konkretnej pomocy, świadczeniem usług, jak na przykład pożyczenie pieniędzy. Wyróżnia się także wsparcie wartościujące, czyli dawanie osobie do zrozumienia, że ma ona możliwości, zdolności, umiejętności itp., ważne dla prawidłowego funkcjonowania grupy lub osoby. Ostatnim wyróżnianym przez Ch.H. Tardy'ego jest wsparcie emocjonalne, polegające na przekazywaniu emocji, które podtrzymują, uspokajają, odzwierciedlają troskę, a także objawiają się pozytywnym nastawieniem do osoby wspieranej. Ich celem jest także stworzenie poczucia przynależności, opieki oraz podwyższenie samooceny. W ten sposób daje się do zrozumienia, że jednostka zawsze może liczyć na daną grupę lub osobę i w każdej chwili zostanie jej udzielona pomoc (por. Kenrick, Neuberg, Cialdini 2002).

Wsparcie społeczne traktowane jest jako czynnik, który może zarówno przyczynić się do powstania choroby, jak i przed nią uchronić. Liczne badania udowodniły, że ludzie, którzy doświadczają wsparcia społecznego w bardzo niewielkim zakresie, częściej zapadają na różne choroby psychiczne, np. zaburzenia zachowania,

depresję, schizofrenię (Pommersbach 1988). Społeczne otoczenie osoby chorej może stanowić nie tylko źródło ewentualnych wpływów patogennych, ale także swoisty potencjał leczniczy. Zakłada się także, iż efektywnie działające systemy wsparcia zmniejszają zarówno częstotliwość zdarzeń, które mogą wywołać u jednostki kryzys emocjonalny, jak i prawdopodobieństwo dezadaptacyjnych rozwiązań owych kryzysów (Axa 1983).

Osoby z zaburzeniami psychicznymi napotykają na wiele trudności w życiu. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest zarówno ich socjalne, jak i materialne upośledzenie, niekiedy także marginalizacja, a często również i społeczne wykluczenie (Bronowski, Załuska 2005). Dlatego też głównym celem wsparcia społecznego jest umożliwienie utrzymania się w środowisku osób z zaburzeniami psychicznymi, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem (Dąbrowski i in. 1998: 455).

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi mają mniejsze naturalne otoczenie społeczne oraz spędzają mniej czasu na kontaktach ze znaczącymi dla nich osobami (Axa 1983). Mniejsza dostępność wsparcia społecznego w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi jest charakterystyczna dla tych pacjentów, u których wykryte nieprawidłowości są poważniejsze, np. w przypadku schizofrenii (Pommersbach 1988).

Wyniki wielu badań dotyczących systemów oparcia społecznego wśród osób ze schizofrenią wskazują na ich niewydolność. Osoby te znacznie rzadziej doświadczają wsparcia społecznego, zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym. Jednostki psychotyczne charakteryzuje jednostronność relacji, gdyż występują one wyłącznie jako biorcy (Pommersbach 1988). Badania M. Clintona i wsp. (za: Bronowski, Załuska 2005) dowiodły, iż większość pacjentów schizofrenicznych otrzymywała wsparcie najczęściej od rodziny, rzadziej od przyjaciół i krewnych. Terapeuci realizujący programy rehabilitacyjne byli grupą wymienianą najrzadziej. Osobom ze schizofrenią szczególnie trudno jest uzyskać wsparcie emocjonalne, co stanowi problem istotny, szczególnie dla pacjentów hospitalizowanych, wyizolowanych i pozbawionych wsparcia ze strony rodziny. C. Tolsdorf (za: Pommersbach 1988) w swoich badaniach, w których porównał dziesięć hospitalizowanych osób ze zdiagnozowaną schizofrenią z dziesięcioma osobami z dolegliwościami fizycznymi, stwierdził, iż pierwsza grupa miała mniej dostępnych relacji mogących dawać wsparcie. Do podobnych wniosków doszedł F. Pattison (za: Pommersbach 1988), który, porównując osoby psychotyczne z neurotykami i populacją osób zdrowych, określił pacjentów z psychozą jako grupę otrzymującą najmniej oparcie społeczne. Z innych badań F. Pattisona (za: Axa 1983) wynika, iż pacjenci psychotyczni posiadają najmniej znaczących relacji z innymi ludźmi. Sieć społeczna schizofreników składa się średnio z 8–12 osób. Często obejmuje ona osoby będące w krótkotrwałych związkach z chorym, np. innego pacjenta, pielęgniarkę, a wyklucza osoby społecznie znaczące, np. rodzeństwo. To otoczenie społeczne obejmuje związki, w których chory odczuwa wobec partnerów silną ambiwalencję. Obserwacje J. Sokolovsky'ego

i M. Hammera (za: Axer 1983) dowiodły, że otoczenie społeczne neurotyków jest w niewielkim stopniu większe od otoczenia schizofreników. Liczy ono około kilkunastu osób (w tym także zmarłych), a relacje z osobami żyjącymi często przepełnione są wrogością. Z kolei V. Garrison (za: Pommersbach 1988) w swych badaniach stwierdził, iż najbardziej zaburzeni pacjenci ze schizofrenią polegali na osobach spoza rodziny, w przeciwieństwie do najlepiej adaptujących się pacjentów, którzy opierali się głównie na członkach rodziny. S. Turner (za: Pommersbach 1988: 512) potwierdził tezę, że niskiej satysfakcji ze wsparcia towarzyszy wzrost symptomów choroby. Najbardziej zaburzeni schizofrenicy (mutyzm) nie różnili się od aktualnie dobrze funkcjonujących w zakresie liczby hospitalizacji, typu leczenia czy zmienionych socjodemograficznych, ale odbiegali radykalnie poziomem wsparcia społecznego i poczuciem satysfakcji czerpanej z niego. Bardziej zaburzeni doświadczali mniej wsparcia rodzinnego. Biorąc pod uwagę pacjentów przebywających w szpitalach psychiatrycznych, wielu autorów podziela pogląd, iż w wyniku kolejnych hospitalizacji liczba związków może zmniejszyć się nawet o połowę. Zerwaniu ulega wtedy także większość kontaktów pozarodzinnych, a w otoczeniu chorego pozostają prawie wyłącznie sami krewni (Axer 1983).

Wiele prac i badań poświęcono kolejnemu zaburzeniu psychicznemu – depresji, którą rozważa się w kontekście stresujących wydarzeń życiowych i buforowej roli wsparcia społecznego (Pommersbach 1988: 512). G. Brown (za: Pommersbach 1988) na podstawie swych badań stwierdził, że kobiety samotne są dziesięciokrotnie bardziej podatne na depresję. Zaburzenie to według P. Millera (za: Pommersbach 1988) jest szczególnie rozpowszechnione wśród kobiet, które w sposób negatywny oceniały wsparcie ze strony męża. Na podstawie wyników badań można wywnioskować, że większe natężenie depresji wykazują dorośli z rodzin konfliktowych, słabo zintegrowanych i mających tendencję do wyrażania uczuć nie wprost. Czynnikiem zwiększającym ryzyko tego zaburzenia psychicznego, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, jest brak intymnych związków (Pommersbach 1988). P.G. Surtees (za: Axer 1983: 206) badał wpływ systemu oparcia na przebieg leczenia depresji u hospitalizowanych pacjentów. W analizie wziął także pod uwagę znaczenie stresów życiowych niezależnych od samej choroby. Najlepsze wyniki leczenia depresji zaobserwował u pacjentów w symetrycznych związkach z powiernikiem, tzn. takich, w których powiernik odwzajemniał zaufanie. Tego rodzaju oparcie chroni przed nawrotem depresji, pomimo silnych napięć psychicznych odczuwanych przez pacjenta. Wsparcie osoby z tym zaburzeniem polega przede wszystkim na obcowaniu z nią, uważnym jej słuchaniu, otwartości i koncentrowaniu się na jej przeżyciach, a także autentyczności, zrozumieniu i akceptacji (Wilczek-Rużyczka 1994).

Obok naturalnego systemu oparcia społecznego (rodziny, znajomych, sąsiadów itd.) wyróżnia się również inne, zwane wtórnymi systemami wsparcia. Należą do nich m.in. stowarzyszenia i organizacje społeczne, grupy samopomocowe, wspólnoty, środowiskowe domy samopomocy, placówki specjalistyczne, usługi opiekuńcze. Osobiste związki, jakie tworzą się między członkami tych grup, dzielenie się doświadczeniami, niewątpliwie w sposób korzystny wpływają na zdrowie psychiczne

osób z zaburzeniami. Rola tych pozarządowych organizacji polega przede wszystkim na wzmacnianiu odporności psychicznej, zapobieganiu społecznej izolacji, wsparciu i poradnictwie, a także pomocy w sytuacjach kryzysowych (Dąbrowski 1998).

Skutecznymi oddziaływaniami, które mogą pozwolić na zwiększenie satysfakcji życiowej osób z zaburzeniami psychicznymi, wydają się te, które łączą oddziaływania leczenia psychiatrycznego z działalnością placówek niemedycznych, zapewniających oparcie społeczne, co stanowi podstawę procesu rehabilitacyjnego (Bronowski, Załuska 2005).

Jeżeli chodzi o młodych pacjentów, pozostają oni wciąż w dużej, naturalnej zależności od swoich rodziców. Dlatego tak ważne jest włączenie osób najbliższych w działania mające na celu poprawę stanu zdrowia psychicznego (np. psychoterapię). Duże znaczenie w leczeniu zaburzeń psychicznych u młodzieży mają wzmocnienia otrzymywane od grupy rówieśniczej, możliwość podzielenia się swoimi problemami z innymi, mającymi podobne przeżycia. Dlatego tak ważna wśród form psychoterapii jest forma grupowa (Orwid, Pietruszewski 1996). Jednym z głównych celów terapii jest rozwój i utrzymanie wsparcia społecznego dla nastolatka i jego rodziny w celu utrwalenia korzyści z terapii. Zaburzone zachowanie u młodzieży wiąże się ze zwiększoną potrzebą wsparcia rodzinnego, a rodziny kierowane na terapię często mają niewiele zasobów. Ich niski status społeczno-ekonomiczny, dezorganizacja społeczna i brak wsparcia są czynnikami ryzyka. I odwrotnie: zasoby wsparcia mogą pomóc rodzinom stawić czoła trudom wychowania dzieci, jak również złagodzić negatywne skutki wielu wysiłków (Henggeler, Lee 2006: 349).

Problematyka badań własnych

Celem badań własnych było określenie poziomu otrzymywanego wsparcia społecznego przez młodzież z zaburzeniami psychicznymi, które określono Skalą Wsparcia Społecznego autorstwa K. Kmiecik-Baran. Skala ta bada cztery rodzaje oparcia społecznego – informacyjne, instrumentalne, wartościujące i emocjonalne. Dodatkowo narzędzie to – oprócz rodzajów wsparcia – określa jego źródło dzięki temu, iż jest podzielone na dwie części (składa się z dwóch kwestionariuszy), które dotyczą rodziców i rówieśników.

Za wyborem tych dwóch źródeł oparcia społecznego przemawiał duży wpływ rodziców na całokształt funkcjonowanie młodych osób (szczególnie z zaburzeniami psychicznymi, które stanowią specyficzną grupę, gdzie związek z rodzicami jest silny), a także grupy rówieśniczej, która w tym okresie życia odgrywa równie istotną, a nawet niekiedy większą rolę niż najbliższa rodzina.

Badaniami zostało objętych łącznie 36 osób w wieku 14–18 lat. Grupę podstawową stanowili pacjenci Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży (18 osób), a grupę kontrolną (18 osób) uczniowie krakowskich szkół masowych (gimnazjum, liceum).

Wśród zaburzeń psychicznych, które zdiagnozowano u badanej młodzieży z grupy podstawowej, występowały: zaburzenia zachowania (3 os.), zaburzenia emocjonalne (3 os.), zaburzenia zachowania i emocji (4 os.), nastawienie urojeniowe (urojenia ksobne) – 1 os., anoreksja (1 os.), zaburzenia dysocjacyjne (1 os.),

choroba afektywna dwubiegunowa (1 os.), zaburzenia adaptacyjne (2 os.), zaburzenia opozycyjno-buntownicze (1 os.), zaburzenia obsesyjne (1 os.). W grupie badanych przeważającym zaburzeniem były zaburzenia zachowania i emocji.

Tabela 1. Liczba osób objętych badaniem

Badane osoby	Grupa badawcza	
	podstawowa	kontrolna
wszyscy	18	18
dziewczęta	8	8
chłopcy	10	10

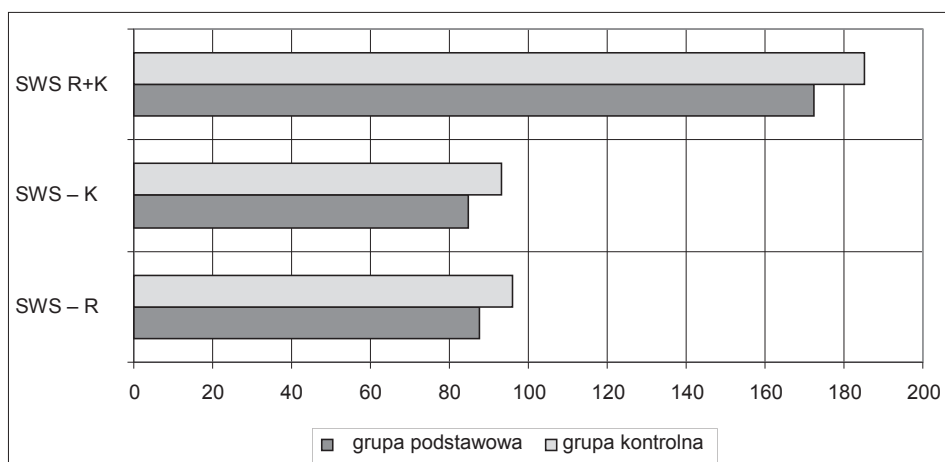
Źródło: opracowanie własne

Poniżej w tabelach 2, 3 i 4 przedstawione zostały wyniki badań (grupa podstawowa i grupa kontrolna) dotyczące otrzymywanego wsparcia społecznego od rodziców i kolegów.

Tabela 2. Poziom ogólnego wsparcia społecznego uzyskiwanego od rodziców i kolegów przez młodzież z zaburzeniami psychicznymi i zdrową

Wsparcie społeczne	Osoby z zaburzeniami psychicznymi		Osoby zdrowe		p
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
SWS – Rodzice	87,54	20,12	95,96	13,98	0,074
SWS – Koledzy	84,93	20,72	93,04	11,91	0,078
SWS R + K	172,46	28,33	185,32	26,12	0,083

Źródło: opracowanie własne



Rys. 1. Ogólny poziom wsparcia społecznego uzyskiwanego przez młodzież z grupy podstawowej i kontrolnej

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 2, nie występują różnice pod względem uzyskiwanego wsparcia społecznego pomiędzy badanymi grupami. Mimo wyższych wartości średnich arytmetycznych wsparcia ogólnego, uzyskiwanego przez osoby z grupy kontrolnej, nie są to wyniki istotne statystycznie (rysunek 1). Można zatem wysnuć wniosek, że otrzymywane wsparcie w obu grupach badanych jest na podobnym poziomie.

Nie ma także różnic między źródłem wsparcia (w obu grupach wyniki są bardzo zbliżone). Oznacza to, że osoby z zaburzeniami psychicznymi, jak również ich zdrowi rówieśnicy uzyskują od swych najbliższych oraz rówieśników wsparcie społeczne na podobnym poziomie.

Tabela 3 zawiera wyniki badań dotyczących wsparcia społecznego otrzymywanego od rodziców.

Tabela 3. Poziom wsparcia społecznego otrzymywanego od rodziców przez młodzież z zaburzeniami psychicznymi i zdrową

SWS – Rodzice	Młodzież z zaburzeniami psychicznymi		Młodzież zdrowa		<i>p</i>
	$\bar{x}$	<i>s</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	
wsparcie informacyjne	22,68	4,9	24,39	3,45	0,135
wsparcie instrumentalne	22,04	5,57	23,39	4,52	0,321
wsparcie wartościujące	20,14	5,49	21,68	4,26	0,247
wsparcie emocjonalne	23,04	6,91	26,5	4	0,025

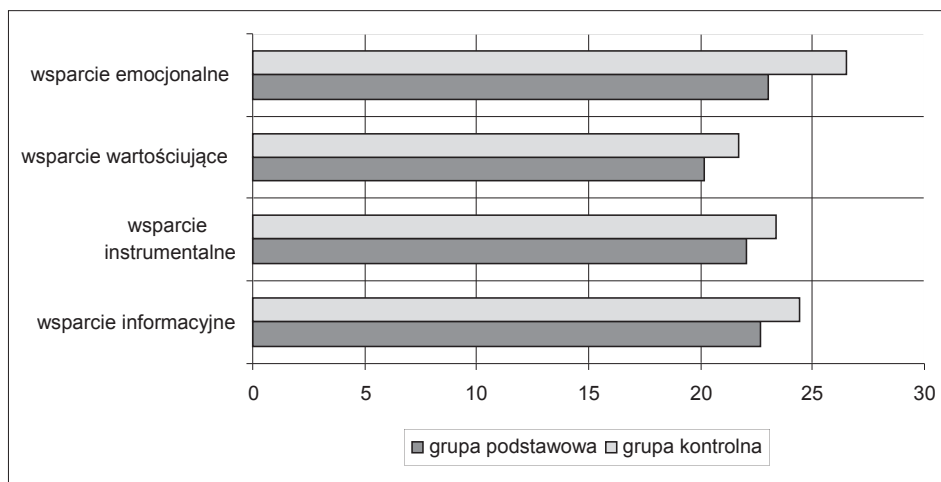
Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z danych z tabeli 3, największe różnice między grupą podstawową i grupą kontrolną w poziomie wsparcia otrzymywanego od rodziców można zaobserwować we wsparciu emocjonalnym, gdzie $p = 0,025$. Niższe wyniki w tym zakresie uzyskała młodzież z zaburzeniami psychicznymi. Mniejsze wsparcie emocjonalne w tej grupie oznacza deficyt pozytywnych emocji, które mają uspokoić, świadczyć o trosce, opiece oraz podwyższać samoocenę, a także dać świadectwo, że w trudnych i ciężkich chwilach na daną osobę można liczyć. Brak bliskich osób, brak rodziny podczas pobytu w szpitalu psychiatrycznym na często kilkumiesięcznym leczeniu może przyczyniać się w znacznym stopniu do negatywnego odbioru relacji z najbliższymi, przez których najczęściej młode osoby kierowane są na hospitalizację.

W pozostałych podskalach, czyli wsparciu informacyjnym, wartościującym i instrumentalnym, nie zanotowano istotnych statystycznie różnic, mimo występujących wyższych wartości średnich arytmetycznych w grupie młodzieży zdrowej (rysunek 2).

Wyniki te mogą oznaczać, że obie grupy badanych otrzymują od swoich rodziców wsparcie na podobnym poziomie. Przypuszcza się więc, że między matką i ojcem a ich nastoletnim dzieckiem jest dobra wymiana informacji, która

sprzyja pozytywnym kontaktom, lepszemu zrozumieniu, a także może utwierdzać młodą osobę w przekonaniu, że działania, jakie ona podejmuje, są skuteczne. Prawdopodobne jest również to, że rodzice podtrzymują samoocenę swoich dzieci, wierzą w ich możliwości i przede wszystkim akceptują je oraz służą konkretną pomocą materialną lub innym fizycznym działaniem.



Rys. 2. Wsparcie społeczne otrzymywane od rodziców przez badanych z grupy podstawowej i grupy kontrolnej

Źródło: opracowanie własne

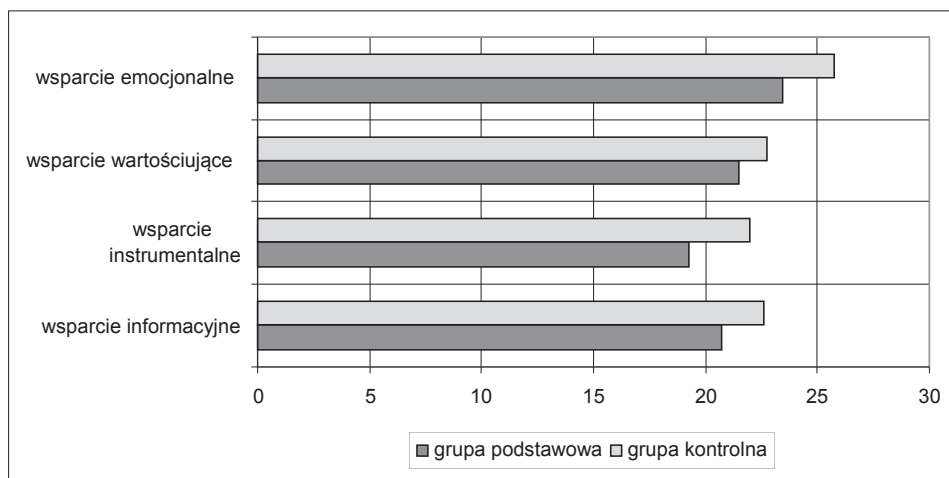
Kolejna tabela (4) przedstawia wyniki badań na temat wsparcia społecznego otrzymywanego od kolegów.

Tabela 4. Poziom wsparcia społecznego uzyskiwanego od kolegów przez młodzież z zaburzeniami psychicznymi i zdrową

SWS – Koledzy	Młodzież z zaburzeniami psychicznymi		Młodzież zdrowa		p
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
wsparcie informacyjne	20,71	5,31	22,57	3,73	0,135
wsparcie instrumentalne	19,29	5,03	21,96	4,12	0,034
wsparcie wartościujące	21,5	6,43	22,75	2,58	0,344
wsparcie emocjonalne	23,43	6,65	25,75	4,18	0,123

Źródło: opracowanie własne

Dane z powyższej tabeli dowodzą, że młodzież zdrowa uzyskała wyższe wyniki w jednej podskali. Pozostałe, chociaż różniące się wartościami średniej arytmetycznej, nie są istotne pod względem statystycznym (rysunek 3).



Rys. 3. Wsparcie społeczne uzyskiwane od kolegów przez młodzież z grupy podstawowej i grupy kontrolnej

Źródło: opracowanie własne

Jedyną różnicą istotną statystycznie w Skali Wsparcia Społecznego jest wsparcie instrumentalne, gdzie poziom istotności p wynosi 0,034. Można zatem wywnioskować, że osoby zdrowe psychicznie otrzymują od swoich rówieśników pomoc materialną, a także informacje o konkretnych sposobach postępowania. W przypadku młodzieży przebywającej na leczeniu w szpitalu psychiatrycznym ten rodzaj wsparcia może być znacznie ograniczony i niedostępny ze względu na przebywanie pacjentów z dala od swoich rówieśników ze szkoły lub innego najbliższego środowiska. W tego typu placówkach, gdzie rotacja jest duża, młodzi nie mają możliwości nawiązania bliskich relacji ze swoimi kolegami i koleżankami także z powodu specyfiki swoich zaburzeń. Nie mają do siebie całkowitego zaufania, więc mogą nie chcieć pożyczyć innym pieniędzy ani mówić, jak należy postępować, gdyż sami tego nie potrafią.

Podsumowując omówione powyżej wyniki, można stwierdzić, że młodzież zdrowa uzyskuje od rodziców większe wsparcie emocjonalne, a od kolegów instrumentalne niż osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Poniżej zostaną przytoczone wyniki badań młodzieży z uwzględnieniem płci badanych osób. Tabela 5 prezentuje wyniki badań dotyczących ogólnego wsparcia społecznego, uzyskiwanego przez dziewczęta od swoich rodziców i rówieśników.

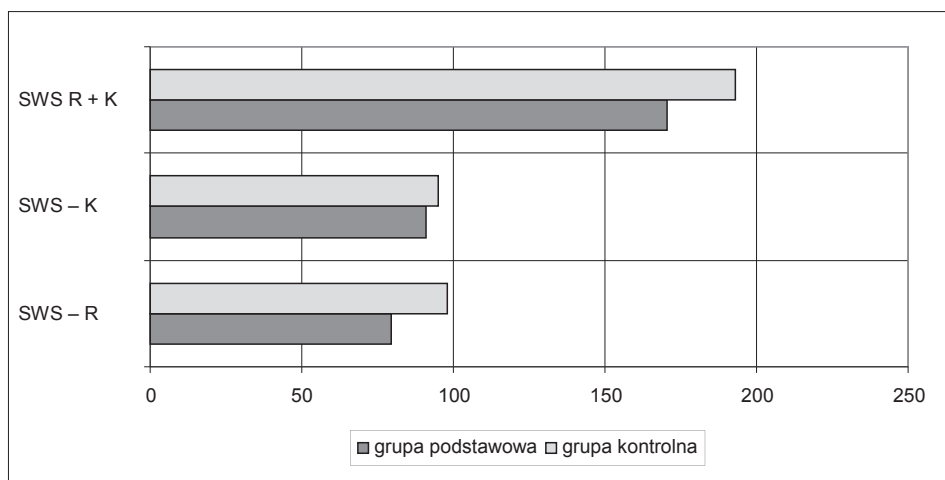
Analizując dane zawarte w tabeli 5, można stwierdzić, że między uzyskiwanym wsparciem społecznym od rodziców pomiędzy dziewczętami z grupy podstawowej i kontrolnej widoczna jest istotna różnica ($p = 0,009$). Zdrowe dziewczęta otrzymują większe oparcie od matki i ojca niż te z zaburzeniami psychicznymi.

Tabela 5. Poziom ogólnego wsparcia społecznego uzyskiwanego od rodziców i kolegów przez dziewczęta z zaburzeniami psychicznymi i zdrowe

Wsparcie społeczne	osoby z zaburzeniami psychicznymi		osoby zdrowe		p
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
SWS – Rodzice	79,57	22,62	98,21	8,08	0,009
SWS – Koledzy	90,79	20,86	95	10,69	0,507
SWS R + K	170,36	38,2	193,21	16,97	0,501

Źródło: opracowanie własne

Kolejną różnicą jest to, że osoby z grupy podstawowej otrzymują większe wsparcie od swoich rówieśników w porównaniu z tym, uzyskiwanym od rodziców. Świadczą o tym duże dysproporcje między wartościami średnich arytmetycznych. W grupie kontrolnej sytuacja jest odwrotna, chociaż w tym przypadku różnice między średnimi arytmetycznymi są niewielkie. Biorąc pod uwagę ogólne wsparcie społeczne z obu analizowanych źródeł, nie wyróżniono wyników istotnych pod względem statystycznym, mimo występowania dysproporcji między wartościami średnich arytmetycznych (rysunek 4).

**Rys. 4.** Ogólny poziom wsparcia społecznego otrzymywanego przez dziewczęta z grupy podstawowej i kontrolnej

Źródło: opracowanie własne

Przyczyną takiego stanu rzeczy (dużej różnicy wartości średnich arytmetycznych pomiędzy wsparciem uzyskiwanym od rodziców i kolegów) może być brak najbliższych w czasie pobytu w szpitalu, sporadyczny kontakt telefoniczny i bezpośredni z nimi. W takiej sytuacji pacjenci próbują zawrzeć nowe, kompensujące te braki znajomości z innymi młodymi osobami mającymi podobne problemy, z którymi przebywają na oddziale. Obarczają często rodziców winą za pobyt w szpitalu, nie widzą potrzeby leczenia. Szukają potwierdzenia swych sądów u innych. Często się

społeczna osób hospitalizowanych, szczególnie w przypadku chorych na schizofrenię, jak potwierdzają badania F. Pattisona (za: Axer 1983), jest mała i obejmuje osoby mało znaczące, np. właśnie innych pacjentów. Faktem jest również to, że w okresie dorastania bardzo istotną rolę odgrywa grupa rówieśnicza, a relacje z rodzicami stają się mniej ważne.

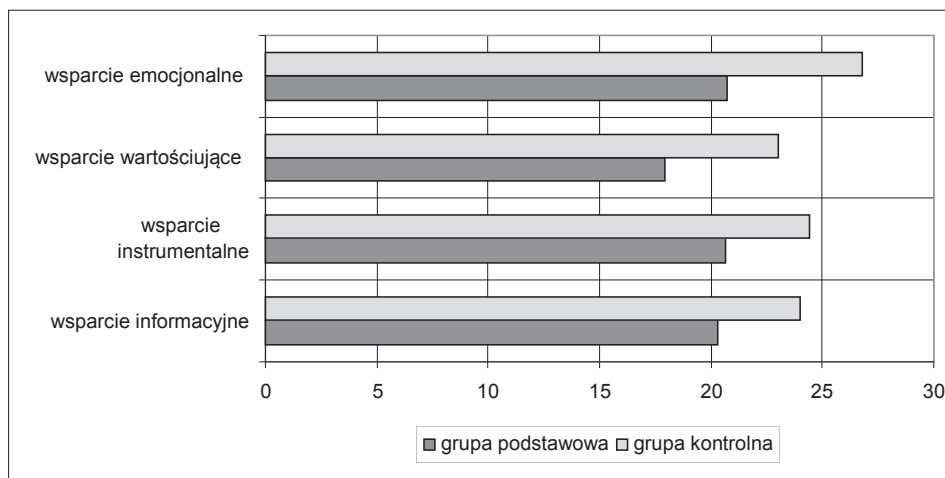
Kolejna tabela (6) obrazuje wyniki badań wsparcia otrzymywanego przez dziewczęta od rodziców.

Tabela 6. Poziom wsparcia społecznego otrzymywanego od rodziców przez dziewczęta z zaburzeniami psychicznymi i zdrowe

SWS – Rodzice	Dziewczęta z zaburzeniami psychicznymi		Dziewczęta zdrowe		p
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
wsparcie informacyjne	20,29	4,98	24	3,14	0,026
wsparcie instrumentalne	20,64	6,25	24,43	3,11	0,053
wsparcie wartościujące	17,93	5,97	23	2,63	0,007
wsparcie emocjonalne	20,71	8	26,79	3,12	0,014

Źródło: opracowanie własne

Z danych w powyższej tabeli wynika, że pomiędzy dziewczętami z zaburzeniami psychicznymi i zdrowymi istotne różnice występują we wszystkich podskalach. Największą rozbieżność w badanej grupie obserwuje się w uzyskiwanym wsparciu wartościującym ($p = 0,007$), potem kolejno w emocjonalnym ($p = 0,014$), informacyjnym ($p = 0,026$) i instrumentalnym ($p = 0,053$). Wyniki te obrazuje rysunek 5.



Rys. 5. Poziom wsparcia społecznego uzyskiwanego od rodziców przez dziewczęta z grupy podstawowej i kontrolnej

Źródło: opracowanie własne

Duże dysproporcje między grupami dziewcząt w zakresie wsparcia wartościującego mogą oznaczać, że osoby z zaburzeniami psychicznymi nie są w pełni akceptowane przez swoich rodziców. Nie kształtują oni w swoich córkach poczucia własnej wartości, przydatności, przez co samoocena dziewcząt może się obniżyć.

Niski poziom wsparcia emocjonalnego, które powiązane jest ze wsparciem wartościującym, oznaczać może mniejsze lub zaburzone związki emocjonalne i uczuciowe między matką, ojcem a ich córką, szczególnie w sytuacji pobytu w szpitalu. Brakuje w tym czasie emocji podtrzymujących, wyrażających troskę i uspokajających. Może dziać się tak również z powodu zaburzonej percepcji relacji w rodzinie przez nastolatkę z powodu umieszczenia jej na leczeniu i zaburzeń, jakie u niej zdiagnozowano.

Niski poziom wsparcia informacyjnego przejawiać się może w braku lub niedostatecznej ilości informacji dotyczących postępowania osoby wspieranej. Ten rodzaj oparcia to także dawanie rad i pomoc w rozwiązywaniu problemów. Może być on znacznie ograniczony przez izolację od rodziny oraz brak odpowiedniego wzorca postępowania w różnych sytuacjach. Osoby z zaburzeniami psychicznymi wsparcie informacyjne mogą uzyskiwać od specjalistów, czyli lekarzy psychiatrów, psychologów, którzy zajmują się nimi podczas ich pobytu w szpitalu.

Różnice we wsparciu instrumentalnym mogą oznaczać brak lub deficyt konkretnej pomocy materialnej lub innych usług ze strony najbliższych. Rodzice mogą przekazywać w ograniczonym stopniu bądź w ogóle informacje o konkretnych sposobach postępowania.

W tabeli 7 przedstawiono wyniki badań dotyczących wsparcia uzyskiwanego przez dziewczęta od rówieśników.

Tabela 7. Poziom wsparcia społecznego otrzymywanego od kolegów przez dziewczęta z zaburzeniami psychicznymi i zdrowe

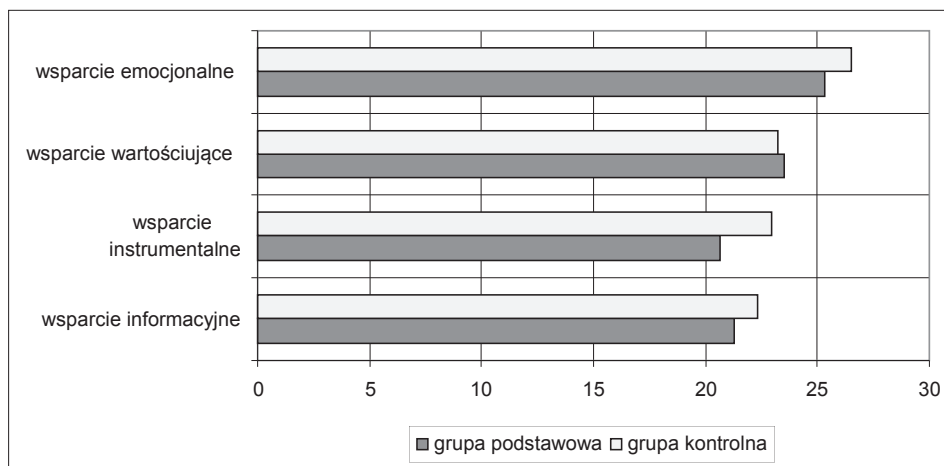
SWS – Koledzy	Dziewczęta z zaburzeniami psychicznymi		Dziewczęta zdrowe		p
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
wsparcie informacyjne	21,29	5,11	22,36	3,13	0,509
wsparcie instrumentalne	20,64	4,7	22,93	4,18	0,186
wsparcie wartościujące	23,5	6,93	23,21	3,09	0,889
wsparcie emocjonalne	25,36	6,36	26,5	3,08	0,55

Źródło: opracowanie własne

Dane z tabeli 7 świadczą o braku różnic w poziomie wsparcia społecznego, otrzymywanego przez badane dziewczęta od swoich rówieśników.

Najbardziej zbliżone wyniki badane uzyskały w zakresie wsparcia wartościującego, potem kolejno: emocjonalnego, informacyjnego i instrumentalnego. Wynika z tego, że grupa rówieśnicza ma dla badanej młodzieży bardzo duże znaczenie, szczególnie w przypadku osób przebywających na leczeniu w szpitalu, gdzie różnica

między wsparciem kolegów a rodziców jest dość znacząca (por. tabela 5). Oznacza to, że dziewczęta z zaburzeniami psychicznymi czują się ważne, docenianie przez kolegów i koleżanki w takim samym stopniu jak zdrowe. Rówieśnicy kształtują w nich poczucie własnej wartości, dzięki czemu młode osoby są w stanie budować swoją samoocenę. Mogą im również okazywać zrozumienie, akceptować takimi, jakimi są. Wyniki obrazuje rysunek 6.



Rys. 6. Poziom wsparcia społecznego otrzymywanego od kolegów przez dziewczęta z grupy podstawowej i kontrolnej

Źródło: opracowanie własne

Zestawiając przytoczone wyniki badań, uzyskane przez dziewczęta z badanych grup, można stwierdzić, że nastolatki z grupy podstawowej otrzymują mniejsze wsparcie ze strony rodziców niż badane z grupy kontrolnej. Z kolei analizując dane w grupie pacjentek szpitala psychiatrycznego, zauważa się wyższy poziom wsparcia ze strony kolegów. W obrębie oparcia uzyskiwanego od matki i ojca w każdej podskali osoby zdrowe uzyskały wyższe wyniki. Nie ma różnic między grupami we wsparciu ze strony rówieśników.

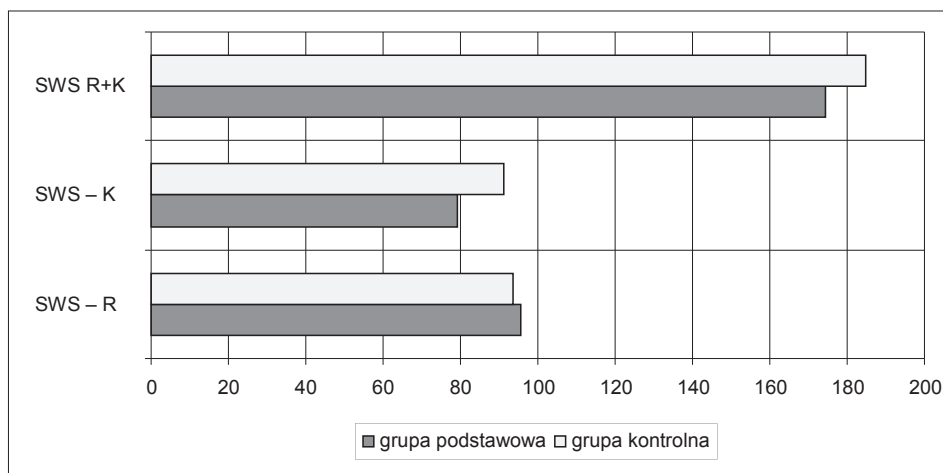
Kolejną grupą, której wyniki zostaną zaprezentowane, są chłopcy (tabela 8).

Tabela 8. Poziom ogólnego wsparcia społecznego uzyskiwanego przez chłopców z zaburzeniami psychicznymi i zdrowych

Wsparcie społeczne	Chłopcy z zaburzeniami psychicznymi		Chłopcy zdrowi		p
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
SWS – Rodzice	95,5	12,09	93,71	18,61	0,762
SWS – Koledzy	79,07	19,57	91,07	13,13	0,068
SWS R + K	174,57	14,09	184,78	31,55	0,759

Źródło: opracowanie własne

Analizując dane z tabeli 8, można zauważyć, że poziom ogólnego wsparcia społecznego otrzymywanego z badanych źródeł w obu grupach badanych nie różni się od siebie. Jedynie w przypadku oparcia grupy rówieśniczej można zauważyć różnice w średnich arytmetycznych, chociaż wyniki te nie są istotne statystycznie. Jednak w obrębie grupy podstawowej występują dysproporcje między wsparciem z badanych źródeł: wyższy poziom oparcia młodzi pacjenci otrzymują od swoich kolegów (rysunek 7). Jest to sytuacja odwrotna w porównaniu z grupą dziewcząt.



Rys. 7. Poziom ogólnego wsparcia społecznego otrzymywanego przez chłopców z grupy podstawowej i kontrolnej

Źródło: opracowanie własne

Tabela 9 zawiera wyniki dotyczące wsparcia otrzymywanego przez chłopców od rodziców.

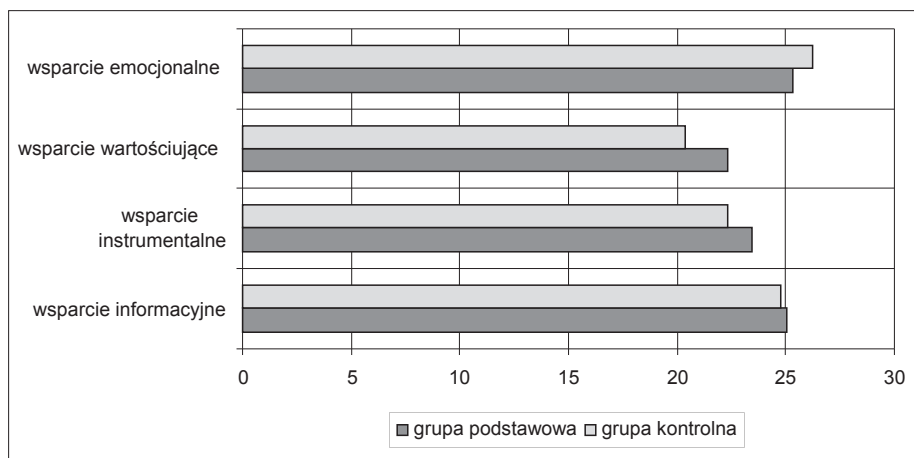
Tabela 9. Poziom wsparcia społecznego uzyskiwanego od rodziców przez chłopców z zaburzeniami psychicznymi i zdrowych

SWS – Rodzice	Chłopcy z zaburzeniami psychicznymi		Chłopcy zdrowi		p
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
wsparcie informacyjne	25,07	3,56	24,79	3,81	0,839
wsparcie instrumentalne	23,43	4,62	22,36	5,53	0,583
wsparcie wartościujące	22,36	4,07	20,36	5,19	0,267
wsparcie emocjonalne	25,36	4,85	26,21	4,84	0,643

Źródło: opracowanie własne

Zestawiając dane z tabeli 9, można wywnioskować, że między chłopcami z zaburzeniami psychicznymi a zdrowymi nie ma różnic w poziomie otrzymywanego wsparcia społecznego od matki i ojca. Najbardziej zbliżone wyniki są kolejno we

wspierciu informacyjnym, emocjonalnym, instrumentalnym i wartościującym. Dane te prezentuje rysunek 8.



Rys. 8. Poziom wsparcia społecznego otrzymywanego od rodziców przez chłopców z grupy podstawowej i kontrolnej

Źródło: opracowanie własne

Z uzyskanych rezultatów wynika, że dla chłopców z zaburzeniami psychicznymi rodzice stanowią tak samo ważną sieć społeczną jak dla zdrowych osób. Mimo że to zazwyczaj najbliżsi kierują osoby z zaburzeniami psychicznymi na leczenie, to w dalszym ciągu matka i ojciec są dla nich dużym oparciem. Świadczą o tym również wyniki ogólne (por. tabela 8), które dowodzą różnic między omawianymi źródłami. To rodzice, a nie koledzy, dają młodym większe wsparcie, mimo że okres adolescencji jest czasem, gdy znaczenia nabiera grupa rówieśnicza. Chociaż osoby chore psychicznie są grupą specyficzną i należałoby spodziewać się różnic, to taka sama sytuacja (wyższy poziom wsparcia ze strony matki i ojca) występuje w grupie chłopców zdrowych. To matka i ojciec pomagają rozwiązywać problemy, służą pomocą w trudnych chwilach, budują poczucie własnej wartości swoich dzieci, przekazują istotne informacje, i przede wszystkim akceptują je takimi, jakimi są naprawdę.

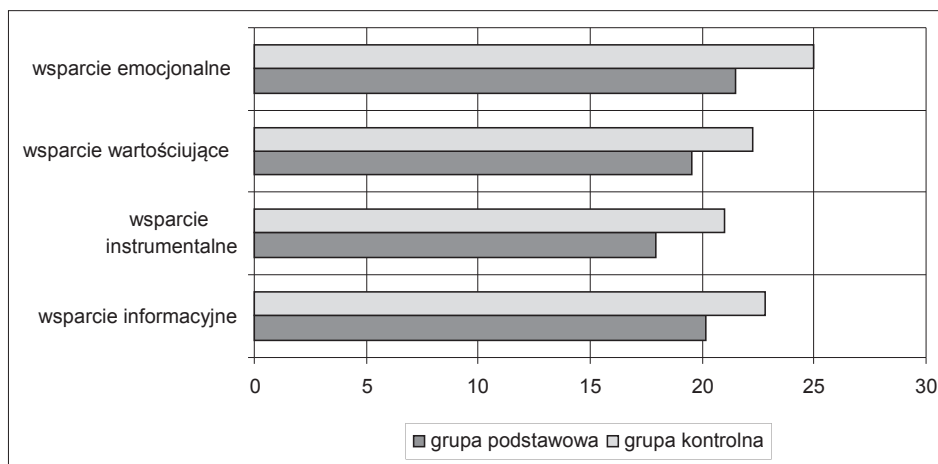
W tabeli 10 zaprezentowano wyniki dotyczące poziomu oparcia społecznego otrzymywanego przez grupy badanych chłopców od swoich rówieśników.

Tabela 10. Poziom otrzymywanego wsparcia społecznego od kolegów przez chłopców z zaburzeniami psychicznymi i zdrowych

SWS – Koledzy	Chłopcy z zaburzeniami psychicznymi		Chłopcy zdrowi		p
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
wsparcie informacyjne	20,14	5,64	22,79	4,35	0,177
wsparcie instrumentalne	17,93	5,15	21	3,98	0,089
wsparcie wartościujące	19,5	5,42	22,29	1,94	0,082
wsparcie emocjonalne	21,5	6,6	25	5,05	0,127

Źródło: opracowanie własne

Analizując dane z tabeli 10, można zauważyć, że nie ma różnic w uzyskiwanym wsparciu społecznym w obu grupach. Jedynie niewielkie różnice w średnich arytmetycznych mogą dowodzić, że młodzież zdrowa otrzymuje od swoich rówieśników większe wsparcie społeczne, nie są to jednak wyniki istotne statystycznie (rysunek 9).



Rys. 9. Poziom wsparcia społecznego otrzymywanego od kolegów przez chłopców z grupy podstawowej i kontrolnej

Źródło: opracowanie własne

Wsparcie społeczne, zarówno jego ogólny poziom, jak i to otrzymywane z dwóch badanych źródeł, w przypadku chłopców z zaburzeniami psychicznymi nie różni się od tego, jakie uzyskuje grupa zdrowych nastolatków.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można twierdzić, iż:

1. Młodzież z zaburzeniami psychicznymi uzyskuje wsparcie społeczne (zarówno od rodziców, jak i rówieśników) na podobnym poziomie jak ich zdrowi rówieśnicy.
2. Zdrowi adolescenti otrzymują większe wsparcie emocjonalne od rodziców niż osoby z zaburzeniami psychicznymi.
3. Młodzież zdrowa uzyskuje większe wsparcie instrumentalne od swoich rówieśników niż adolescenti z zaburzeniami psychicznymi.
4. Zdrowe dziewczęta otrzymują większe wsparcie społeczne od rodziców we wszystkich aspektach: emocjonalnym, instrumentalnym, informacyjnym i wartościującym.
5. Nie ma znaczących różnic między uzyskiwanym wsparciem społecznym w grupie badanych chłopców.

Badania dowodzą, że młodzież z zaburzeniami psychicznymi może liczyć na mniejsze wsparcie społeczne w szczególności od swoich rodziców. Warto zastanowić się nad zwiększeniem zakresu pomocy rodzinom, aby wzmocnić więź między młodym pacjentem a jego rodzicami, co z pewnością wpłynie pozytywnie na samoocenę adolescentów oraz ich relacje z innymi ludźmi.

Bibliografia

- Axer A. (1983), *Społeczne systemy oparcia w środowisku chorego psychicznie*, „Studia Socjologiczne”, 4, 199–221.
- Bronowski P., Załuska M. (2005), *Wsparcie społeczne pacjentów przewlekłe chorych psychicznie*, „Psychiatria Polska”, 2, 345–356.
- Dąbrowski S. (1998), *Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako forma oparcia społecznego*, „Psychiatria Polska”, 4, 443–452.
- Dąbrowski S., Brodniak W., Gierlacki J., Welbel S. (1998), *Środowiskowe domy samopomocy jako forma oparcia społecznego*, „Psychiatria Polska”, 4, 453–462.
- Henggeler S.W., Lee T. (2006), *Terapia wielosystemowa poważnych problemów klinicznych*, [w:] A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży: metody oparte na dowodach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Kenrick D.T., Neuberg S.L., Cialdini R.B. (2002), *Psychologia społeczna*, GWP, Gdańsk.
- Kmiecik-Baran K. (1995), *Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne*, „Przegląd Psychologiczny”, 1/2, 201–214.
- Orwid M., Pietruszewski K. (1996), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Collegium Medicum UJ, Kraków.
- Pommersbach J. (1988), *Wsparcie społeczne a choroba*, „Przegląd Psychologiczny”, 2, 503–524.
- Wilczek-Rużyczka E. (1994), *Konstruktywna komunikacja jako forma wsparcia pacjentów z depresją*, [w:] Z. Kawczyńska-Butrym (red.), *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie*, Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa.

Social support of adolescents with mental disorders

Abstract

The aim of this paper is to present the meaning of social support for adolescents with mental disorders in the context of their difficulties with interpersonal functioning. The first part presents the theory behind social support, whereas the second one is an empirical approach to the topic of social support offered to adolescents with mental disorders from their parents and peers.

Keywords: adolescence, mental disorders, social support, family, peers

Magdalena Pasteczka

Organizacje samopomocowe jako forma wsparcia dorosłych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną oraz ich rodzin

Dorosłość osób niepełnosprawnych intelektualnie budzi niepokój wśród rodziców i kontrowersje w otoczeniu. Niezależność, do której ma prawo i dąży osoba dorosła, w przypadku osób niepełnosprawnych nie zostaje w pełni osiągnięta. Pojawia się pytanie, w jakim stopniu w ogóle dorosłość ta może zostać osiągnięta? Skierowane do tej grupy formy wsparcia są najczęściej wspieraniem w życiu, a nie wspieraniem do życia. To pierwsze rozumieć należy jako wykonywanie czynności opiekuńczo-pielęgniacyjnych, decydowanie w sytuacjach życia codziennego za osobę niepełnosprawną. Druga natomiast rozumiana jest jako rozwijanie autonomii, niezależności, samostanowienia. Celem opracowania jest zwrócenie uwagi na elementy normalizacji warunków życia osób niepełnosprawnych intelektualnie w kontekście działalności organizacji samopomocowych – szukanie rozwiązań przeciwdziałających wykluczeniu tych osób, sprzyjających ich wsparciu społecznemu.

Niepełna i niepewna dorosłość

Dorosłość może być rozumiana wielorako – w zależności od przyjętych założeń teoretycznych, osadzonych w kontekście psychologicznym, edukacyjnym czy socjologicznym. A. Dąbrowska pisze, że „miarą dorosłości jest zdolność człowieka do samodzielnego kształtowania własnego życia w taki sposób, aby efektywnie spełniając formułowane wobec niego oczekiwania społeczne, dostarczało mu poczucia sensu jego egzystencji i było źródłem indywidualnej satysfakcji” (Dąbrowska 2003: 255). Kompetencje nabyte przy wsparciu otoczenia pozwalają sprawować kontrolę nad własnym życiem, dokonywać wyborów oraz ponosić ich konsekwencje. Zdobyte doświadczenie przygotowuje do podjęcia i wypełniania określonych zadań rozwojowych, definiowanych przez R.J. Havighursta jako „problemy, wobec których staje jednostka w danym okresie życia” (za: Gurba 2000: 204). Rozwiązanie problemu prowadzi jednostkę do odczuć jak najbardziej pozytywnych, poczucia sukcesu i satysfakcji przy rozwiązywaniu następnych zadań, podczas gdy niepowodzenia demotywują, przyczyniają się do obniżenia samooceny i poczucia własnej

wartości, a także utrudniają wykonywanie kolejnych zadań. Do zadań rozwojowych okresu dorosłości należy zaliczyć: założenie własnej rodziny, wychowanie dzieci, podjęcie pracy, organizowanie czasu wolnego zgodnie z wiekiem, wypełnianie obowiązków obywatelskich. Dorosłość jest także przygotowaniem siebie oraz swoich bliskich do starości i śmierci. W teorii zadań rozwojowych wypełnienie powyższych jest równoznaczne z obrazem dorosłości pełnej i pewnej. Choć żaden człowiek nie jest w stanie określić, jak będzie wyglądała jego przyszłość, to jednak schemat życia podany przez R.J. Havighursta jest powszechny.

W 1997 r. przyjęto w Polsce Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych. Zawarto w niej m.in. prawo dostępu do dóbr i usług umożliwiających pełne uczestnictwo w życiu społecznym, pracy na otwartym rynku zgodnie z kwalifikacjami, wykształceniem i możliwościami oraz korzystania z doradztwa zawodowego i pośrednictwa, pełnego uczestnictwa w życiu publicznym, społecznym, kulturalnym, artystycznym, sportowym oraz rekreacji i turystyce odpowiednio do swych zainteresowań i potrzeb (za: Mikrut 2010). Prawa te są wskazówkami dla prowadzonej przez państwo polityki społecznej. Celem zapisu jest przeciwdziałanie wykluczeniu i dyskryminacji, a także zagwarantowanie podstaw do normalizacji warunków życia oraz niezależności. Mimo wytyczenia praw osób niepełnosprawnych, odnoszących się do dorosłego życia – ich dorosłość pozostaje niepełna. Role społeczne przypisane temu etapowi życia wymagają osiągnięcia poziomu umysłowego, który umożliwi pełnienie obowiązków i brania odpowiedzialności za siebie oraz bliskich, jako: rodzic, pracownik, przyjaciel czy obywatel. Określenie „niepełna dorosłość” odnosi się do psychologiczno-emocjonalnych aspektów dorosłego życia – do autonomii, wyboru drogi życiowej, snucia planów i marzeń, zawierania związków partnerskich czy rodzicielstwa. Utrwalone w postawach społecznych postrzeganie osoby niepełnosprawnej intelektualnie jako „wiecznego dziecka”, utrudnia jej funkcjonowanie jako osobie dorosłej, zarówno w sferze behawioralnej, jak i emocjonalnej. Doświadczając sytuacji, w których jest traktowana jak dziecko, osoba niepełnosprawna, z czasem taką rolę – całkiem bezwiednie – zaczyna przyjmować. Skutkami zachowań nieakceptowanych, nieprzystających do wieku oraz nierespektowanie norm, mogą być: dezaprobata, marginalizacja, a nawet wykluczenie społeczne.

Niepewność w życiu dorosłym dotyczy przyszłości i choć wiąże się z podejmowaniem ról społecznych, rozpatrywana może być w kontekście sfery bytowej – organizacji warunków życia osoby z niepełnosprawnością oraz jej rodziny. Po ukończeniu 24. roku życia osoba z niepełnosprawnością, w zależności od stopnia funkcjonowania, stara się o miejsce w instytucjach wsparcia dziennego. Osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w wieku średnim są samotne i wymagają opieki i wsparcia rodziny. Bardzo często rodzice nie są w stanie, przez własny stan zdrowia, zajmować się swoim dorosłym już dzieckiem. W takich przypadkach opiekę nad nimi przejmują pełnosprawne rodzeństwo, ktoś z najbliższego otoczenia lub dom pomocy społecznej. Placówki, takie jak: warsztaty terapii zajęciowej czy środowiskowe domy samopomocy, stwarzają dorosłym osobom niepełnosprawnym warunki do wyjścia z domu i umożliwiają aktywność, dostosowaną do

ich potrzeb i możliwości, a także przysposabiają do pracy zarobkowej. Każda z wymienionych instytucji ma ograniczoną liczbę uczestników, a także odmienne cele i zadania. Skutkiem pierwszej cechy jest brak płynnego przejścia ze szkoły, spowodowany oczekiwaniem na wolne miejsce na warsztatach terapii czy w domu pomocy. Różnice w celach statutowych i zadaniach wpływają natomiast na stopień przepływalności uczestników między placówkami. Brak dostępu do usług opiekuńczych oraz ośrodków wsparcia dziennego zmusza osobę niepełnosprawną do spędzania czasu w domu, co ogranicza jej aktywność i wpływa znacząco na funkcjonowanie rodziny jako systemu.

Poza niepewnością związaną z miejscem dziennej aktywności, a co za tym idzie w dalszej perspektywie, także podjęciem pracy, trudności nastrocza również udział w życiu społecznym czy kulturalnym. Biorąc pod uwagę coraz większe możliwości, jeśli chodzi o dostęp do dóbr, problemem staje się brak własnych środków finansowych, wynikający z niepodejmowania pracy, a także brak grupy znajomych, z którymi można korzystać z rozszerzającej się oferty. Osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną często nie mają warunków do tworzenia i podtrzymywania relacji międzyludzkich z osobami spoza kręgu najbliższej rodziny oraz placówki, do której uczęszczają.

Organizacje samopomocowe w kontekście paradygmatu normalizacji środowiska życia

Współczesne szczegółowe paradygmaty pedagogiki specjalnej wywodzą się z humanistycznych przesłanek indywidualizacji, podmiotowości, emancypacji człowieka niepełnosprawnego. Do niedawna myślenie o niepełnosprawności łączyło się z ideologicznym miłosierdziem, tj. propagacją pomocy społecznej dla osób potrzebujących. Hasła, które się z nim wiązały, pozornie mówiły o równości, w rzeczywistości jednak dało się w nich zauważyć podział na pełno- i niepełnosprawnych. „Każdy może być niepełnosprawny”, „niepełnosprawny to taki sam człowiek” – to tylko niektóre z nich (Krause 2011). Pragmatyczna koncepcja równości przenosi punkt ciężkości z osoby na warunki, jakie są jej stwarzane. A. Krause precyzuje to stwierdzenie następująco: „żyjemy tak samo, w tych samych warunkach, mamy te same problemy, a to że się różnimy, wynika bardziej ze społecznych nastawień i warunków, jakie są nam stwarzane” (Krause 2011: 198). Istotne zmiany przyszły wraz z transformacją ustrojową. Nowo powstające instytucje i organizacje stwarzały formy wsparcia, które ułatwiały osobom niepełnosprawnym bycie dorosłym. Chodziło przede wszystkim o koncepcje pracy – możliwości integracji, indywidualizacji życiorysu, dostępnej autonomii, prawa do życia w związku, macierzyństwa itd. (Krause 2011). Zasady normalizacji warunków życia osób niepełnosprawnych, opublikowane w artykule przez szwedzkiego badacza Bengta Nirje, obejmują takie elementy wzoru życia, jak: normalizacja czasu (doby, dnia, tygodnia), normalizacja doświadczeń w kolejnych fazach życia, autonomii i podmiotowości, standaryzacja życia ekonomicznego i środowiska w obrębie wspólnoty (za: Mikrut 2010). Normalizacja oznacza tu stan akceptowalny i powszechny dla danej społeczności.

Idea normalizacji wpisuje się w działania instytucji oraz organizacji, które obejmują swoim zakresem oddziaływań dorosłe osoby niepełnosprawne intelektualnie. Dotyczy to przede wszystkim takich sfer życia, jak: mieszkalnictwo, rynek pracy, organizacja wolnego czasu, a przez nie – dążenia do jak najpełniejszego uczestnictwa w życiu społecznym oraz szeroko pojętej kulturze.

Szukanie adekwatnych rozwiązań systemowego wspierania dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz ich rodzin stało się przyczynkiem do powstawania organizacji samopomocowych.

Specyfika tych grup polega na spontaniczności ich powstawania, podobnej sytuacji osób stanowiących grupę, [...] wspólnych celach członków grupy (jakimi są wzajemna pomoc i wsparcie, przekazywanie sobie informacji i doświadczeń, poprawa własnej kondycji psychicznej itp.). W Polsce tak rozumiane grupy samopomocy rozwinęły się dopiero na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych, masowo powstawały zaś po 1989 r. (Leszczyńska-Rejchert 2007: 182).

Warto zwrócić uwagę, iż bez nawiązania relacji między uczestnikami spotkań często grupy samopomocowe byłyby nastawione na szybki efekt, ale bez perspektyw na przyszłość.

Za sprawą ustawy o pomocy społecznej z dn. 12 marca 2004 r., która wśród zadań pomocy społecznej wymienia „rozwijanie nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb” (za: Juros 2009: 6), w Polsce grupy samopomocowe przybrały takie formy, jak: środowiskowe domy samopomocy oraz kluby samopomocy, prowadzone przez wspólnoty i stowarzyszenia, których założycielami są rodziny i przyjaciele osób niepełnosprawnych. Jest to prawnie normowana otwarta droga do „budowania systemu samopomocowego w społecznościach lokalnych” (Juros 2009: 6). Panuje przekonanie, że grupy samopomocowe „to grupy organizujące się samorządnie i funkcjonujące pozainstytucjonalnie, nastawione neutralnie bądź opozycyjnie wobec działalności instytucji świadczących pomoc społeczną” (Karwowska 2003: 16). Patrząc jednak na formy, jakie przybierają, nie do końca można się zgodzić ze stwierdzeniem, że są one pozainstytucjonalne. Pozyskiwanie funduszy, organizacja imprez masowych czy wspólnych wyjazdów wymagała pewnego sformalizowania także grup samopomocowych. Nałożenie zbyt wielu dyrektyw niszczy idee samopomocy, jednak „samopomocowy charakter tworzenia i funkcjonowania, w formie już zinstytucjonalizowanej, zabezpieczają najpełniej organizacje pozarządowe” (Juros 2009: 7). Nie ma natomiast wątpliwości, co do stwierdzenia, że grupy tego typu są *nastawione neutralnie bądź opozycyjnie wobec instytucji świadczących pomoc społeczną*. Organizacje samopomocowe powstają z chęci zaspokajania potrzeb danej grupy osób, mają na celu poprawę jakości ich życia poprzez działania nastawione na wspieranie i aktywizowanie swoich członków, a także szukanie swoistych rozwiązań systemowych.

Dobrowolne i nieformalne grupy samopomocy, po zmianie statusu prawnego, są w stanie jako organizacje pozarządowe pozyskiwać środki finansowe na działania i projekty

skierowane nie tylko do osób niepełnosprawnych, lecz także do otoczenia, w którym żyją i funkcjonują (Bąkowska 2009: 11).

Nastawienie na współpracę i współodpowiedzialność pozwala członkom wspólnot czy stowarzyszeń funkcjonować na zasadach równości. Są to: szacunek dla człowieka, prawo do zaspokojenia podstawowych potrzeb, jednakowe szanse dla wszystkich. Te trzy dają możliwość tworzenia warunków do normalizacji środowiska życia osób niepełnosprawnych. Według I. Renshawa zawiera ona w sobie cztery kluczowe elementy:

- humanizację, tzn. prawo do bycia akceptowanym jako pełnoprawny członek społeczeństwa, do bycia traktowanym w sposób godny i pełen szacunku oraz dający możliwość dokonywania wyborów, a także sprawowania kontroli nad własnym życiem;
- pozytywną dyskryminację w celu przeciwdziałania spychaniu na margines, odrzucaniu i segregacji – zjawiskom przytłaczającym dodatkowo osoby już i tak borykające się z problemami wynikającymi z ich niepełnosprawności;
- wspieranie w nabywaniu i podtrzymywaniu różnorodnych umiejętności;
- indywidualizację usług zamiast dopasowywania jednostek do zastanej oferty (za: Sadowska 2005: 28).

Normalizacja nie może odbywać się poza lub wbrew warunkom społeczności lokalnej. Podstawowym założeniem teoretycznym jest przyjęcie podstaw normalności środowiska i warunków otaczających osobę niepełnosprawną.

Ogólna teoria systemów, korzystając z hierarchii systemów żywych I. i H. Goldbergów (za: Drożdżowicz 1999), plasuje organizacje społeczne między grupami – systemami niższymi – takimi jak: rodzina, grupa profesjonalistów czy towarzyska, a społeczeństwami, czyli systemami wyższymi – np. narodem. Oznacza to, że w skład tego typu organizacji wchodzi systemy niższego rzędu, tworząc wspólnoty osób, mających wspólne cele, oraz dążących do ich zrealizowania poprzez podejmowanie działań na rzecz konkretnej grupy odbiorców.

W sferze stosunków międzyludzkich dla Polaków najważniejszymi kręgami obok rodziny najbliższej jest krąg towarzyski i zawodowy, zatem dla Polaków sfera więzi międzyludzkich koncentruje i wiąże się z poszukiwaniem terapii i wsparcia nadal w wymiarze mikrostrukturalnym (za: Dykcik 2010: 189).

Organizacje samopomocowe z założenia nie są prowadzone przez wykwalifikowanych specjalistów, terapeutów czy psychologów. „Grupy tego rodzaju mają być bezpiecznym miejscem, w którym spotykają się ludzie przeżywający podobne lub takie same problemy, aby uczyć się od siebie nawzajem radzenia sobie z nimi i stawiania im czoła” (Bąkowska 2009: 11). Ponieważ jednak wsparcie profesjonalistów jest pożądane – często organizowane są konsultacje członków wspólnoty czy stowarzyszenia z odpowiednimi specjalistami.

Badania na temat wsparcia społecznego pozwalają stwierdzić, że „nastąpiło przesunięcie systemu wsparcia społecznego z dziecka, jako jedynego odbiorcy specjalistycznych usług, na rodzinę, wszystkich jej członków” (Ćwirynkało,

Żywanowska 2004: 81). Idąc dalej, można pokusić się o stwierdzenie, że podobnie rzecz ma się względem usług niespecjalistycznych. Rolę wsparcia społecznego dla rodzin osób z niepełnosprawnością podkreśla wielu autorów opisujących zagadnienie samego wsparcia (Ćwirynkało, Żywanowska 2004), ale też zespołu wypalenia się sił (Maciarz 2001, za: Karwowska 2003). O wspieraniu rodziny w kontekście normalizacji środowiska życia wspomina także A. Krause (2011), klasyfikując tego rodzaju oddziaływania jako skierowane na normy otoczenia społecznego osoby niepełnosprawnej.

Grupy samopomocowe „dostarczają najczęściej wsparcia emocjonalnego, a nie rzadko również pomocy materialnej” (Bąkowska 2009: 10). Wzajemne oddziaływanie na siebie poszczególnych członków oraz odpowiedzialność za siebie i za innych są podstawowymi założeniami powstających w nich relacji międzyludzkich. Przy niewielkiej pomocy z zewnątrz – interwencji członków grupy – możliwe jest, że „w organizacji pomocy rozwinie się umiejętność samodzielnej, samowystarczalnej autodiagnozy służącej procesom samonaprawczym” (za: Dykcik 2010: 188). Takie ujęcie oddziaływań rehabilitacyjnych, prowadzonych zgodnie i równoległe z priorytetowymi założeniami grup samopomocowych, przybliży osoby niepełnosprawne intelektualnie do jakości życia osób pełnosprawnych. Przeniesienie punktu ciężkości z procesu rehabilitacji na jego rezultaty: aktywność, niezależność oraz udział w życiu społecznym dorosłego człowieka głębiej niepełnosprawnego intelektualnie, powoduje świadome i planowane podnoszenie jakości życia w konkretnych jego aspektach.

Wykluczenie a wspieranie

Wsparcie społeczne łączy w sobie zagadnienia związane z naukami społecznymi, humanistycznymi, ale patrząc szerzej – także ekonomią czy polityką społeczną. W przypadku dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną wsparcie:

powinno mieć przede wszystkim charakter całościowy, podmiotowy i twórczy. Każda osoba z niepełnosprawnością powinna mieć szansę uczestniczenia w bezpośrednim otoczeniu – rodzinie, wspólnocie lokalnej, oraz uczestniczenia w życiu szerszego świata – w procesach gospodarczych, kulturalnych czy politycznych (Żółkowska 2004: 162).

Oddziaływania wspierające mają zapewnić osobie niepełnosprawnej doświadczenia życiowe typowe dla danej zbiorowości społecznej, a także umożliwiać im podejmowanie „ról społecznych typowych i uważanych za wartościowe dla określonej płci i wieku oraz wypełniania ich zgodnie z istniejącymi w danej zbiorowości oczekiwaniami” (za: Żuraw 2013: 146).

Z raportu Małopolskiego Obserwatorium Polityki Społecznej na temat wykluczenia społecznego wynika, iż „katalog form wsparcia istniejący w polskim prawie i przewidziany do realizacji w Programie Operacyjnym Kapitał Ludzki jest bardzo szeroki i wyczerpuje zdecydowaną większość potrzeb osób niepełnosprawnych” (Stronkowski 2013: 29). Problemy dotyczą przede wszystkim niewystarczającego wykorzystania istniejących instrumentów, indywidualizacji wsparcia czy poprawy

sposobu jego zapewniania. Chociaż proponowane przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej strategie przeciwdziałania wykluczeniu są nastawione przede wszystkim na działania instytucjonalne, to w każdym z nich znajdują się obszary, które mogłyby zaanektować organizacje samopomocowe. Mowa tu przede wszystkim o dziennych usługach wsparcia, w przypadku których największym problemem jest brak płynności w przepływie osób niepełnosprawnych między poszczególnymi instytucjami. Istotnym elementem budowania sieci systemu wsparcia, a przez to również i aktywizowania, jest szukanie i tworzenie powiązań instytucjonalnych. Proponowane działania mieszczą się w obszarze ekonomii społecznej z ukierunkowaniem na organizacje mogące zakładać spółdzielnie socjalne, prowadzić warsztaty terapii zajęciowej czy inne centra aktywności, będące placówkami rehabilitacji społeczno-zawodowej dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną. „Budowanie tego typu kompleksowych struktur wsparcia zapewni większą elastyczność działania i możliwość dostosowywania wsparcia do zmieniających się w czasie potrzeb osób niepełnosprawnych” (Stronkowski 2013: 32). Przyczyniają się one do normalizacji warunków życia osób niepełnosprawnych, zwłaszcza w takich obszarach, jak: aktywizacja, niezależność, autonomia, poszanowanie podmiotowości i indywidualnych cech osoby niepełnosprawnej. Jednak pełny udział w życiu społecznym wiąże się również z tworzeniem i podtrzymywaniem relacji pozarodzinnych. Potrzebę pozarodzinnych kontaktów społecznych u osób niepełnosprawnych potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych przez T. Żółkowską (2004), informują one o poziomie kompetencji społecznych w zależności od poczucia wsparcia społecznego. Autorka objęła badaniami 20 mieszkańców domu pomocy społecznej – w większości ze zdiagnozowaną głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Wyniki uzyskane w obszarze wsparcia społecznego sugerują, że największą potrzebą, w tym zakresie osób mieszkających w instytucji jest zwiększenie sieci ich kontaktów społecznych – wyjście poza rodzinę, poza dom pomocy (Żółkowska 2004). Jednak potrzeba ta nie odnosi się jedynie do osób mieszkających w tzw. instytucjach totalnych. Szansą na zaspokojenie potrzeb, w pewnym stopniu, jest udział osób niepełnosprawnych w spotkaniach organizowanych przez grupy samopomocowe, takie jak wspólnoty przyjaźni czy stowarzyszenia osób pełno- i niepełnosprawnych oraz ich rodzin.

Wspólnota Burego Misia jako przykład organizacji wspierającej funkcjonowanie dorosłych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną oraz ich rodzin

W Polsce grupy samopomocowe masowo zaczęły powstawać po 1989 r., ale niektóre z nadal istniejących rozpoczęły swoją działalność zdecydowanie wcześniej. W 1983 r. w Krakowie powstała Wspólnota Burego Misia, tzw. wspólnota przyjaźni osób niepełnosprawnych intelektualnie i fizycznie – Burych Misiów, ich rodzin oraz pełnosprawnych przyjaciół. Obecnie Wspólnota, posiadająca od 1989 r. status prawny fundacji, jest organizacją o zasięgu ogólnopolskim. Ogniska lokalne znajdują się w Krakowie, Bytomiu oraz Poznaniu. Miejscem centralnym jest natomiast Osada Burego Misia – gospodarstwo mieszczące się na Kaszubach. „Celem fundacji

jest tworzenie i utrzymywanie bazy materialnej, służącej do udzielania schronienia, opieki, rehabilitacji i rekreacji dla ludzi upośledzonych umysłowo i fizycznie” (<http://www.buremisie.org.pl/fundacja.htm>). Fundacja jest strukturą podrzędną wobec Wspólnoty, a powstała głównie przez wzgląd na dodatkowe możliwości finansowania organizacji pozarządowej wpisanej do krajowego rejestru. Nazwa Wspólnoty może wydawać się nietrafna w zderzeniu z faktem, że członkami wspólnoty są przede wszystkim dorośli osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Jednak 30 lat temu, kiedy powstawało pierwsze ognisko lokalne, większość tych dorosłych była jeszcze dziećmi. Wspólnota powstała z potrzeby spotkania i towarzyszenia osobom niepełnosprawnym w codzienności. Jako organizacja samopomocowa powstała także po to, by wspomóc rodziny osób niepełnosprawnych – otoczyć je zainteresowaniem i stworzyć warunki do solidarystycznego zaspokajania potrzeby bezpieczeństwa i przynależności.

Dorośli z głębszą niepełnosprawnością intelektualną potrzebują wsparcia w dojrzewaniu do dorosłości. Potrzebują osoby wspierającej (często zwanej asystentem osobistym), która ma być obok, nie narzucać pomocy, nie wyręczać, ale być gotową do wsparcia w takim zakresie, jaki będzie niezbędny (Byczkowska, Nosarzewska, Żyta 2003, s. 270).

Asystent tak naprawdę staje się przyjacielem swojego podopiecznego, zna go dobrze, interweniuje w momentach, gdy jest to konieczne. Ich relacja zbudowana jest na zaufaniu i równości. We wspólnocie ci asystenci-przyjaciele są określani mianem Burych Niedźwiedzi. Są to młodzi ludzie, których najlepiej charakteryzują słowa:

nie jesteśmy specjalistami w dziedzinie zaspokajania potrzeb społecznych osób niepełnosprawnych. Nie potrafimy realizować zamierzeń rządowych, wytycznych episkopatu, znamy zaś drogę do toalety, umiemy parzyć herbatki, kawki, piec ciastka (http://www.buremisie.org.pl/bury_niedzwiedz.htm).

Dzięki „nieprofesjonalności” asystentów wszelkie podejmowane działania są wolne od pedagogizacji i metodyczności w czynnościach codziennego życia, a dzięki temu wolne od podziału na osoby wspomagane i wspomagające. Towarzysze powinni być osobami przygotowującymi drogę dla rozwoju osobowości osoby z niepełnosprawnością poprzez uwzględnienie w niej czynników rozwoju. Drogę opartą na poszanowaniu cech osobowości, przyzwyczajęń i doświadczeń osób, które się wspiera i pobudza do „aktywnego działania i w miarę możliwości niezależnego funkcjonowania w środowisku” (za: Żółkowska 2005: 80).

Działania podejmowane w ogniskach lokalnych mają na celu zacieśnianie więzi między poszczególnymi członkami wspólnoty. Dążenie do tworzenia grupy wzajemnie za siebie odpowiedzialnych przyjaciół jest głównym celem spotkań. Patrząc jednak szerzej, projektowane sytuacje wpisują się w wytyczne zawarte w Karcie Praw Osób Niepełnosprawnych, a idąc dalej – widoczne są w nich postulaty związane z normalizacją środowiska życia osób niepełnosprawnych. Należy tu wymienić m.in.:

- kierowanie się w relacjach zasadą równości, poszanowaniem autonomii i podmiotowości, a także podążaniem za zainteresowaniami i możliwościami uczestników spotkań;
- wyjścia do miejsc związanych z życiem społecznym i kulturalnym, takich jak: kino, restauracja, kawiarnia, kręgielnia, muzeum;
- wycieczki weekendowe oraz wakacyjny obóz organizowany przez członków wspólnoty na terenie Osady Burego Misia;
- uczestniczenie w życiu społeczności lokalnej (parafii);
- aktywność obywatelska poprzez tworzenie harcerskiej drużyny Nieprzetartego Szlaku.

Codziennie próby normalizacji warunków życia oraz towarzyszenia podejmowane są w miejscu stworzonym przez członków wspólnoty – rodziny osób niepełnosprawnych oraz ich pełnosprawnych przyjaciół.

Osada Burego Misia powstała z troski o przyszłość dorosłych osób niepełnosprawnych, których rodzice często sami potrzebują wsparcia. „To zawsze miał być dom, w którym nasz przyjaciel znajdzie ciepło i miłość – poczuje się kimś ważnym i niezwykłym, kiedy straci swoich bliskich” (<http://www.buremisie.org.pl/osada.htm>). Jest to alternatywa wobec proponowanych rozwiązań systemowych dla dorosłych osób z niepełnosprawnością. Osada, będąca gospodarstwem rolnym, łączy w sobie dom mieszkalny oraz miejsce pracy, dzięki założeniu spółdzielni socjalnej. Obecnie żyje w niej 20 osób niepełnosprawnych oraz 14 pełnosprawnych asystentów. Wszyscy oni wywodzą się z ognisk lokalnych. Życie w Osadzie wytyczają potrzeby jej mieszkańców oraz cykl pór roku. Mieszkańcy, według własnych możliwości i zainteresowań, pracują na utrzymanie swojego domu. Produkują sery, uprawiają warzywa, hodują zwierzęta, pieką chleb, przygotowują przetwory. Część własnych wyrobów sprzedają sąsiadom z okolicy oraz stałym klientom z całej Polski. Za podjętą pracę otrzymują wynagrodzenie, którym każdy z nich zarządza samodzielnie.

Czas wolny po pracy oraz spełnieniu codziennych domowych obowiązków mieszkańcy Osady spędzają, wyjeżdżając na basen, do kina czy teatru, próbując swoich sił w pracowni plastycznej, odwiedzając przyjaciół w ogniskach lokalnych. Towarzyszenie staje się tu wpatrywaniem w potrzeby i marzenia niepełnosprawnych przyjaciół, z uwzględnieniem, że każdy z nich jest ekspertem w swoim świecie. Dlatego też „cała nasza troska skupiona jest na tym, by każdy z prawdziwych gospodarzy tego miejsca – Burych Misiów – czuł się kimś ważnym i cieszył się z tego, gdzie żyje i jak” (http://www.buremisie.org.pl/osada_codziennosc.htm). Bure Misie, mieszkające w Osadzie, mają prawo o sobie stanowić, podejmują decyzje związane z życiem codziennym, ale też uczą się ponoszenia konsekwencji za swoje wybory. Każdy z nich jest jednak zobowiązany respektować zasady panujące w społeczności, w której mieszka, oraz dbania o swój dom.

Wielostronny rozwój, przez codzienność doświadczaną we wspólnocie równouprawnionych osób, jest wynikiem wzajemnych oddziaływań między asystentem-towarzyszem, rodzicem-towarzyszem oraz niepełnosprawnym przyjacielem-towarzyszem. Temu towarzyszeniu przyświeca idea obecności i zachwyty:

Planujemy i marzymy nie jak instytucja, ale jak człowiek zachwycony swoim życiem. I staramy się, ze wszystkich sił, ani na chwilę nie stracić z oczu swoich twarzy, by wiedzieć jakie barwy, gesty, jaka praca, jaka zabawa, jaki upominek i jaka codzienność – jest prawdziwym podarunkiem przyjaźni. By – choć inni nazywają nas społecznymi działaczami – ani przez chwilę społecznikiem się nie czuć (http://www.buremisie.org.pl/bury_niedzwiedz.htm).

Podsumowanie

Osoby niepełnosprawne, mimo posiadania praw nie tyle normujących, co ukierunkowujących działania rozlicznych instytucji i organizacji, wciąż funkcjonują jako grupa zagrożona wykluczeniem społecznym lub grupa wykluczonych. Zmiana świadomości społecznej zachodzi powoli i stopniowo, a jej rezultaty są widoczne dzięki temu, że zostaje zapoczątkowana przez inicjatywy oddolne. Nimi właśnie są lokalne grupy samopomocowe – znające swoich członków i ich potrzeby, nastawione na zmiany dotyczące najbliższego środowiska. Celem bowiem nie jest normalizowanie ludzi, tylko normalizowanie warunków ich życia.

Paradygmat normalizacji warunków życia rozszerza pole działania i odpowiedzialności o kolejne dziedziny życia społecznego. Budowanie praktycznego systemu wsparcia, dostosowanego do aktualnych potrzeb i możliwości osoby niepełnosprawnej, jej rodziny, powinno być wpisane w życie lokalnej społeczności – jej kulturowość, strukturę i normy. Współpraca organizacji samopomocowych z lokalnymi podmiotami edukacyjnymi, ekonomicznymi czy gospodarczymi stwarza warunki do przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, a także do stopniowego pełnego włączania osób niepełnosprawnych w życie najbliższego środowiska.

Wspólnoty rodzinne, sąsiedzkie, lokalne, samopomocowe w najbliższym środowisku muszą więc stworzyć partnerski i negocjacyjny układ we wzajemnych relacjach służących ukazywaniu możliwości efektywnego zaspokajania potrzeb egzystencjalnych i esencjalnych osób mniej sprawnych i ich rodzin, jako środowisk ludzi najbardziej potrzebujących (za: Dykcik 2010: 188).

Zaspokajanie tych potrzeb może się odbywać dwojako: indywidualnie bądź solidarystycznie. Organizacje samopomocowe powstają, ponieważ część społeczeństwa nie jest w stanie zaspokajać swoich potrzeb indywidualnie. Wsparcie kierowane do rodzin i osób niepełnosprawnych jest natury emocjonalnej, ale nierzadko także materialnej. Daje ono poczucie bezpieczeństwa, ale też stwarza możliwości do samorozwoju. Grupa pozwala swoim członkom na poradzenie sobie z problemami dnia codziennego i daje szansę na nowe, lepsze jutro (Sobierajski 2009). Działalność organizacji wspierających funkcjonowanie dorosłych osób niepełnosprawnych i ich rodzin łączy w sobie dążenia do normalizacji środowiska życia oraz podejmowanie prób na rzecz przeciwdziałania ich społecznemu wykluczeniu. Istotnym obszarem życia społecznego staje się zatem włączanie się osób pełnosprawnych w działalność na rzecz lokalnych grup samopomocowych, a także stwarzanie możliwości prawnych i finansowych do rozwijania tego typu inicjatyw.

Koncepcja towarzyszenia osobie niepełnosprawnej, która przedstawiona została na przykładzie wspólnoty przyjaźni, łączy w sobie elementy normalizacji: humanizację, indywidualizację oraz wspieranie i pozytywną dyskryminację. Wspieranie osoby niepełnosprawnej do życia jest zadaniem wymagającym, ponieważ zakłada się, że to właśnie ona jest ekspertem w dziedzinie stanowienia o sobie. Rolą pełnosprawnego asystenta-towarzysza jest podążanie za indywidualnymi potrzebami, przy pełnej akceptacji osoby – bez względu na stopień jej ograniczeń. Asystencja rozumiana w ten sposób wychodzi poza obszary pedagogiki specjalnej – odwołuje się do wartości ludzkiego życia oraz bogactwa przeżyć związanych z jego odmiennością.

Bibliografia

- Bąkowska M. (2009), *Razem przezwyciężymy trudności*, „Socius”, 4, 9–11, <http://wrzos.org.pl/?pn=1&id=8&m=8> (dostęp: 15.04.2014).
- Byczkowska U., Nosarzewska S., Żyta, A. (2003), *Bycie dorosłym czy „wiecznym dzieckiem”?* Dorosłość osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, [w:] K. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 263–271.
- Ćwirynka K., Żywanowska A. (2004), *Wieloaspektowość wsparcia społecznego rodzin wychowujących dziecko niepełnosprawne*, [w:] G. Kwaśniewska, A. Wojnarska (red.), *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Naukowe UMCS, Lublin, 75–82.
- Dąbrowska A. (2003), *Pytania o możliwości bycia dorosłym z niepełnosprawnością intelektualną we współczesnym świecie*, [w:] K. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 253–261.
- Drożdżowicz L. (1999), *Ogólna teoria systemów*, [w:] B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Wydawnictwo UJ, Kraków, 9–17.
- Dykcik W. (2010), *Tendencje rozwoju pedagogiki specjalnej. Osiągnięcia naukowe i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Poznań.
- Gurba E. (2000), *Wczesna dorosłość*, [w:] B. Harwas-Napierała (red.), *Psychologia rozwoju*, t. 2, PWN, Warszawa, 202–233.
- Juros A. (2009), *Grupy samopomocy w polskiej polityce społecznej realizowanej na rzecz osób niepełnosprawnych*, „Socius”, 4, 5–8, <http://wrzos.org.pl/?pn=1&id=8&m=8> (dostęp: 15.04.2014).
- Karwowska M. (2003), *Wspieranie rodziny dziecka niepełnosprawnego umysłowo (w kontekście społecznych zmian)*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Krause A. (2011), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Leszczyńska-Rejchert A. (2007), *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Naukowe UWM, Olsztyn.
- Mikrut A. (2010), *O paradygmacie bytowym w pedagogice specjalnej*, [w:] J. Wyczasany, E. Dyduch (red.), *Krakowska pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków, 9–21.
- Sadowska S. (2005), *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo „Akapit”, Toruń.

- Sobierajski T. (2009), *Samopomoc*, „Socius”, 4, 16–17, <http://wrzos.org.pl/?pn=1&i-d=8&m=8> (dostęp: 15.04.2014).
- Stronkowski P. (2013), *Osoby niepełnosprawne*, [w:] M. Szlązak (red.), *Wykluczenie społeczne w Małopolsce – strategie przeciwdziałania. Wnioski na przyszłość*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Kraków, 29–32.
- Szalast A. (2012), *Oblicza dorosłości z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] A. Mazur, M. Fatyga (red.), *Sprostac wyzwaniom. Rodzina w obliczu długotrwałej choroby i niepełnosprawności*, Wydawnictwo KUL, Wydział Zamiejscowy Nauk o Społeczeństwie, Stalowa Wola, 135–147.
- Żółkowska T. (2004), *Poczucie wsparcia społecznego a poziom kompetencji społecznych u osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] G. Kwaśniewska, A. Wojnarska (red.), *Aktualne problemy wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Naukowe UMCS, Lublin, 161–172.
- Żółkowska T. (2005), *Asystencja osobista drogą do niezależnego życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] C. Kossakowski, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej: Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*, t. 4, Wydawnictwo UWM, Olsztyn, 77–83.
- Żuraw H. (2013), *Taka zwykła codzienność. Jakość życia niepełnosprawnych intelektualnie absolwentów zawodowych szkół specjalnych*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.

Netografia

www.buremisie.org.pl (dostęp: 5.04.2014).

Self-help organization as a form of support for adults with disabilities

Abstract

The uncertainty connected with the future of growing up people with mental disabilities includes such areas of life as employment, creating a family, care, and finances. Caregivers and therapists are asking themselves questions on how to raise their protégés while retaining the balance between control and autonomy of functioning while passing through next steps of life? How to support growing people with disability? What tasks to put before them? While looking for answers to such questions, one should listen to the needs of the interested party, to take their opinion into consideration and respect their right to self-determination. The potential of disabled people is being put to work by self-help groups. The aim of their work is to help adults with disabilities and their families as well as prevent social exclusion. Since the 1980s. friendship associations are playing an important role in the area of self-help organizations working in Poland.

This elaboration presents the work of the Brown Bear Community Foundation (“Fundacja Wspólnoty Burego Misia”) as an example of the described type of non-profit organization. The essence of the community is relationality, described in literature as the concept of companionship. It is an integral part of the process of normalizing the environment and including disabled people into the life of the local community.

Keywords: self-help organization, adulthood of people with mental disability, the concept of companionship, social support, social exclusion.

Edyta Joanna Lichota

Technika komputerowa w terapii logopedycznej – dlaczego warto ją wykorzystywać w pracy z dziećmi

Wprowadzenie

Poprawne wypowiadanie się jest jednym z decydujących czynników, które umożliwiają dziecku prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie. Logopedia jako interdyscyplinarna dziedzina wiedzy cały czas rozwija się dynamicznie, zwłaszcza w ostatnich latach. Współczesne lata postępu w poszczególnych dziedzinach wiedzy pokazują, iż wiele zagadnień edukacyjno-terapeutycznych można zrealizować w sposób nowoczesny, poprzez wykorzystanie techniki komputerowej. Powstaje coraz więcej programów do wspierania prawidłowego komunikowania się w wersji multimedialnej. W związku z połączeniem ze sobą dziedzin, takich jak: logopedia, technika komputerowa i psychologia poznawcza, należałoby znaleźć naukowe uzasadnienie skuteczności wykorzystania techniki komputerowej w terapii logopedycznej.

W terapii logopedycznej pomoce pełnią istotną rolę w polisensorycznym poznawaniu rzeczywistości, w ilustracji otaczającego nas świata jako źródła wiedzy o nim przy kształtowaniu lub rozwijaniu kompetencji językowej, służąc praktycznemu przygotowaniu do wypowiadania się w formie słownej, pisemnej lub w inny alternatywny sposób. Pomagają w utrwalaniu, kontrolowaniu lub diagnozowaniu stopnia opanowania systemu językowego oraz motywowaniu do porozumiewania się, a tym samym budzą zainteresowanie, angażują emocjonalnie (Gunia, Lechta 2011: 46).

Dynamiczny rozwój technik komputerowych sprawił, że zaczęto interesować się wykorzystywaniem technologii informacyjnej w szeroko pojętej edukacji. Głównymi elementami technologii informacyjnej są komputery, oprogramowanie edukacyjne i sieć Internet. Odpowiednio wykorzystana technologia informacyjna w rękach nauczycieli i rodziców staje się cennym narzędziem możliwym do zastosowania w wielu obszarach oddziaływań edukacyjnych mających wpływ na dalszy rozwój młodego człowieka (Nowicka 2012: 158–159).

Technika komputerowa w terapii logopedycznej – z własnej praktyki

Interesującym fenomenem psychologicznym w terapii logopedycznej jest dużo większe zaangażowanie się dzieci w ćwiczenia, gdy realizowane są z wykorzystaniem techniki komputerowej. Wytłumaczenie i uzasadnienie tego zjawiska można odnaleźć na gruncie psychologii poznawczej, gdzie umysł człowieka jest porównywany do działania komputera. Może to być odpowiedź na pytanie dotyczące większego zaangażowania się dzieci w proces terapii podczas zastosowania programów multimedialnych. Ponadto może to wynikać z faktu, iż komputer nie „ocenia” dziecka podczas ćwiczeń, nie „krytykuje”, ale jest dla niego przyjaznym „nauczycielem”, z którym może ono pracować tyle czasu, ile potrzebuje, aż uzyska oczekiwane rezultaty. Komputer się nie „zmęczy”, ale będzie cierpliwie towarzyszył dziecku ćwiczącemu wielokrotnie to samo zadanie. Dzieci reagują niezwykle pozytywnie na ćwiczenia z wykorzystaniem programów multimedialnych. W związku z tym dobre nastawienie dziecka do terapii, gdy na zajęciach wykorzystuje się technikę komputerową, jest osiąganе w bardzo dużym stopniu. Wykorzystując w swojej pracy z dziećmi sprawnymi i niepełnosprawnymi w wieku szkolnym poniżej wymienione programy multimedialne, zaobserwowałam, iż przynoszą one pozytywne wyniki w procesie terapii logopedycznej. Możliwość połączenia obrazu z tekstem i dźwiękiem oraz animacją wideo pozwala na wielozmysłowy odbiór treści. Wiele programów umożliwia również nagranie ćwiczeń pacjenta i odtworzenie ich po wykonaniu. Dziecko otrzymuje wtedy informację zwrotną, dzięki czemu może efektywniej skorygować występujące nieprawidłowości. Również możliwości przedstawienia na ekranie monitora fali dźwiękowej czy animacji pokazujących powstawanie głosek jest świetną zabawą, ale jednocześnie doskonałą nauką. Jednym z najważniejszych celów, jaki chcemy osiągnąć podczas procesu terapii, jest nabycie przez dziecko nowych umiejętności, co niewątpliwie jest związane z procesem zapamiętywania.

Programy multimedialne dostępne na rynku nie zaspokoją wszystkich potrzeb dzieci, gdyż uwzględniają tylko wybrane głoski języka polskiego. Dlatego w roku szkolnym 2013/14 przekształciłam zdjęcia głosek zamieszczone w publikacji własnego autorstwa pt. *Terapia wad wymowy* (Lichota 2009: 139–144) w wersję komputerową. Podczas prowadzonej z uczniami w wieku szkolnym terapii logopedycznej czas prezentacji głoski na ekranie monitora wynosił 30 sekund. Z moich obserwacji podczas zastosowania techniki komputerowej wynika, iż możliwość prezentacji ćwiczonej przez dziecko głoski przez dłuższy czas, niż wynika to z naturalnej artykulacji, jest korzystniejsza w przyswajaniu prawidłowej wymowy. Wpływa to na szybsze zapamiętanie przekazywanych treści. Nieruchomy obraz głoski na ekranie monitora wraz z jej wymową oraz dłuższy czas prezentacji zdjęcia dociera dużo szybciej do pamięci dziecka niż taka sama prezentacja głoski w lustrze przez logopedę. Dzieci na obie te formy przekazu treści logopedycznych reagują inaczej. Artykulacja głoski w rzeczywistości trwa około sekundy i dziecko nie zawsze jest w stanie zapamiętać układu narządów mowy. Kiedy natomiast obraz ułożenia narządów mowy jest nieruchomy na wyświetlanym zdjęciu, dziecko

ma możliwość poświęcić na przyjrzenie mu się tyle czasu, ile potrzebuje. Ponowne próby wymowy ćwiczonej głoski były dużo bardziej zbliżone do poprawnej artykulacji, co miało wpływ na efektywność terapii. Wynika z tego, że dzieci z wadami wymowy potrzebują więcej czasu na przetworzenie i zapamiętanie informacji, które do nich docierają. Niewątpliwie ułatwia im to pokonywanie występujących trudności językowych. Należy również zauważyć, iż podczas artykulacji głoski przez logopedę do dziecka docierają inne bodźce, które mogą je rozpraszać. Jest to związane z naturalną aktywnością każdego człowieka podczas wymowy. W czasie prezentacji zdjęcia z wymową głoski na ekranie monitora dziecko może się skupić wyłącznie na tych elementach, na które logopeda zwraca jego uwagę. Z powyższych względów zastosowanie techniki komputerowej jest zasadne i niesie wiele korzyści w procesie terapii logopedycznej.

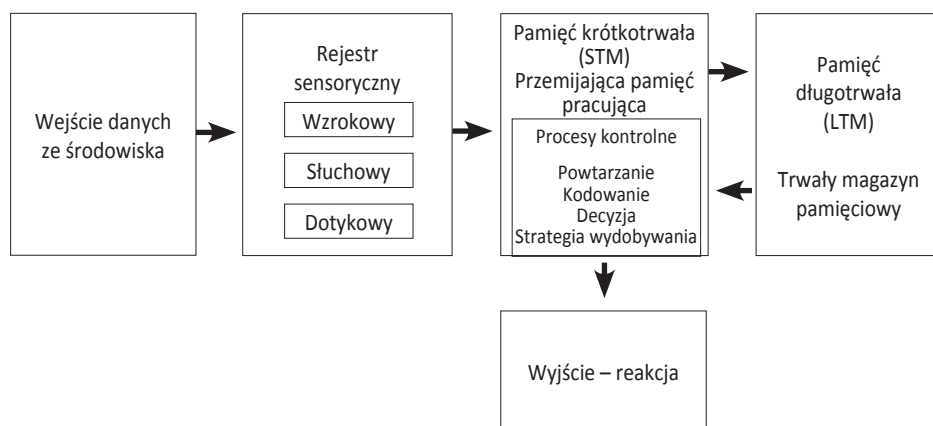
Mimo dużych możliwości, jakie stwarza wykorzystanie technologii informacyjnej, komputer nie zastąpi jednak pedagoga-terapeuty. To specjalista na podstawie kompleksowej diagnozy psychopedagogicznej konstruuje program działań naprawczych, dostosowany do indywidualnych potrzeb i możliwości dziecka oraz specyfiki jego zaburzeń. Komputerowe metody mogą być jedynie integralną częścią takiego programu, ale ich dobór nie może być przypadkowy. Dobry program musi być przede wszystkim poprawny merytorycznie. Jeśli celem programu jest kształtowanie określonych umiejętności, musi on uwzględniać naturalny przebieg rozwoju danej funkcji i ważne mechanizmy regulujące proces uczenia się dzieci (Sankowska, Sondej 2005: 59).

Technika komputerowa a organizacja i funkcjonowanie mózgu

Wykorzystując technikę komputerową w terapii logopedycznej, należy również pamiętać o procesach organizacji i funkcjonowania mózgu człowieka, a tym samym uczenia się i zapamiętywania, czym zajmuje się psychologia poznawcza. Obserwując postępy u dzieci w nabywaniu nowych umiejętności językowych podczas prowadzonej przez 6 lat terapii logopedycznej z wykorzystaniem tradycyjnych pomocy dydaktycznych, mając też porównanie z kilku ostatnich lat pracy dydaktycznej z zastosowaniem programów komputerowych przychylam się do teorii porównującej działanie umysłu do funkcjonowania komputera.

Współczesne podejście do badania pamięci i myślenia dziecka polega na badaniu rozwoju poznawczego w nurcie teorii przetwarzania informacji według Vasty, Haitha, Millera (2004). We wszystkich rodzajach aktywności psychologicznej mamy do czynienia z przetwarzaniem informacji różnego rodzaju, w tzn. wskazówek przestrzennych, symboli liczbowych, poleceń osób itd. Każde przetwarzanie tych informacji powoduje określoną reakcję, czego wynikiem jest zwrócenie uwagi na istotne cechy i porównanie z danymi przechowywanymi w pamięci wraz z wyborem reakcji. Celem badaczy zajmujących się przetwarzaniem informacji jest możliwie dokładne poznanie tych procesów psychologicznych i zmian rozwojowych, którym informacje podlegają. Podejście teorii przetwarzania informacji zostało zilustrowane przez Vastę, Haitha, Millera (2004), którzy zaprezentowali dwie metafory:

wielomagazynową i komputerową. W teorii przetwarzania informacji w metaforze wielomagazynowej początek stanowi wejście dla danych ze świata zewnętrznego, punkt końcowy – wyjście, czyli reakcja. Natomiast pomiędzy bodźcem a reakcją zachodzi szereg procesów psychologicznych. Każdy bodziec zewnętrzny jest odbierany przez rejestr sensoryczny, z którego trafia do pamięci krótkotrwałej lub operacyjnej (pracującej) stanowiącej miejsce aktywnego i świadomego przetwarzania. Następnie dzięki zastosowaniu różnego rodzaju strategii przedłużających czas przechowywania – do pamięci długotrwałej, pozostając w niej przez czas nieokreślony (Vasta, Haith, Miller 2004: 307–311).

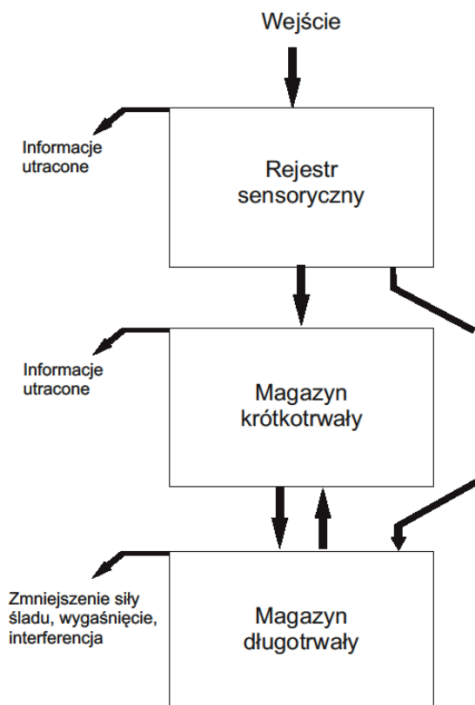


Rys. 1. Schematyczny model przetwarzania informacji (Vasta, Haith, Miller 2004: 308)

W metaforze komputerowej na najbardziej ogólnym poziomie komputer służy do opisu ludzkiego sposobu poznawania. Ludzie i komputery są do siebie podobni pod kilkoma względami, gdyż przechowują reprezentacje czy symbole i wykorzystują je do rozwiązywania problemów oraz przeprowadzają dużą liczbę tego typu operacji bardzo szybko i sprawnie. Mimo tej sprawności mają ograniczenia dotyczące ilości informacji, które mogą być przechowywane i przetwarzane (ograniczenia te są bardziej oczywiste w przypadku ludzi niż komputerów). Mogą jednak, na podstawie doświadczenia, uczyć się i zmieniać swoje systemy zasad na lepiej przystosowane (to zjawisko również jest bardziej oczywiste w przypadku ludzi niż komputerów). W związku z tym, zrozumienie operacji przeprowadzanych przez komputer może nam pomóc w lepszym poznaniu ludzkiej inteligencji (Vasta, Haith, Miller 2004: 309).

Różnorodność proponowanych modeli pamięci jest duża. Ponad czterdzieści lat temu R. Atkinson i R. Schiffrin zaproponowali własny „modalny model pamięci” lub jak się inaczej nazywa – „standardowy”. Jego sens opierał się na wyodrębnieniu struktur i procesów kontrolnych (rys. 2). Strukturami nazywane są magazyny pamięciowe, w których wszystkie operacje mają taki sam przebieg. Procesy kontrolne regulują przepływ informacji w obrębie magazynów pamięciowych przy zachowaniu cechy selekcji i transformacji informacji. Dla pełniejszego zrozumienia

mechanizmu przepływu informacji pomiędzy magazynami pamięci warto przeanalizować diagram modelu pamięci nieco zmodyfikowany, ale przywołany za Atkinsonem i Schiffrinem (1968) (cyt. za: R. Wawer, M. Wawer 2013: 60).



Rys. 2. Wielomagazynowy model pamięci według R.C. Atkina i R.M. Shiffera

Źródło: Jagodzińska 2008 (cyt. za: R. Wawer, M. Wawer 2013: 61)

Zjawisko pamięci jest mechanizmem złożonym i różnorodnym, a także w rozmaity sposób badany i opisywany. W literaturze przedmiotu odnajdujemy dwie metody ujmowania organizacji pamięci. W pierwszej z nich mówi się o odrębnych systemach pamięciowych, drugi zaś opiera się na przetwarzaniu informacji w obszarze współdziałających ze sobą odrębnych systemów pamięciowych. Inspiracją takiego podziału były badania modeli pamięci stosowanych w pierwszych komputerach z lat sześćdziesiątych XX wieku. Maszyny projektowano w taki sposób, że w procesach logicznych uczestniczyło kilka rodzajów pamięci magazynowej. Multikanałowość jest obecnie poglądem dominującym, ale dotychczas nie ustalono, które systemy są fundamentalne dla pamięci człowieka. Jednak jeszcze w latach siedemdziesiątych prowadzono intensywne badania nad procesami jednokanałowego przetwarzania informacji pamięciowej. Aktywność badawczą w tym obszarze wykazywali F. Craik i R. Lockhart. Wraz z prowadzonymi eksperymentami w tym zakresie powstały podobne koncepcje, np. koncepcja przetwarzania dostosowanego do transferu. Część psychologów i pedagogów zajmujących się zagadnieniem

pamięci i uczenia się przyjmuje, że głębokie przetwarzanie informacji stanowi warunek trwałego zapamiętania, a tym samym efektywnego uczenia się. Pogląd ten wywodzi się właśnie z koncepcji Craika i Lockharta. Równocześnie psychologowie, zainteresowani bardziej samym uczeniem się, strategiami i stylami uczenia się, zwracają uwagę na znaczenie giętkości strategicznej, rozumianej jako umiejętność właściwego dostosowania aktywności strategicznej do wymagań sytuacyjnych oraz cech podmiotu. To podejście znajduje wsparcie w postaci koncepcji przetwarzania dostosowanego do transferu. Jednak giętkość strategiczna jako aspekt aktywności poznawczej jest skromnie opisywana w literaturze naukowej (R. Wawer, W. Wawer 2013: 58–59).

Uwagę i odbieranie informacji z otaczającego nas świata zapewniają w ludzkim organizmie zmysły. Odbieranie i dalsza transmisja informacji od organów zmysłów poprzez połączenia nerwowe aż do mózgu to złożony proces przemiany podrażnienia zmysłów na elektryczne, ewentualnie chemiczno-elektryczne sygnały w drogach nerwowych. Poznanie i respektowanie zasad percepcji informacji odgrywa w procesie nauczania zasadniczą rolę. Wzrok, słuch i dotyk są najważniejszymi zmysłami, które zapewniają percepcję. Na podstawie fizycznego podrażnienia, różnych odbieranych znaków, charakterystyk, zapamiętanych wcześniej informacji, kontekstu i doświadczenia powstaje proces percepcji. Jest to jednocześnie proces analizy i syntezy. Podczas percepcji analizowane są podstawowe znaki uzyskane przez podrażnienie narządów zmysłów (Schachl 2005: 44).

Umysł człowieka jest systemem, którego najważniejszą funkcją jest przetwarzanie informacji przychodzących ze świata zewnętrznego, magazynowanie ich, przekształcanie i wyprowadzenie na zewnątrz w postaci informacji (komunikatu) albo działań materialnych, które jednak też mogą być opisywane w kategoriach teorii informacji. Do objaśnienia funkcjonowania systemu potrzebny jest język, za pomocą którego wyjaśniamy poszczególne komponenty tego systemu i procesy, które w nim zachodzą (Stachura 2012: 29).

Procedura konstruowania albo rekonstruowania wiedzy jest bardzo trudna, głównie wtedy, gdy człowiek podczas nauki ma relatywnie mało wyraźnych i mających odniesienie znaków związanych z obserwowanymi obiektami. W takim przypadku decydującą rolę zaczynają odgrywać emocje, które wpływają na odbieranie wrażenia jeszcze przed uświadomieniem ich sobie. Obecność pozytywnych emocji w procesie percepcji jest jednakowo ważna u wysyłającego i odbierającego dane adekwatne do poznawania zmysłowego. Decydującą strukturą w mózgu, odpowiedzialną za kształtowanie emocji, jest system limbiczny. Ta część mózgu wpływa nie tylko na powstawanie odczuć, ale i na myślenie, z czego wynika, że między tymi dwoma psychicznymi procesami istnieje wzajemna zależność. Pozytywne wrażenia przy wykonywaniu różnych czynności myślowych stymulują oprócz tego koncentrację uwagi, utrzymując ją na wysokim poziomie (Petlák, Zajacová 2010: 25).

Trwale przyswajają się informacje korelujące z już opanowanymi wiadomościami, ale świadome i aktywne uczestniczenie ucznia w procesie kształcenia jest gwarancją trwałości wiedzy. Aktywność rozumiana jest jako należyte przygotowanie

organizacyjne i dydaktyczne. Pamięć ludzka charakteryzuje się skłonnością do selekcji i wybiórczości, dlatego też nie pamiętamy wszystkiego, ale tylko to, co jest dla nas szczególnie, ważne, interesujące. Taka właśnie zależność występuje podczas aktywnego uczenia się. Kolejną regułą dydaktyczną trwałego przyswajania wiedzy jest przygotowanie uczniów do odbioru nowych treści. Przygotowanie polega na takim ukierunkowaniu ich zainteresowań, aby wytworzyć pozytywne emocje dla przyjęcia nowych wiadomości (R. Wawer, M. Wawer 2013: 85).

Zwykle procesy są skierowane u uczniów głównie na wykorzystanie lewej półkuli, która stanowi centrum mowy, kieruje logicznym myśleniem, operacjami matematycznymi i im podobnymi, a prawa półkula, tzw. emocjonalna, kieruje emocjami, wyobrażeniami i działalnością twórczą oraz myśleniem abstrakcyjnym. Ta półkula jest mało wykorzystywana do nauki, ba, nawet „zaniedbywana”. Badania wykazują, że przy efektywnym wykorzystaniu obu półkul mózgowych, czyli również tej „emocjonalnej”, można sprowokować u ucznia lepsze, aktywniejsze i bardziej twórcze myślenie oraz wywołać emocje pozytywne, dzięki którym jest on zdolny lepiej i efektywniej przyswoić materiał oraz go zapamiętać (Petlák, Zajacová 2010: 73).

Kształcenie multimedialne

Współczesne przemiany w edukacji nie są zjawiskiem precedensowym. Fundament procesu kształcenia od zawsze stanowiła przekazywana uczniom informacja i przyswajana przez nich wiedza. Jej forma i zakres zmieniały się adekwatnie do następującego na przestrzeni wieków rozwoju nauki i techniki. Nowe odkrycia, wynalazki, pojawienie się nowych metod i technik przekazu informacji powodowały konieczność dostosowania edukacji do rzeczywistości (Piotrowska 2011: 19).

Za prekursora kształcenia multimedialnego można uznać Jana Amosa Komeńskiego, który jest autorem zasady poglądowości w nauczaniu. Sformułowana przez niego reguła stała się swoistą strategią nauczania poglądowego, która wraz z rozwojem dydaktyki oraz innych nauk ulegała przez wieki różnym modyfikacjom. Istotny wpływ na kształt teoretyczny i praktyczną realizację zasady poglądowości wywarło pojawienie się technicznych środków dydaktycznych, zwłaszcza związanych z nowoczesną elektroniką oraz środków masowego przekazu (telewizja, komputery itd.). Kształcenie multimedialne, mające genezę w nauczaniu poglądowym, sięga do podstaw teoretycznych dydaktyki sensualistycznej oraz idei przyswajania wiedzy i umiejętności w sposób aktywny (przez działania) (Komeński 1956: 187). Kształcenie multimedialne ma ścisły związek z koncepcją kształcenia wielostronnego Wincentego Okonia (Okoń 1998, za: Bednarek 2005: 13–14).

Rozwijanie umiejętności stanowi niezbędny element procesu dydaktycznego, w toku którego uczeń przygotowuje się do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Przez większość życia kształtujemy nowe, niezbędne dla nas umiejętności, które następnie rozwijamy, modernizujemy lub tracimy (Huk 2008: 21).

Dynamicznie rozwijająca się technologia informacyjna stwarza szerokie możliwości wspomagania edukacji oraz rozwoju dzieci i młodzieży. Kształcenie multimedialne zaczyna zajmować wysoką pozycję w technologii kształcenia. Wykorzystuje

różnorodne środki dydaktyczne w sposób kompleksowy. Jest nauczaniem wielorakim, gdyż działa na większość zmysłów i wielostronnie aktywizuje uczące się osoby. Ponadto komputer stwarza ogromne możliwości wzbogacania i poszerzania zakresu działania mediów dydaktycznych, profilaktycznych i terapeutycznych. Jest uniwersalną pomocą, która aktywizuje i usprawnia funkcje integrujące złożone czynności psychiczne (Surowaniec 1991, za: Sankowska, Sondej 2005: 57–58).

Kształcenie multimedialne ma także odniesienie teoretyczne do psychologicznych koncepcji nabywania wiedzy i umiejętności. Akcentując znaczenie poszczególnych elementów procesu uczenia się, opisują towarzyszące mu procesy intelektualne. Zgodnie z tymi koncepcjami przyjmuje się, że uczenie się wymaga aktywności podmiotu uczącego się i polega na ciągłym przyswajaniu (asymilacji) i przekonstruowaniu przez niego wcześniej nabytej wiedzy pod wpływem nowych doświadczeń poznawczych i przemyśleń. Ich podstawą są schematy tworzące struktury poznawcze (Piaget 1952). Aktywność podmiotu umożliwia nadbudowanie na już zdobytej wcześniej wiedzy nowych jej poziomów, a struktury poznawcze pozwalają wyjść uczącemu się poza dostarczone informacje (Bruner 1973, za: Bednarek 2005: 18).

Kształcenie multimedialne ze względu na swoje możliwości jednoczesnego oddziaływania na różnorodne zmysły jest nauczaniem–uczeniem się uruchamiającym wiele torów przepływu informacji. W procesie tym przekazywanie informacji odbywa się w języku działań, dzięki stosowaniu środków czynnościowych (naturalne przedmioty i modele), w języku obrazów (materiały wizualne i audiowizualne) i symbolicznym (materiały słowne i graficzne). To bogactwo bodźców powoduje uruchomienie różnych rodzajów aktywności uczących się, a więc aktywności sportreżeniowej, manualnej, intelektualnej i emocjonalnej (Bednarek 2005: 14).

Wydaje się, że z pedagogicznego punktu widzenia edukacyjna przydatność i atrakcyjność informatycznych środków dydaktycznych wynika z cech szczególnych komputerów. Są nimi, obok powszechnie wymienianej zdolności do przesyłania, przetwarzania i magazynowania informacji, także ich:

- polisensoryczność, tj. oddziaływanie na wiele zmysłów człowieka;
- multimedialność, czyli możliwość sprzętowego i programowego łączenia w jednym urządzeniu wielu mediów i ich funkcji;
- interaktywność, czyli zdolność do maszynowego dialogu człowiek–komputer, zapewniająca uczniowi poczucie sprawstwa;
- symulacyjność, czyli możliwość imitowania rzeczywistych zjawisk, procesów lub urządzeń;
- komunikacyjność, czyli zdolność do zapewnienia poprzez sieć wizualnej, głosowej lub symbolicznej łączności z drugą osobą (także innym komputerem bądź urządzeniem);
- wirtualizacja, czyli zdolność do tworzenia fikcyjnej rzeczywistości, zwanej rzeczywistością wirtualną lub cyberprzestrzenią (Tanaś 2005: 26).

Komputerowe programy terapeutyczne mają tę przewagę nad tradycyjnymi metodami, że spotykają się z ogromnym zainteresowaniem ze strony dzieci. Często motywacja i zaangażowanie dziecka w ćwiczenia przy użyciu komputera

są znacznie większe niż przy użyciu tradycyjnych metod. Komputer jest ponadto niezwykle cierpliwym, niekrytykującym i niemęczącym się „terapeutą”. Dziecko może powtarzać wielokrotnie dane ćwiczenie w tempie dostosowywanym do swoich możliwości. Wykorzystanie metod komputerowych w trakcie zajęć korekcyjno-kompensacyjnych podnosi ich atrakcyjność, a w konsekwencji również ich efektywność (Sankowska, Sondej 2005: 59).

Badania w zakresie wykorzystania techniki komputerowej

Tak powszechny kontakt z komputerami skłania do podjęcia badań nad jego następstwami psychologicznymi, zwłaszcza dla rozwoju dziecka. Stosowanie komputerów sprzyja rozwojowi myślenia dzieci i umożliwia nabywanie określonych kompetencji poznawczych, na co wskazują badania przeprowadzone przez Patricię Greenfield wraz z zespołem (Greenfield 1994). Badania jej i zespołu ograniczają się do jednego typu umiejętności – kompetencji w przetwarzaniu informacji przestrzennej, które można z gier komputerowych przenieść na inne sytuacje wymagające orientacji przestrzennej (za: Schaffer 2009: 220–221).

Doświadczenia prowadzone przez B. Siemienieckiego w Zakładzie Technologii Kształcenia IP UMK w Toruniu wskazują na rosnące znaczenie komputerów w diagnozowaniu i terapii różnorodnych zaburzeń rozwojowych, szczególnie tych, które występują u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Wartość metod komputerowych we wstępnym wykrywaniu, diagnozie deficytów dziecka, które po raz pierwszy przychodzi do placówki oświatowej należy uznać za istotne działanie pozwalające przygotować proces kształcenia dostosowany do możliwości dzieci. Komputer jest też znakomitym narzędziem skutecznie ograniczającym wpływ zaburzeń występujących u dziecka. W praktyce pedagogicznej mamy coraz więcej różnorodnych aplikacji komputerowych znajdujących zastosowanie w pedagogice specjalnej oraz w terapii pedagogicznej. Wymienić można tu programy testujące, korygujące wady wymowy, uczące mowy, stymulujące prawidłowe wypowiadanie się, usuwające trudności w czytaniu, doskonalące słuch fonematyczny. Niezwykle ważnym walorem komputerowej terapii pedagogicznej jest jej wizualizacja, która pozwala na optymalizację w wykorzystaniu wszystkich receptorów dziecka w procesie terapii. Włączenie obrazu w proces nauczania lub terapii ułatwia komplementarność przetwarzania informacji w mózgu. Wykorzystanie komputera umożliwia więc nauczanie polisensoryczne – bardzo korzystne dla dyslektyków, u których występują zaburzenia spostrzegania słuchowego i (lub) wzrokowego. Zaangażowanie możliwie wielu zmysłów w procesy poznawcze dzieci dyslektycznych jest dla nich szansą przełamania i zminimalizowania trudności w czytaniu i pisanu (<http://www.pedagogika.umk.pl/ztk/a11.htm>).

Zespół amerykańskich naukowców pod kierunkiem psycholog Pauli Tallal (współprowadząca Center for Molecular and Behavioral Neuroscience w Rutgers University w Newark) z udziałem neurologa Michaela M. Merzenicha (Keck Center for Integrative Neuroscience z University of California w San Francisco) opracował specjalny program komputerowy, który umożliwia nadrobienie w ciągu czterech

tygodni rocznego, dwuletniego opóźnienia rozwoju mowy. Opóźnienie to u 85% dzieci poprzedzało i zapowiadało dysleksję (Shaywitz 1997: 62). Wysunięta przez Paulę Tallal hipoteza zakłada, że przyczyną problemów jest niezdolność dostatecznie szybkiego przetwarzania danych słuchowych. Hipoteza ta opierała się na spostrzeżeniu zależności pomiędzy czasem radzenia sobie z fonemami przez dziecko a zaburzeniami mowy. Przeciętnie dzieci radzą sobie z fonemami trwającymi dłużej niż 40 ms, natomiast dzieciom z zaburzeniami mowy rozpoznanie ich zabiera aż 500 ms. Słowa „bat” i „pat” są nierozróżnialne (Shaywitz 1997: 62). Hipoteza zaproponowana przez Tallal zaowocowała stworzeniem metody ćwiczeń polegającej na wydłużonym czasie wypowiedzianego dźwięku podawanym przez program komputerowy, tak aby dziecko było w stanie go zrozumieć. Następnie dokonywane było stopniowe skracanie czasu emitowanego dźwięku. Dzieci miały możliwość ćwiczenia wypowiedzianych nie tylko dźwięków, ale całych słów i prostych tekstów z książeczek (za: Siemieniecki 2005: 14). Według P. Tallal i M. Mierzenicha u dzieci ćwiczących tą metodą obserwuje się znaczną poprawę zdolności językowych.

Z badań naukowych prowadzonych w USA wynika, iż informacja zachowuje się w pamięci lepiej i dłużej, jeśli jej przekazywaniu towarzyszą sygnały wizualne i dźwiękowe. Istnieje ścisły związek między zdolnością zapamiętywania a rodzajem zmysłowej percepcji. W pamięci uczącego się pozostaje: 20% informacji, gdy jest ona słyszana; 30% gdy jest widziana; do 40% przy percepcji wzrokowej i słuchowej (Adams 1992, za: Bednarek 2005: 17).

Analiza procesów uczenia się wskazuje, że zastosowanie edukacyjnych programów komputerowych podnosi efektywność procesu nauczania-uczenia się. Wyniki badań przeprowadzonych przez M. Wobalis ilustrują wysoki wzrost przyswojenia materiału przy wykorzystaniu środków multimedialnych (od 50% do 400%) w porównaniu z klasycznymi technikami, a ponadto czas potrzebny do jego przyswojenia ulega zredukowaniu o ok. 30%. Zastosowanie multimedii wpływa na wzrost koncentracji uwagi u uczniów o ponad 100% w porównaniu z koncentracją przy zastosowaniu technik tradycyjnych. Wzrasta również poziom zrozumienia przekazywanego materiału. Podkreślana jest wyższa o ok. 50% skuteczność nauczania, zrozumienie tematu większe o 50%, tempo uczenia się o 60% szybsze, zakres przyswojenia wiedzy o 30% większy, a oszczędność czasu dochodzi do 70%. Dzieje się tak za sprawą oddziaływania przekazu multimedialnego na różne rodzaje percepcji zmysłowej, co z kolei wpływa na zdolność zapamiętywania (Wobalis 1993, za: Lubina 2005: 93).

Programy multimedialne wykorzystywane w terapii logopedycznej

Programy multimedialne przeznaczone do terapii logopedycznej dzieci pełnosprawnych dostępne są dla odbiorców m.in. w Internecie. Wśród nich obecnie najbardziej popularne są przedstawione poniżej.

Wydawnictwo Komlogo stworzyło wiele programów komputerowych, które mogą wesprzeć pracę logopedy. Jednym z nich są: *Logoobrazki. Część I – syngmatyzm*. Program służy do kształtowania prawidłowej wymowy głosek sz, ż, cz, dż, s, z, c, dz,

ś, ź, ć, dź oraz wspomagania harmonijnego rozwoju dzieci. Program *Logoobrazki. Część II – rotacyzm* służy do kształtowania prawidłowej wymowy głosek j, l, r oraz wspomagania harmonijnego rozwoju dzieci. Kolejny z tej serii: *Logoobrazki. Część III – mowa bezdźwięczna* służy do kształtowania prawidłowej wymowy głosek dźwięcznych (b/bi, w/wi, d, z, dz, ź, dź, ż, dż, g/gi) i bezdźwięcznych (p/pi, f/fi, t, s, c, ś, ć, sz, cz, k/ki) oraz wspomagania harmonijnego rozwoju dzieci. Programy z powyższej serii charakteryzują się prostą obsługą oraz przystosowaniem do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo. Są przeznaczone dla dzieci w wieku od 4 do 8 lat.

Producentem *Pakietu Logopedyczne zabawy* jest również firma Komlogo. *Logopedyczne zabawy. Część I – SZ, Ź, CZ, DŻ* zawiera ćwiczenia pomocne szczególnie przy utrwalaniu głoski w wyrazach (w różnych pozycjach). *Logopedyczne zabawy. Część II – S, Z, C, DZ* zawierają ćwiczenia pomocne przy utrwalaniu głoski w wyrazach (w różnych pozycjach). *Logopedyczne zabawy. Część III – Ś, Ź, Ć, DŻ* również są przeznaczone dla dzieci posiadających umiejętność czytania i wykorzystywane przy utrwalaniu głoski w wyrazach (w różnych pozycjach). *Logopedyczne Zabawy. Część IV – J, L, R* są przeznaczone dla dzieci w wieku 4–9 lat. Ćwiczenia zawarte w programie wspomagają terapię logopedyczną i ćwiczą wymowę głosek j, l, r oraz różnicowanie ich. *Logopedyczne zabawy. Część V – mowa bezdźwięczna* zawierają ćwiczenia do utrwalania głoski w wyrazach (w różnych pozycjach) w przypadku mowy bezdźwięcznej. *Część VI – różnicowanie szeregów* obejmują ćwiczenia różnicowania słuchowego i kinestetycznego wypracowanych głosek. Po wywołaniu głosek trzech szeregów: ciszącego, syczącego i szumiącego, bardzo często należy prowadzić z dzieckiem ćwiczenia w różnicowaniu tych głosek. *Logopedyczne zabawy. Część VII – słuch fonemowy* opracowane są tak, aby zapobiegać trudnościom związanym z zaburzeniami słuchu fonemowego. W ostatnim ćwiczeniu za pośrednictwem gry *nagraj i odtwórz* można nagrać wymowę dziecka i porównać z jego wymową np. na początku i końcu terapii. Programy są polecane dla dzieci posiadających umiejętność czytania.

Producentem programu *Multimedialne rentgenogramy w wersji podstawowej rozszerzonej* jest również firma Komlogo. Obejmuje następujące głoski do ćwiczeń: a, q, b, bi, c, cz, ć, d, dz, dź, dż, e, ę, f, fi, g, gi, h, hi, i, j, k, ki, l, li, ł, m, mi, n, ni, o, p, pi, r, s, sz, ś, t, u, w, wi, y, z, ź, ż. Program przedstawia różne wykresy obrazujące powstawanie głosek za pomocą czytelnych animacji. Zawiera dwa moduły: pokaz i test. Moduł pokaz demonstruje powstawanie 45 głosek, dostępne są następujące możliwości: spowolnienie animacji, zatrzymanie animacji i jej wydruk. Głoski zostały pogrupowane na samogłoski, spółgłoski półotwarte, spółgłoski szczelinowe, spółgłoski zwarto-szczelinowe, spółgłoski zwarto-wybuchowe. Moduł TEST służy do sprawdzenia umiejętności rozpoznawania głosek i zawiera praktyczne podsumowanie. Program można nabyć również w wersji podstawowej obejmującej następujące głoski: sz-ż, cz-dż, s-z, c-dz, ś-ź, ć-dź, l-r, k-g, f-w, t-d-n, p-b-m.

Program wyprodukowany także przez Komlogo: *Obrazy – Słowa – Dźwięki* można nabyć w wersji podstawowej i rozszerzonej oraz w ramach licencji czasowej.

Zostanie omówiony poniżej i może być wykorzystywany zarówno w pracy z dziećmi pełnosprawnymi, jak również z niedosłuchem i głuchych.

Young Digital Planet jest firmą posiadającą w ofercie również programy multimedialne przeznaczone do terapii logopedycznej, takie jak: *EduSensus Logopedia – pakiet Gold*, poszerzony i podstawowy. Pakiet *Gold* to najbogatszy z proponowanych zestawów *EduSensus Logopedia*. Serię opracowano z myślą o wsparciu terapii najczęściej występujących zaburzeń mowy u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Zawiera: aplikację logopedy – program zarządzający z wbudowanym modułem diagnostycznym, profesjonalny mikrofon oraz 14 programów do diagnozy i terapii logopedycznej, współdziałających z aplikacją logopedy: *Trening logopedyczny – Nowość*; *Głoski tylnojęzykowe k, g, h – nowość*; *Szereg szumiący: moduł podstawowy*; *Szereg syczący: moduł podstawowy*; *Szereg ciszący: moduł podstawowy*; *Szereg szumiący: moduł profesjonalny*; *Szereg syczący: moduł profesjonalny*; *Szereg ciszący: moduł profesjonalny*; *Różnicowanie szeregów*; *Głoska r: moduł podstawowy*; *Głoski r, l: moduł profesjonalny Nowość!*; *Mowa bezdźwięczna*; *Sfonem*; *Echokorektor*. Program ten zawiera – labiogramy 12 głosek języka polskiego wraz z ich wymową: *a, e, o, u, p, b, m, s, z, sz, ż, ł*, oraz ćwiczenia, których celem jest ułożenie z nich słów. Wydawnictwo YDP wprowadziło możliwość nie tylko prezentacji głosek, ale również nagrywania wypowiedzi dziecka i porównywania ich z odtwarzanymi przez komputer.

EduSensus Logopedia – pakiet poszerzony, który zawiera: aplikację logopedy, profesjonalny mikrofon oraz 12 programów do diagnozy i terapii logopedycznej, takich jak: *Szereg szumiący: moduł podstawowy*; *Szereg syczący: moduł podstawowy*; *Szereg ciszący: moduł podstawowy*; *Szereg szumiący: moduł profesjonalny*; *Szereg syczący: moduł profesjonalny*; *Szereg ciszący: moduł profesjonalny*; *Różnicowanie szeregów*; *Głoska r: moduł podstawowy*; *Głoski r, l: moduł profesjonalny*; *Mowa bezdźwięczna*; *Sfonem*; *Echokorektor*. *EduSensus Logopedia – pakiet podstawowy* zawiera: aplikację logopedy, profesjonalny mikrofon oraz 5 programów do diagnozy i terapii logopedycznej: *Szereg szumiący: moduł podstawowy*; *Szereg syczący: moduł podstawowy*; *Szereg ciszący: moduł podstawowy*; *Różnicowanie szeregów*; *Głoska r: moduł podstawowy*.

EduSensus Logo-Gry wyprodukowany został również przez Young Digital Planet – to zestaw gier, które wspomagają i uatrakcyjnają terapię logopedyczną dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy, a także dzieci z autyzmem, mutyzmem i opóźnionym rozwojem umysłowym. Dzięki *Logo-Grom* dziecko może poznać szerokie możliwości swojego głosu i dobrze się bawiąc, jednocześnie wziąć udział w bardzo efektywnej terapii.

EduSensus Logorytmika jest programem multimedialnym, który pokazuje, jak w ciekawy sposób wykorzystać muzykę w profilaktyce i terapii logopedycznej. *Logorytmika* to doskonały i niezwykle przydatny zestaw ćwiczeń kształtujących umiejętności językowo-słuchowo-ruchowe dziecka.

EduSensus Mówiące obrazki przeznaczony jest do nauki różnicowania otaczających dźwięków. Szczególnie pomocny jest on w terapii dzieci z zaburzeniami słuchu

i rozwoju języka. Jest też doskonałym wstępem do doskonalenia mowy i zasobu leksykalnego dziecka.

EduSensus Zabawy słowem rozwijają sprawność językową u małych dzieci lub z opóźnionym rozwojem mowy. Program wspomaga działania zmierzające do tego, aby dziecko osiągnęło etap opanowania języka, który pozwoli mu na swobodną komunikację z otoczeniem (rozumienie mowy otaczających osób oraz umiejętność wyrażania własnych myśli). *Zabawy słowem* to zestaw ciekawych ćwiczeń pogrupowanych tematycznie, które są jedynie propozycją sposobu konstrukcji terapii.

EduSensus Cyfrowy korektor mowy – terapia jąkania jest kolejnym produktem firmy YDP. Idea działania korektora mowy *EduSensus* opiera się na teorii przetwarzania mowy. Zakłada ona, że osoba mówiąca słyszy swoją własną wypowiedź odpowiednio zmodyfikowaną, gdyż informacja o wyartykułowanych dźwiękach powraca do mózgu poprzez sześć kanałów zwrotnych (trzy lewe i trzy prawe) dzięki przewodnictwu powietrznemu, kostnemu i tkankowemu. Sygnał mowy wprowadzany jest więc w pętlę sprzężenia zwrotnego, łączącą system słuchowy z ośrodkiem sterującym artykulacją mowy. Jeżeli zatem zakłócenia występujące w jednym lub w kilku elementach tej pętli mogą prowadzić do wystąpienia zaburzeń mowy (w tym jąkania), to wprowadzenie odpowiednich modyfikacji może w rezultacie wpłynąć na poprawę wymowy. Za sprawą korektora mowy sygnał akustyczny jest zamieniany przez mikrofon na przebiegi elektryczne, następnie odpowiednio przekształcany i w tak zmienionej formie przekazywany do narządów słuchu za pomocą słuchawek. W ten sposób pacjent nie słyszy swojej zaburzonej wymowy, lecz tylko odpowiednio przekształcone dźwięki.

Wydawnictwo PWN wyprodukowało program: *Dźwięczność. Trening poprawnej wymowy. Publikacja multimedialna na CD-ROM*. Nowoczesny program edukacyjny do ćwiczenia wyraźnej wymowy oraz korygowania mowy bezdźwięcznej (czyli braku rozróżnienia w obrębie takich par głosek jak *p i b*). Program składa się z multimedialnych ćwiczeń, w ramach których w formie zabaw i gier dziecko ćwiczy wymowę głosek *b, d, g* oraz *z* w izolacji, w sylabach, wyrazach oraz zdaniach. Program przeznaczony wyłącznie do użytku domowego dla dzieci w wieku od 5 do 12 lat. Umożliwia jednocześnie śledzenie postępów w nauce nawet trójki dzieci. Ćwiczenia stanowią rozwinięcie tradycyjnych narzędzi logopedycznych, zachęcając dzieci do pracy poprzez multimedialną i zabawową formę.

Również PWN jest autorem pomocy: *Logopedia – wersja rozszerzona Eduterapeutica* (pakiet multimedialny). To program terapeutyczny do pracy z dziećmi wykazującymi zaburzenia rozwoju mowy. Trwałe i praktyczne narzędzie pracy nauczycieli i terapeutów – program umożliwia wieloletnie użytkowanie w edukacji uczniów z różnych klas i roczników. *Logopedia – wersja rozszerzona* zawiera bardzo dużo ćwiczeń (m.in. w formie rozbudowanych gier). W wersji rozszerzonej dołączone są moduły terapeutyczne z zakresu: artykulacji głosek *k, g*; mowy bezdźwięcznej; słuchu fonematycznego; jąkania. Terapia polega na ćwiczeniach aktywizujących dziecko do wymawiania konkretnych dźwięków o właściwym poziomie napięcia i długości, a także na regulowaniu faz oddychania poprzez wywoływanie

reakcji w odpowiedzi na obrazy pojawiające się na monitorze. Obejmuje ćwiczenia spowalniające oraz rytmizujące mowę, kształtujące kontrolę nad głośnością głosu. W wersji rozszerzonej możliwa jest terapia takich zaburzeń, jak: szereg szumiący (poziom łatwy, średni, trudny); szereg syczący (poziom łatwy, średni, trudny); szereg ciszący (poziom łatwy, średni, trudny); różnicowanie szeregów; artykulacja głosek *r, k, g*; dźwięczność (mowa bezdźwięczna – poziom łatwy, średni, trudny); słuch fonematyczny (sfonem); skuteczna terapia jąkania (echokorektor); różnicowanie szeregów (poziom łatwy, średni, trudny); badanie mowy – umożliwia zdiagnozowanie budowy i sprawności narządów mowy; ćwiczenia do nauki i utrwalania kształtów liter (grafomotoryka). Do programu dołączone są słuchawki z mikrofonem.

Eduterapeutica logopedia – wersja podstawowa zawiera ćwiczenia do szeregów i głosek: szereg szumiący; szereg syczący; szereg ciszący; różnicowanie szeregów; głoska *r*. Do programu dołączone są słuchawki z mikrofonem.

Jolanta Łukowska jest twórcą programu komputerowego *Logowirówki logopedyczne* – ćwiczenia poprawnej wymowy (głoski, sylaby, logotomy, wyrazy). Program można wykorzystać w szeroko rozumianej profilaktyce logopedycznej, ale również podczas korygowania wad wymowy, automatyzacji skorygowanych głosek i terapii złożonych zaburzeń mowy, do rozwijania percepcji słuchowej, ćwiczeń artykulacyjnych oraz kinestezji artykulacyjnej (czucia ułożenia narządów mowy właściwego poszczególnym głoskom), a także w przypadku występujących trudności w opanowaniu czytania i pisania. Można je wykorzystać w pracy z dziećmi z autyzmem, afazją, zespołem Downa, mózgowym porażeniem dziecięcym i osobami dorosłymi (np. z afazją, dyzartrią). Zawarty na CD zestaw ćwiczeń adresowany jest głównie do logopedów, studentów logopedii, pedagogów, nauczycieli nauczania zintegrowanego i klas integracyjnych, psychologów i reedukatorów oraz rodziców pracujących z dziećmi, które mają trudności w nabywaniu umiejętności w zakresie rozwoju mowy, czytania i pisania. Zastosowanie *Logowirówek logopedycznych* (ćwiczeń głoskowych, logotomowych, sylabowych) ma na celu kształtowanie skojarzeń sposobów powstawania dźwięków z ich graficznymi odpowiednikami, jakim są litery, ale również ćwiczenie wrażliwości słuchowej na dźwięki mowy i pamięci słuchowej. Zadaniem dziecka jest wykonywanie proponowanych ćwiczeń, z zaangażowaniem przede wszystkim percepcji słuchowej w myśl zasady: posłuchaj i powtórz, posłuchaj i uzupełnij. Odpowiednio dobrane ćwiczenia mają na celu stopniowe poszerzanie pola spostrzeżeniowego z litery na sylabę, zachęcają osobę usprawnianą do globalnego postrzegania i zapamiętywania sylab i krótkich wyrazów o dużej częstotliwości występowania w języku.

Możliwości nowoczesnej technologii, często multimedialnej, zachęcają do wykorzystywania Internetu do poradnictwa logopedycznego. Przykładem może być telemedycyna, czyli medycyna na odległość, łącząca w sobie elementy telekomunikacji, informatyki i medycyny. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu opracował i udostępnił konsultacje on-line i programy diagnostyczne, w tym: *Słyszę – Multimedialny System Badania Słuchu*; *Widzę – Powszechny System Diagnostyki Wad Widzenia*; *Mówię – Powszechny System Badania i Rehabilitacji Mowy*. Budząca zainteresowanie

pomoc lub komputer wraz z profesjonalnym oprogramowaniem może stanowić zachętę do zajęć logopedycznych. Jednak nikt nie stworzył pomocy, która zastąpiłaby systematyczną, a przede wszystkim bezpośrednią pracę logopedy, dziecka (pacjenta) i rodziców (opiekunów) (Gunia, Lechta 2011: 51).

Rozwój technologii informacyjnej jest niewątpliwie ogromną szansą dla osób niepełnosprawnych. W związku z tym, że trudno znaleźć na rynku komputerowym programy dydaktyczne kierowane do uczniów niepełnosprawnych, często podejmuje się próby używania różnego rodzaju programów służących korygowaniu parcjalnych zaburzeń w rozwoju dzieci. Są to jednak propozycje przydatne głównie na indywidualnych zajęciach rewalidacyjnych. Na co dzień użytkowane są najczęściej edukacyjne programy niedopasowane do możliwości i potrzeb dzieci niepełnosprawnych, programy wykorzystywane w kształceniu powszechnym (Laszkowska 2005: 113).

Wykorzystanie komputera w terapii dziecka z niepełnosprawnością stanowi alternatywę dla klasycznych metod terapii, które wymagają użycia takiego narzędzia. Atrakcyjność i zasadność wykorzystania nowoczesnych technologii jest tematem wielu dyskusji. Zdania są oczywiście podzielone, ale nikt nie może dyskutować z wynikami badań w tym zakresie. Zdaniem A. Lechowicz (2005: 138): „zastosowanie komputera daje wspaniałą nową jakość metodyczną” (cyt. za: Szady, Domaradzka-Grochowalska 2012: 240)

Profesjonalne programy multimedialne pozytywnie wpływają na sferę emocjonalną dzieci, umożliwiając odnoszenie sukcesów oraz doświadczanie własnej sprawczości. Przyczyniają się w ten sposób do podnoszenia motywacji w trakcie wykonywania codziennych zadań. W znaczący sposób polepszają koncentrację uwagi i dlatego zyskują na znaczeniu jako narzędzie, które może być stosowane w różnych formach terapii, w tym również w terapii mowy i komunikacji. Wypracowanie określonego systemu porozumiewania się z dzieckiem niepełnosprawnym jest procesem długotrwałym i wieloaspektowym. Wymaga umiejętności wsłuchania się w dziecko, w jego potrzeby, dostrzeżenia jego mocnych stron własnej osobowości, holistycznego podejścia do oddziaływań terapeutycznych oraz ciągłego motywowania do wykonywania różnych zadań. Wszystkie te cele mogą być osiąganę z wykorzystaniem w terapii indywidualnej nowoczesnych narzędzi, które dla dziecka będą zabawą, a dla terapeuty nieocenioną pomocą (Szady, Domaradzka-Grochowalska 2012: 248–249).

Kształcenie uczniów z wadą słuchu, do których zalicza się niesłyszących i słabosłyszących, stanowiło od najdawniejszych czasów wyzwanie dla wielu pedagogów, psychologów i lekarzy poszukujących skutecznych metod ich nauczania. Specyfika tego kalectwa powoduje rozległe zaburzenia rozwojowe, przede wszystkim trudności w odbiorze i nadawaniu komunikatów, a tym samym w rozumieniu otaczającego świata, co wpływa negatywnie na rozwój wielu sfer osobowości. Brak odpowiednich metod pracy z takim uczniem utrwała zaburzenia rozwoju intelektualnego, społeczno-moralnego, estetycznego czy fizycznego (Korzon, Plutecka 2010: 9).

Publikacja J. Zielińskiej (2004) przedstawia, jak rozwijająca się dynamicznie technika komputerowa może wesprzeć rozwój oralny dzieci niesłyszących i proponuje użycie profesjonalnego sprzętu komputerowego wizualizującego sygnał mowy w celu diagnozy i terapii głosu oraz fonicznej realizacji mowy dźwiękowej. Zadowolający rezultat zastosowania opracowanej metody w postaci osiągnięcia dobrej jakości wypowiedzi słownej większości dzieci poddawanych ćwiczeniom głosu i mowy dźwiękowej skłania do tego, by zbadać przyczyny tego zjawiska. Uzasadnia to celowość podjęcia badań na gruncie psychologii kognitywistycznej, które pozwoliły ustalić, że dzieci niesłyszące i słyszące mają takie same zdolności poznawcze (Zielińska 2004: 5). Autorka opisuje unikatowe urządzenie w skali naszego kraju, o bardzo dużych możliwościach diagnostyczno-terapeutycznych w odniesieniu do oceny, korekcji, stymulacji rozwoju oraz rehabilitacji głosu i mowy dźwiękowej. Jest to stanowisko komputerowe do badania sygnału mowy, które zostało skonstruowane przez połączenie z komputerem IBM PC dwóch przystawek komputerowych noszących nazwy Laryngograp Procesor PCLX oraz Nasality Processor. Prototyp tego urządzenia został stworzony na Wydziale Fonetyki University College w London (Abberton, Howard, Fourcin 1996). Obecnie jest ono produkowane w firmie Laryngograph Ltd. Trzy zasadnicze etapy w procesie wytwarzania głosu są w pełni monitorowane i analizowane przez oprogramowanie stanowiska komputerowego o nazwie Speech Studio. Należy do nich generacja drgania pobudzającego, jego modyfikacja w rezonatorze głosowym oraz wypromieniowanie. Możliwości analizy uzyskanego z użyciem prezentowanego stanowiska badawczego materiału, w postaci przebiegów sygnału mowy, są bardzo różnorodne, od obliczeń o charakterze statycznym, parametrycznym do obróbki graficznej. Przedstawione możliwości oceny i analizy zarówno samego procesu wytwarzania głosu, jak i rezultatu w postaci fonicznej substancji mowy przez program Speech Studio nie są pełne, gdyż objęły jedynie pewien wybrany zakres, potrzebny w bezpośredni sposób do diagnozy i terapii sprawności ortofonicznej. Każdy z poruszanych problemów może stanowić osobny temat szczegółowy, dogłębnie przebadany i opracowany za pomocą wybranych do tego celu możliwości zaprezentowanego stanowiska komputerowego służącego do wizualizacji sygnału mowy. Przedstawione przez autorkę możliwości zintegrowanego systemu badania mowy bazowały na wypowiedziach dzieci niesłyszących oraz – porównawczo – słyszących, przez ujęcie problemu badania sprawności oralnej w sposób globalny i pragmatyczny. Obejmują one wskazówki praktyczne pokazujące, jak jedynie z przebiegów otrzymanych na ekranie komputera wyprowadzić konkretne wnioski diagnostyczne i wskazania terapeutyczne, a po procesie usprawniania czy też rehabilitacji sprawdzić efektywność swoich działań w sposób obiektywny. Ale również pozwalają one na dokładną analizę zapamiętanego w pamięci komputera materiału badawczego w postaci przebiegów sygnałów mowy. Badania prowadzą do wniosków, iż tak jak złożony jest sygnał mowy, tak złożone są metody jego badania. Ta kwestia oraz to, w jakim zakresie przedstawiona technika komputerowa zostanie wykorzystana przez logopedów, terapeutów mowy i pedagogów specjalnych, zależą od przyjętego celu badawczego (Zielińska 2004: 94–108).

Firma Komlogo stworzyła program *Obrazy – Słowa – Dźwięki (wersja rozszerzona)*, który można wykorzystać do pracy osób z niedosłuchem i głuchych. Stanowi on multimedialną bazę zawierającą zdjęcia, napisy, grafiki, dźwięki (nagrania lektora, onomatopeje i dźwięki otoczenia), filmy z fonogestami i językiem migowym oraz alfabet palcowy. Podstawą pracy z programem jest wybór właściwego do terapii zakresu zasobów, a następnie praca na odpowiednich zadaniach terapeutycznych (dostępne są następujące programy: pokaz, ćwiczenia, test, pamięć). Program przeznaczony jest do wykorzystania na zajęciach terapii logopedycznej, pedagogicznej, psychologicznej. Różnorodność zasobów umożliwia pracę zarówno z osobami dorosłymi (zdjęcia), jak i dziećmi (grafiki). Występująca w programie baza zawierająca fonogesty, język migowy i alfabet palcowy jest unikatowa w Polsce. Dzięki takim zasobom program może być wykorzystywany także w terapii osób z niedosłuchem i głuchych. Duże możliwości wyboru poszczególnych grup semantycznych, a w ich obrębie słów, sprawiają, że program można dostosować do potrzeb terapii każdego pacjenta. Wybrany zasób materiału można zapisać w postaci szablonu. Jest to funkcja niezwykle przydatna, gdyż szablony są zachowywane (nie trzeba ich każdorazowo tworzyć). Przykładem niech będzie wybranie grupy słów do terapii szeregu *sz, ż, cz, dż* i zapisanie ich jako szablonu. W przypadku gdy zaistnieje potrzeba zastosowania tego typu zasobów, wystarczy tylko wybrać ten szablon i przejść do zakładki terapia, aby rozpocząć pracę z pacjentem. Po zakończonej terapii wyniki pracy poszczególnych pacjentów są zapisywane, dzięki czemu terapeuta może na bieżąco monitorować proces terapii i uzyskane rezultaty.

Ta sama firma Komlogo ma w swojej ofercie również program *Praksja – ćwiczenia usprawniające mowę*, który jest kompletnym zestawem ćwiczeń służącym wspieraniu terapii mowy oraz rozwijaniu umiejętności poprawnego wysławiania się. Obok ćwiczeń poszczególnych narządów mowy program zawiera ćwiczenia łączące różne narządy, ćwiczenia dłoni, fonacyjne, oddechowe, ogólnoruchowe oraz bierne (masaże i stymulacje). Ćwiczenia są podzielone na kategorie według typów zaburzeń oraz według rodzajów zadań. Ponadto w ramach podziału na typy zaburzeń znajdują tu Państwo również podział według skali trudności, co ułatwi dobieranie odpowiednich ćwiczeń dla konkretnego pacjenta. Program opracowany został na podstawie doświadczeń zdobytych w gabinecie logopedycznym. Zawiera autorskie pomysły oraz ćwiczenia dostępne w literaturze przedmiotu. Typy zaburzeń, które można ćwiczyć z jego wykorzystaniem, są następujące: afazja, dysartria, porażenie nerwu twarzowego, emisja głosu. Dostępne są następujące wersje programów: *Praksja – ćwiczenia usprawniające mowę*; *Praksja – ćwiczenia usprawniające mowę. Afazja*; *Praksja – ćwiczenia usprawniające mowę. Dysartria*; *Praksja – ćwiczenia usprawniające mowę. Porażenie nerwu twarzowego*; *Praksja – ćwiczenia usprawniające mowę. Emisja głosu*.

Wydawnictwo Komlogo jest również producentem programów komputerowych, które z uwagi na prostą obsługę są przystosowane do obsługi przez osoby niepełnosprawne ruchowo. Są one przeznaczone dla dzieci od 4 do 8 lat. Są to:

Logoobrazki. Część I – sygmatyzm; Logoobrazki. Część II – rotacyzm; Logoobrazki. Część III – mowa bezdźwięczna, które zostały już omówione powyżej.

Program *Logowirówki logopedyczne – ćwiczenia poprawnej wymowy (głoski, sylaby, logotomy, wyrazy)*, który można wykorzystać w pracy z dziećmi z autyzmem, afazją, zespołem Downa, mózgowym porażeniem dziecięcym, a także osobami dorosłymi (np. z afazją, dyzartrią), autorstwa Jolanty Łukowskiej, również został omówiony we wcześniejszej części artykułu.

Multimedialna rehabilitacja afazji. Część I – wersja gabinetowa została wyprodukowana w Komlogo. Pakiet zawiera: program *Multimedialna rehabilitacja afazji*; *Orator – wspomaganie terapii jękania*; *Zdaniowiec – utrwalenie części mowy*. Dla tej właśnie grupy osób opracowano program komputerowy pod nazwą *Multimedialna Rehabilitacja Afazji*, który ma wspomóc terapię pacjentów z zaburzeniami w komunikowaniu się. W programie wykorzystano wiele zdjęć i sekwencji wideo. Ponadto bogactwo tematyczne i terminologiczne oraz głos lektora prowadzący pacjenta w programie mogą być doskonałą pomocą uzupełniającą terapię osób niedosłyszących, osób upośledzonych umysłowo oraz osób z innymi zaburzeniami w komunikowaniu się. Ze względu na „efekt gabinetowy” w rehabilitacji mowy opracowany został program *Multimedialna rehabilitacja afazji. Część I – wersja dla pacjenta* do użytku domowego. Dzięki takiemu rozwiązaniu pacjent może kontynuować terapię samodzielnie w domu, przy niewielkiej kontroli ze strony osób najbliższych.

Autorka niniejszego artykułu, opisując powyżej wymienione programy komputerowe, które można wykorzystać w terapii logopedycznej, nie uczyniła tego w sposób wyczerpujący. Każdy program bowiem posiada wiele dodatkowych funkcji. W powyższym artykule zwrócono uwagę odbiorców jedynie na te cechy poszczególnych produktów, które są ważne z subiektywnego punktu widzenia. W celu poszerzenia wiedzy na temat opisanych programów multimedialnych więcej informacji można znaleźć w Internecie, a szczegółowe – u wymienionych producentów.

Zakończenie

Z własnych obserwacji prowadzonych podczas terapii logopedycznej dzieci w wieku szkolnym, pełnosprawnych oraz z niepełnosprawnością intelektualną, wynika, że zastosowanie komputera w terapii logopedycznej wzbudza ich fascynację, ciekawość i wywołuje pozytywne reakcje, umożliwiając bardziej skuteczne przyswajanie nowych umiejętności. Pracując z dziećmi, powinniśmy w pierwszej kolejności pamiętać jednak o tym, że nawiązanie pozytywnego kontaktu emocjonalnego jest najważniejszym elementem w procesie terapii. Jak wynika z powyższych rozważań, nauczanie, które pobudza jednocześnie obie półkule mózgu, jest najbardziej skuteczne. Treści językowe, których chcemy nauczyć dzieci, będą o wiele szybciej zapamiętane, jeśli uruchomimy również prawą półkulę mózgu związaną z emocjonalnością. Zajęcia sprawiające dziecku radość są o wiele bardziej efektywne niż prowadzone w atmosferze skupiającej uwagę nauczyciela jedynie na pobudzeniu

pamięci dziecka. Dlatego tak ważny jest warsztat pracy logopedy, który powinien być dla uczniów atrakcyjny, wzbudzać ich ciekawość, zainteresowanie itp. Niewątpliwie bardzo ważnym elementem wyposażenia jest stanowisko komputerowe i pomoce multimedialne. Obecne pokolenie uczniów jest z informatyzowane i należy to umiejętnie wykorzystać, tak aby korzyści wynikające z zastosowania techniki komputerowej w pracy z nimi przynosiło pozytywne wyniki. Logopeda powinien we współpracy z rodzicem nauczyć dziecko rozsądnego korzystania z dobrodziejstw, jakie niosą nowoczesne techniki. Z pewnością najważniejszą rolę w tym procesie odgrywają rodzice, którzy powinni czuwać nad rozwojem dzieci w czasie pozaszkolnym, dbając o rozsądne korzystanie przez nie z programów komputerowych. Powyższe rozważania oraz badania z zakresu psychologii poznawczej na temat wykorzystania w edukacji programów komputerowych świadczą o pozytywnych skutkach zastosowania techniki komputerowej w terapii logopedycznej. Zarówno funkcjonowanie naszego mózgu porównywane do działania komputera, jak również pozytywne emocje, jakie wywala u ucznia praca z wykorzystaniem programów multimedialnych, przemawiają za tym, aby narzędzie to włączyć do procesu edukacyjnego – w tym terapii logopedycznej. Oczywiście podczas tego typu ćwiczeń z dzieckiem obecny jest logopeda i nawet jeśli w chwili pracy z programem komputerowym dziecko nie ma z nim bezpośredniego kontaktu, to jest przez niego cały czas nadzorowane i ma świadomość jego obecności. Ponadto zajęcia z wykorzystaniem komputera to tylko część ćwiczeń, a komputer stanowi jedynie narzędzie do osiągnięcia zamierzonych przez logopedę celów. Niektórych z nich bez wykorzystania techniki komputerowej po prostu nie da się osiągnąć, np. przedłużonego czasu realizacji głoski w formie wizualnej. W terapii jest to zaplanowane działanie logopedy, który wykorzystuje programy multimedialne w opracowanym wcześniej procesie terapeutycznym.

Biorąc pod uwagę fakt, iż dzieci z wadami wymowy jest z roku na rok coraz więcej, podejmowane próby unowocześnienia terapii logopedycznej wydają się zasadne. Po zapoznaniu się z dostępnymi w sprzedaży programami multimedialnymi przeznaczonymi do diagnozy i terapii logopedycznej dzieci można wnioskować, że nie ma pomocy, która zawierałaby zdjęcia wymowy wszystkich głosek języka polskiego. Brakuje na polskim rynku pomocy logopedycznych, które uczą artykulacji wszystkich głosek oraz całych wyrazów, łącząc w sobie wszystkie rejestratory sensoryczne (wzrokowy, słuchowy, dotykowy), będące tym samym kanałami przyswajania nowych umiejętności wraz z przedłużonym czasem realizacji głoski przez program komputerowy. Ponadto nikt też nie stworzył pomocy, która zastąpiłaby systematyczną, a przede wszystkim bezpośrednią pracę logopedy, dziecka (pacjenta) i rodziców (opiekunów).

Niewątpliwie mądre korzystanie z dobrodziejstw nowoczesnej techniki niesie dla dzieci wymierne korzyści, o czym świadczą przedstawione powyżej badania oraz obserwacje z pracy własnej.

Bibliografia

- Abberton E., Howard D., Fourcin A. (1996), *Laryngograph assessment of normal voice: A tutorial*, „Clinical Linguistic and Fonetics”, 3, 243–259.
- Adams G.L. (1992), *Why Interactive?*, „Multimedia & Videodisc Monitor”, March.
- Bednarek J. (2005), *Podstawy kształcenia multimedialnego*, [w:] M. Tanaś (red.), *Technologia informacyjna w procesie dydaktycznym*, MIKOM, Warszawa.
- Bruner J. (1973), *Going Beyond the Information Given*, Norton, Nowy Jork.
- Greenfield P. (red.) (1994), *Effects of interactive entertainment technologies on development*, „Developmental Psychology” (Special Issue), 15(1).
- Gunia G., Lechta V. (2011), *Wprowadzenie do logopedii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Huk T. (2008), *Komputer w procesie kształtowania umiejętności kluczowych*, Difin, Warszawa.
- Jagodzińska M. (2008), *Psychologia pamięci – badania, teorie, zastosowania*, Wydawnictwo Helion, Gliwice.
- Komeński J.A. (1956), *Wielka dydaktyka*, PAN, Wrocław.
- Korzon A., Plutecka K. (2010), *Kształtowanie zintegrowane uczniów niesłyszących w teorii i praktyce edukacyjnej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Laszkowska J. (2005), *Rozwój technologii informacyjnej szansą dla osób niepełnosprawnych*, [w:] B. Siemieniecki (red.), *Komputer w pedagogice specjalnej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Lechowicz A. (2005), *Komputerowe wspomaganie procesu komunikacji niewerbalnej dzieci z wieloraką niepełnosprawnością*, WSiP, Warszawa.
- Lichota E.J. (2009), *Terapia wad wymowy*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Lubina E. (2005), *Klasyfikacja i charakterystyka programów edukacyjnych*, [w:] M. Tanaś (red.), *Technologia informacyjna w procesie dydaktycznym*, MIKOM, Warszawa.
- Nowicka E. (2012), *Media w najbliższym środowisku dziecka*, [w:] T. Lewowicki (red.), B. Siemieniecki, *Cyberprzestrzeń edukacyjna*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Okoń W. (1998), *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
- Petlák E., Zajacová J. (2010), *Rola mózgu w uczeniu się*, Petrus, Kraków.
- Piaget J. (1952), *The Origins of Intelligence in Children*, International Universities Press, Nowy Jork.
- Piotrowska R. (2011), *Edukacja informacyjna w polskiej szkole*, Wydawnictwo SBP, Warszawa.
- Sankowska A., Sondej M. (2005), *Technologia informacyjna w diagnozie i terapii pedagogicznej*, [w:] M. Tanaś (red.), *Technologia informacyjna w procesie dydaktycznym*, MIKOM, Warszawa.
- Schaffer R.H. (2009), *Psychologia dziecka*, PWN, Warszawa.
- Schachl H. (2005), *Was haben wir im Kopf? Die Grundlagen für gehirngerechtes Lehren und Lernen*, Veritas, Linz.
- Shaywitz S.E. (1997), *Dysleksja*, „Świat Nauki”, 1.
- Siemieniecki B. (red.) (2005), *Komputer w pedagogice specjalnej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Siemieniecki B. (2005), *Komputerowa diagnostyka i terapia pedagogiczna – uwagi wstępne*, [w:] B. Siemieniecki (red.), *Komputer w pedagogice specjalnej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.

- Sigler R.S. (1998), *Children's Thinking*, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Stachura A. (2012), *O systematyzacji treści kształcenia*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Surowaniec J. (1991), *Technika komputerowa w zapobieganiu trudności w nauce czytania i pisanie*, „Logopedia”, 18.
- Szady K., Domaradzka-Grochowalska Z. (2012), *Wspomaganie rozwoju języka i możliwości komunikacyjnych u dzieci z niepełnosprawnością sprzężoną*, [w:] K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Tallal P. (1998), *Language learning impairment: Integrating research and remediation*, „Scandinavian Journal of Psychology”, 39 (3).
- Tanaś M. (2005), *Dydaktyczny kontekst kształcenia na odległość*, [w:] M. Tanaś (red.), *Pedagogika @ środki informatyczne i media*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Vasta R., Haith M.M., Miller S.A. (2004), *Psychologia dziecka*, WSiP, Warszawa.
- Wawer R., Wawer M. (2013), *Trwałość wiedzy w procesie kształcenia*, Difin, Warszawa.
- Wobalis M. (1993), *Multimedia i edukacja*, „Polonistyka”, 3.
- Zielińska J. (2004), *Diagnoza i terapia sprawności ortofonicznej dzieci z uszkodzeniem słuchu wspomagane techniką komputerową*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Zielińska J. (2005), *Technologia informacyjna w diagnozie i teorii sprawności ortofonicznej dzieci z uszkodzeniem słuchu*, [w:] B. Siemieniecki (red.), *Komputer w pedagogice specjalnej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.

Computer technology in logopedics therapy – why is it worth using it in work with children with special educational needs

Abstract

The article is a deliberation on the topic of the use of computer technology in the process of education, especially in logopedic therapy. It includes both the conclusions of the observations from own work, with able and disabled children in the school age, and the opinions of many scientists together with some of the studies in the area conducted by them. It is also an attempt to answer the question on the justification of bigger engagement of children in classes which include multimedia aides. The explanation and justification of this process has been found in the area of cognitive psychology, where the human mind is being compared to the computer. It also includes a short description of the organization and functioning of a human brain, including inter alia attention, memory, which play a very important role in gathering new education content. Furthermore, the author pays attention to the decisive role of emotions in acquiring new knowledge which influence the reception of a sensation even before realizing it. The article also includes the elaboration on multimedia education which starts to take a high position in the technology of education and has theoretical reference to psychological concepts of knowledge and skill gathering. It includes the research on the use of computer technology and description of computer programs used in a logopedic therapy.

Keywords: logopedics, computer technology in logopedic therapy, multimedia aides, memory, attention, brain functioning, role of emotions in knowledge acquisition, concept of knowledge acquisition, multimedia education, studies of computer technology in education, computer technology in logopedic therapy.

Klaudia Piotrowska-Madej, Łukasz Rauch, Łukasz Madej

Wykorzystanie urządzenia Kinect w terapii dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną

Wstęp

Uczenie się i myślenie to procesy nie tylko mózgu, ale całego ciała. Ludzkie wartości kojarzone z umysłem nie mogą nigdy zaistnieć w oderwaniu od ciała. Ruch, w miarę jak staje się coraz bardziej skomplikowany, wyraża wiedzę i zwiększa możliwości poznawcze. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną rozwijają się jednak z opóźnieniem, ich rozwój jest nieharmonijny, a wiele funkcji typowych dla pełnosprawnego człowieka jest dla nich niedostępnych. Niektóre umiejętności można osiągnąć poprzez intensywne oddziaływania terapeutów za pomocą różnorodnych, atrakcyjnych metod. Część zaburzonych umiejętności można również poddawać korekcji lub kompensacji, ale proces ten jest bardzo długi i żmudny, a ćwiczenia niejednokrotnie nie przynoszą zamierzonych rezultatów. Dlatego niezmiernie ważne staje się poszukiwanie takich sposobów oddziaływania, które pozwoliłyby wspomagać wszystkie ważne procesy zmierzające do jak najpełniejszej samodzielności osoby niepełnosprawnej. Daje to możliwość wszechstronnego rozwoju osoby niepełnosprawnej, a co za tym idzie – zaspokojenia jej potrzeb.

Na opanowanie danej umiejętności wpływ ma również jakość dostarczanych bodźców i doświadczenia. Atrakcyjne metody wspomagające kształcenie przyspieszają proces uczenia się danej umiejętności.

Niezmiernie ważne jest również, aby wykorzystać jak najpełniej moment dużej plastyczności mózgu, a zatem największych możliwości rozwojowych dziecka, odpowiednio stymulując go różnymi metodami. W miarę doskonalenia umiejętności ruchowych rozwija się mowa dziecka, a także doskonałe procesy poznawcze. Możliwość nabywania umiejętności komunikowania się jest fundamentem do zaspokojenia wielu potrzeb. Zapewniają one równowagę psychofizyczną w późniejszym życiu każdego człowieka, szczególnie dziecka z niepełnosprawnością intelektualną.

Aby jak najefektywniej wspomagać rozwój dzieci, coraz większy nacisk kładzie się na wykorzystanie zdobyczy współczesnej nauki wprowadzającej zaawansowane technologie do codziennego życia. Przykładami mogą być tutaj technologie ekranów dotykowych, tablic multimedialnych czy też układy sprzężonych kamer

Na początku możliwe było tylko jego wykorzystywanie wraz z dostarczonym oprogramowaniem, np. grami przeznaczonymi do współpracy z tą technologią. Jednak w 2011 roku firma Microsoft ogłosiła oficjalne wydanie pakietu SDK (ang. Software Development Kit), czyli zestawu narzędzi dla programistów niezbędnego do tworzenia własnych aplikacji korzystających z danej biblioteki. To otworzyło możliwości wykorzystania tego urządzenia do innych celów niż tylko gry rozrywkowe poprzez opracowanie i zaimplementowanie własnych programów, np. wspomagających rozwój dzieci z różnym stopniem niepełnosprawności (<http://www.microsoft.com/en-us/kinectforwindowsdev/start.asp> (dostęp: 24.03.2014)).

W ramach niniejszej pracy przedstawiono dwa przykłady opracowanych przez autorów artykułu gier przeznaczonych dla dzieci niepełnosprawnych.

Programy te umożliwiają stymulację funkcji niezmiernie ważnych dla rozwoju dzieci, wśród nich do najważniejszych należy zaliczyć:

- analizę i syntezę wzrokową istotną w procesie opanowywania czytania,
- koordynację wzrokowo-ruchową niezbędną przy wykonywaniu większości czynności życiowych, a także umiejętności szkolnych takich jak pisanie i czytanie.

Ponadto poprzez opracowane programy rozwijana jest sprawność ruchowa, a szczególnie:

- motoryka duża,
- planowanie ruchu,
- sekwencja ruchu,
- naśladownictwo,
- reakcje równoważne,
- motoryka mała.

Dodatkowo urządzenie Kinect stymuluje także:

- spostrzeganie słuchowe niezbędne do opanowania języka, a zatem komunikowania się ze społeczeństwem,
- umiejętność przeprowadzania klasyfikacji, niezbędną do wielu czynności życia codziennego,
- myślenie przyczynowo-skutkowe potrzebne do codziennego funkcjonowania, oceniania każdej sytuacji, a także przewidywania skutków swojego postępowania,
- pamięć symultaniczną i sekwencyjną umożliwiającą opanowywanie nowych wiadomości, a zatem sprzyjającą rozwijaniu funkcji poznawczych,
- orientację przestrzenną umożliwiającą ocenę sytuacji i właściwe poruszanie się.

Aplikacje zostały napisane w języku C# z wykorzystaniem technologii WPF (ang. Windows Presentation Foundation) oraz następujących bibliotek programistycznych: Kinect for Windows SDK v1.7, Kinect for Windows Developer Toolkit v1.7, Microsoft Kinect Toolkit, Kinect WPF Viewers.

Podstawy teoretyczne wykorzystane do stworzenia zaproponowanych gier oraz przykładowe ilustracje opracowanych gier zaprezentowano poniżej.

Rozwój procesów poznawczych u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną

Poziom rozwoju procesów poznawczych, zarówno tych najbardziej złożonych, czyli mowy, myślenia, oraz podstawowych, czyli funkcji percepcyjno-motorycznych, pamięci, uwagi, jest o wiele niższy u osób z niepełnosprawnością intelektualną. Osoby te przechodzą te same stadia rozwojowe co ich pełnosprawni rówieśnicy, natomiast zdecydowanie wolniej oraz z towarzyszącymi trudnościami. W niepełnosprawności intelektualnej występują również zaburzenia związane z procesami myślenia (Pilecka 2004: 17).

W niepełnosprawności intelektualnej rozwój mowy i języka jest uwarunkowany ograniczeniami wynikającymi z zaburzenia w rozwoju, czynnikami współwystępującymi oraz środowiskiem, w jakim dziecko się wychowuje (Błęszyńska, Baczała 2012: 175).

Osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną mają uszkodzenia centralnego układu nerwowego. Mowa tych osób jest agramatyczna, bełkotliwa, niewyraźna, a słownictwo ubogie. U tych osób występują również trudności w przyswajaniu pojęć abstrakcyjnych, w rozumieniu stosunków logicznych, ich spostrzeganie jest wolne, nie zauważają szczegółów, błędnie ujmują powiązania i stosunki między przedmiotami (Wyczasany 1999: 38).

Oprócz usprawniania sposobów komunikowania się z innymi istotną sprawą dla funkcjonowania człowieka jest rozwijanie jego sprawności ruchowej. Obie te dziedziny są ze sobą ściśle związane i ich prawidłowy rozwój decyduje o jakości życia (Lechowicz 2005: 133).

Deficyty w rozwoju funkcji percepcyjno-motorycznych dotyczą zakłóceń w procesach związanych z analizą i syntezą wzrokową, słuchową oraz opóźnień w rozwoju motorycznym. Przejawiają trudności w zakresie koordynacji wzrokowo-ruchowej, wzrokowego rozpoznawania kształtów, orientacji kierunkowej, analizy i syntezy słuchowej, a także w zakresie lateralizacji. Braki te wiążą się często z zaburzeniami w koncentracji uwagi. Pamięć logiczna u osób z niepełnosprawnością intelektualną jest również zaburzona (Pilecka 2004: 18).

Znaczenie ruchu w życiu człowieka

Ruch jest naturalną potrzebą człowieka. Ujawnia się ona poprzez różne formy aktywności w życiu codziennym oraz w pracy zawodowej, jest on sposobem nawiązywania kontaktów i komunikowania się osoby z otoczeniem (Bogdanowicz, Kisiel, Przasnyska 1997: 7).

Nie zawsze zdajemy sobie sprawę z tego, jak ważny jest ruch i jego rola w przyrodzie. Ruch towarzyszy człowiekowi przez całe życie, ujawniając się w różnych formach jego aktywności. Może mieć charakter „użytkowy”, związany z życiem codziennym i zaspokajaniem różnych potrzeb człowieka, „profesjonalny”, wykonywany w danym zawodzie, „ekspresyjny”, za pomocą którego człowiek wyraża emocje, jak też taki, który służy nawiązywaniu kontaktów i komunikowaniu się z otoczeniem (Bogdanowicz, Kisiel, Przasnyska 1997: 7).

Nabycie sprawności motorycznych jest podstawową cechą rozwoju człowieka w okresie niemowlęcym. To dzięki nim człowiek osiąga kompetencje i samokontrolę. Są one rozwijane przez całe dzieciństwo, kiedy to pełnią ważną rolę w innych aspektach rozwoju.

Rozwój motoryczny można podzielić na dwie kategorie:

- lokomocję i rozwój postawy, dotyczące kontroli nad tułowiem, i koordynację ruchów rąk i nóg,
- manipulację, czyli zdolność używania rąk jako narzędzi służących do budowania, jedzenia, poznawania (Vasta, Haith, Miller 2001: 184).

Bieganie, skakanie, wspinanie się i taniec oraz wszelkiego rodzaju aktywne gry są bardzo ważne dla rozwoju małych dzieci. Nawet dzieci, które mają ograniczoną mobilność wynikającą z niepełnosprawności, warto angażować w te zabawy, ponieważ niezmiernie chętnie w nich uczestniczą. Oczywiście, dzieci nie tylko podczas tych gier mogą wzmocnić mięśnie i poprawić koordynację. Każda gra i aktywność fizyczna jest szansą, aby zapoznać się z jej zasadami, uczestniczyć we wspólnych zajęciach i cieszyć się ze wspólnych osiągnięć. Dla wszystkich tych powodów działania motoryczne są kluczowym elementem od wczesnego dzieciństwa (Callender 2007: 2).

Prawidłowy rozwój ruchowy

Wszyscy rodzice pragną, aby ich dzieci były zdrowe, dobrze się rozwijały i miały szczęśliwe i pełne sukcesów życie. Znaczna większość dzieci rodzi się zdrowych i mogą realizować w pełni swój plan genetyczny. Tylko u kilku procent pojawiają się problemy rozwojowe lub występują wady wrodzone. Zaburzenia rozwojowe mogą być zarówno ujawnione podczas życia prenatalnego, rozpoznane bezpośrednio po urodzeniu dziecka lub w późniejszym rozwoju. We wszystkich przypadkach ważne jest zapewnienie odpowiedniej opieki i pomocy od najwcześniejszego okresu życia, aby dzieci mogły w pełni wykorzystać swoje możliwości (Borkowska 2012a: 9).

Ruch w życiu człowieka jest czynnikiem sprawczym wielu czynności życiowych od poziomu przemian w najmniejszych strukturach budowy organizmów, czyli komórkach. Dziecko po urodzeniu dzięki ruchom ciała wyzwalanym na drodze odruchowej może podjąć najważniejsze czynności życiowe pozwalające na przetrwanie, czyli oddychanie, ssanie, połykanie, a następnie poprzez rozwijające się ruchy dowolne uczyć się wykonywać skomplikowane i potrzebne w życiu czynności ruchowe (Borkowska 2012a: 29).

Rozwój ruchowy dziecka jest uwarunkowany genetycznie, ale następuje w środowisku, w którym dziecko przebywa. Jest zależny od harmonijnych zmian w sferze:

- lokomocji,
- koordynacji wzrokowo-ruchowej,
- mowy,
- rozwoju poznawczego i kontaktów społecznych.

Rozwój lokomocji polega na stopniowym uczeniu się coraz bardziej złożonych czynności ruchowych oraz umiejętności pokonywania siły ciężenia i rozwoju

ruchów celowych. Rozwój dzieci pełnosprawnych nie jest jednakowy, następuje jednak zgodnie z tzw. prawami rozwojowymi:

- prawem odgłowym (cefalokaudalne), czyli osiąganiem sprawności poszczególnych części ciała od głowy do bardziej oddalonych części ciała,
- prawem odśrodkowym (proksymalno-dystalnym), czyli postępującym od głównej osi ciała na zewnątrz.

W rozwoju ruchowym duże znaczenie ma kształtowanie się czucia własnego ciała i jego ruchów w przestrzeni, które rozwija się również stopniowo (Borkowska 2012b: 94).

Rozwój fizyczny jako proces zmian somatycznych i funkcjonalnych w organizmie jest punktem wyjścia dla rozwoju motoryki. Rozwój ruchowy zależy więc od rozwoju układu kostnego, mięśniowego, układów związanych z przemianą materii i wydzielaniem wewnętrznym, przede wszystkim od układu nerwowego, który koordynuje działalność wszystkich układów i steruje funkcjami organizmu.

Neurofizjologicznym podłożem motoryki jest analizator kinestetyczno-ruchowy. W jego skład wchodzi część czuciowa (analizator skórno-kinestetyczny) i część ruchowa. Analizator skórno-kinestetyczny odbiera informacje z powierzchni skóry, a także od poruszających się części ciała, kończyn, narządów mowy. Zbudowany jest z: receptora (odbiór bodźców), drogi dośrodkowej (włókna nerwowe przewodzące impulsy do kory mózgowej) i ośrodka korowego, do którego docierają impulsy z obwodu, gdzie są opracowywane. Impulsy nerwowe dochodzą bezpośrednio do pól pierwszorzędowych tego ośrodka.

Ośrodek korowy zawiera także pola drugorzędowe, w których dokonuje się analiza i synteza odebranych bodźców skórnych i kinestetycznych. Dlatego też możliwe jest spostrzeganie dotykiem przedmiotów, ocena ich położenia w przestrzeni, różnicowanie ciężaru, a także kontrolowanie czynności ruchowych. Złożone ruchy dowolne wymagają wykonywania kolejnych elementów ciągu ruchów prostych swobodnie występujących po sobie. Po zautomatyzowaniu ciągu ruchów dowolnych powstaje tzw. stereotyp ruchowy. Warunkiem jego ukształtowania jest prawidłowe współdziałanie okolic korowych: czuciowej (związanej z analizatorem skórno-kinestetycznym) i ruchowej.

Prawidłowe funkcjonowanie analizatora kinestetyczno-ruchowego, szczególnie jego części zlokalizowanych w korze mózgowej, oraz stymulujące oddziaływanie środowiska to warunki prawidłowego rozwoju motorycznego dziecka (Bogdanowicz 1985: 48).

Zdolność do lokomocji zawdzięcza się istnieniu wrodzonego „programu” ruchowego, ale także odpowiedniej budowie narządu ruchu, kościom, stawom, mięśniom oraz możliwości sterowania nimi za pośrednictwem układu nerwowego. Układ nerwowy posiada zdolność reagowania pobudzeniem na odbierane bodźce i przekazywania do ośrodków nerwowych. W ośrodkach, które znajdują się na różnych poziomach układu nerwowego, następuje przekazanie pobudzenia i przesłanie go włóknami nerwowymi do poszczególnych mięśni, których skurcz warunkuje odpowiedź ruchową. Pobudzenie w niższych partiach ośrodkowego układu nerwowego

(o.u.n.) wyzwała ruch w drodze odruchowej, natomiast powstałe w okolicy ruchowej kory mózgowej, na skutek zamierzonej i świadomej intencji ruchowej, stwarza możliwości wykonania ruchu dowolnego. Dzięki świadomemu planowaniu ruchu w mózgu i pobudzeniu struktur regulujących wykonanie ruchu dowolnego, wytworzony impuls przekazywany jest drogą nerwową do mięśni, a mózg kontroluje go i ewentualnie koryguje (Borkowska 2012a: 29).

Rozwój ruchowy dzieci z niepełnosprawnością intelektualną

Rozwój ruchowy dzieci z niepełnosprawnością intelektualną ma taki sam przebieg jak rozwój dzieci pełnosprawnych. Poszczególne etapy zostają najprawdopodobniej zakłócone przez te same czynniki, które spowodowały wystąpienie niepełnosprawności intelektualnej. Rozwój ruchowy jest jednym z aspektów rozwoju fizycznego dziecka, wraz z rośnięciem, różnicowaniem się i dojrzewaniem jego narządów i układów pojawiają się nowe ruchy, które organizują się w coraz to bardziej złożone i celowe zachowania. Z kolei aktywność ruchowa, w którą zaangażowane są niemal wszystkie narządy i układy organizmu człowieka, doskonali ich funkcje, specjalizację i koordynację (Pilecka 2004: 15).

Rozwój nieprawidłowy może być spowodowany wieloma czynnikami. Często jest kontynuacją nieprawidłowości występujących w czasie ciąży, ale może również wynikać ze stanów związanych z problemami okresu okołoporodowego, noworodkowego oraz niemowlęcego lub późniejszych (Borkowska 2012b: 104).

W zaburzonym rozwoju ruchowym, spowodowanym wcześniej powstającymi dysfunkcjami o.u.n. nieprawidłowości występują już w pierwszych miesiącach życia, choć często są trudne do zaobserwowania. Do najwcześniejszych i najczęstszych czynników mogących świadczyć o niewłaściwym rozwoju można zaliczyć:

- brak aktywnej, antygravitacyjnej pracy mięśni zginaczy szyi i brzucha oraz związane z tym opóźnienie w osiągnięciu kontroli głowy. Wyraźny jest również brak jej podnoszenia przy podciąganiu do siadu,
- tendencja do odchyłania głowy oraz unoszenia barków,
- utrudnione wysuwanie do przodu kończyn górnych i łączenie rąk nad klatką piersiową,
- zwiększone napięcie warg i języka, które utrudnia czynność ssania,
- asymetryczne ułożenie szyi, tułowia i kończyn utrzymujące się po drugim miesiącu życia.

Te początkowe nieprawidłowości nasilają się wraz z wiekiem dziecka, zaburzając jego rozwój (Borkowska 2012b: 106).

Badania przeprowadzone w Polsce nad rozwojem ruchowym dzieci z niepełnosprawnością ruchową obejmują:

- uzdolnienia ruchowe,
- sprawność fizyczną,
- cechy motoryczne.

Badania te wykazały, że 75% dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w wieku od 11–12 lat charakteryzuje opóźnienie w rozwoju uzdolnień ruchowych,

szczególnie dotyczy to precyzji i szybkości ruchów oraz umiejętności jednocześnie ich wykonania. Opóźnienia dotyczą także lateralizacji. Zdecydowana większość badanych nie posiadała wyraźnej dominacji kończyn. Proces ten został zakończony u połowy badanych w ostatnich latach szkolnych. Charakteryzują się niską sprawnością fizyczną, tj. siłą, szybkością, mocą i wytrzymałością. Warto również podkreślić, iż istnieje ścisła zależność pomiędzy inteligencją a sprawnością fizyczną. Sprawność fizyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną jest dużo niższa od sprawności osób pełnosprawnych pomimo istnienia dużych prawdopodobieństw cech motorycznych u obu tych grup (Pilecka 2004: 16).

W przypadkach uszkodzenia o.u.n. zaburzone jest kontrolowanie i planowanie wykonywanych ruchów, natomiast przy uszkodzeniu obwodowego układu nerwowego, nieprawidłowej budowie lub schorzeniach mięśni, ścięgien i kości odpowiedzi będą nieprawidłowe, gdyż brakuje jest możliwości zrealizowania zaplanowanego w mózgu ruchu. W obu przypadkach występuje również zaburzone napięcie mięśni oraz jego regulacji, co powoduje, że żadna reakcja nie jest prawidłowo wykonana (Borkowska 2012a: 30).

Dysfunkcje o.u.n. powodują zaburzenia mechanizmu antygravitacyjnego, którego głównym przejawem jest obniżenie podstawowego napięcia posturalnego. Zaburzenia napięcia mięśniowego, mają różne natężenie, ale zawsze utrudniają proces rozwojowy. Powoduje to ograniczenia dotyczące gromadzenia doświadczeń, czyli aktywności, dlatego organizm próbuje tworzyć kolejne umiejętności w oparciu o zastępcze mechanizmy, zwane kompensacyjnymi (Matyja, Gogola 2011: 13).

Strategie postępowania terapeutycznego

W pierwszych latach życia układ nerwowy człowieka jest najbardziej plastyczny, zarówno ten prawidłowo funkcjonujący, jak i ten uszkodzony, łatwiej zatem poddaje się stymulacji. Wraz z upływem czasu zjawisko jest mniej intensywne, choć nadal trwa. Dlatego też niezmiernie ważne jest stymulowanie mózgu przez całe życie i wykorzystanie zjawiska plastyczności dla rozwoju (Borkowska 2012c: 10).

W początkowych latach życia każdego człowieka rozwój układu nerwowego, który steruje wszystkimi czynnościami i zachowaniem organizmu, jest najszybszy. Pod wpływem różnorodnych bodźców z otoczenia uaktywniają się połączenia nerwowe, które następnie się rozbudowują. Na jakość tych połączeń, która jest istotna w dalszym rozwoju, wpływa odpowiednia stymulacja rozwoju dziecka od samego urodzenia (Borkowska 2012c: 9).

Doskonalenie sprawności motorycznej u osób niepełnosprawnych intelektualnie jest niezmiernie ważne, aby osiągnęły one siłę, wytrzymałość, zwinność, precyzję czy koordynację ruchów. Celem tych zajęć jest doskonalenie sprawności fizycznej, cech motorycznych oraz procesów lateralizacji.

Stymulacja rozwoju fizycznego i ruchowego sprzyja zaspokojeniu bardzo ważnych dla prawidłowego przebiegu rozwoju potrzeb – bezpieczeństwa i samo-realizacji. Ponadto aktywność ruchowa stanowi obszar, w którym dziecko niepełnosprawne intelektualnie może osiągnąć sukces, a tym samym przeżywać radość,

odkryć swoje zdolności. Osiągnięcia te pozwolą kształtować prawidłowy stosunek do własnej osoby, wyrażający się w adekwatnej samoocenie i pozytywnym obrazie samego siebie. Sprawność fizyczna i ruchowa to jeden z najważniejszych czynników wyzwalających akceptację i przychylność otoczenia do dzieci z niepełnosprawnością intelektualną (Pilecka 2004: 16).

Potrzeba ruchu u małych dzieci jest zaspokajania zwłaszcza poprzez różnorodne gry i ćwiczenia, a także zabawy. Aktywność ruchowa doskonali wszystkie cechy motoryki, czyli siłę, zręczność, wytrzymałość, które są bardzo potrzebne w codziennym życiu (Trzeźniowski 1995: 17). Zabawy te muszą jednak zostać tak dostosowane do możliwości dziecka, aby zaspokajały naturalną potrzebę ruchu, rozwijały sprawność fizyczną, uczyły i bawiły (Pilecka 2004: 34).

Jak twierdzi Gniewkowski, zabawy ruchowe wpływają korzystnie również na rozwój umysłowy, kształtowanie woli i charakteru. Dzięki aktywności ruchowej dziecko może przejawiać inicjatywę, indywidualność, samodzielność. Zabawy i gry ruchowe dostarczają dzieciom wielu wrażeń i wiadomości o otoczeniu. Mają duży wpływ na samodzielność, śmiałość, zdyscyplinowanie oraz rozwój społeczny. Dzięki nim dzieci działają w zespole, podporządkowują się zasadom i regułom (Pilecka 2004: 35).

U osób z niepełnosprawnością intelektualną obserwuje się zaburzenia funkcjonowania w zakresie rozwoju ruchowego, który jest wspierany przez wielu specjalistów, m.in. z zakresu fizjoterapii, gimnastyki korekcyjnej. Biorąc pod uwagę zdania powyższych autorów, zasadne jest wykorzystywanie w terapii różnych ćwiczeń, które stymulowałyby te tak ważne dla rozwoju sprawności. Wykorzystywanie takich urządzeń, pomocy, sprzętów, które pozwalają ćwiczyć motorykę, jest niezmiernie ważne podczas każdych zajęć. Dlatego też programy opracowane z wykorzystaniem nowoczesnych urządzeń takich jak Kinect mają zasadnicze znaczenie w terapii tych osób. Dodatkowo nowe technologie stają się bardzo atrakcyjnym środkiem dydaktycznym, motywującym osoby niepełnosprawne do wykonywania ćwiczeń.

Motoryka mała i zaburzenia jej rozwoju

Rozwój małej motoryki jest ściśle związany z rozwojem ogólnym i od niego zależnym.

Umiejętności motoryczne kończyn górnych zależą od wielu czynników, m.in. od:

- możliwości wykonania izolowanych ruchów przedramienia: supinacja i pronacja,
- ruchomości nadgarstka: wyprost i zgięcie, przywiedzenie i odwiedzenie,
- pełnej ruchomości kciuka, czyli zdolności przeciwstawiania kciuka pozostałym palcom,
- kontroli łuków śródreżca,
- dysocjacji palców, czyli niezależnej pracy każdego palca,
- możliwości intelektualnych i motywacji,
- umiejętności planowania ruchu,
- koordynacji wzrokowo-ruchowej.

Przyczyny nieprawidłowości w rozwoju małej motoryki związane są z:

- nieprawidłowościami centralnego układu nerwowego,
- zaburzeniami sensorycznymi,
- opóźnieniem rozwoju poznawczego,
- nieprawidłowościami w budowie układu kostnego lub mięśniowego,
- urazami.

Objawy zakłócenia motoryki małej są następujące:

- opóźnienie rozwoju prakcji,
- niewielkie możliwości w zakresie opanowania ruchów związane z nadmiernym lub za małym napięciem mięśni,
- brak koordynacji ruchów palców, dłoni i przedramienia,
- zakłócenia koordynacji wzrokowo-ruchowej przy czynnościach wykonywanych pod kontrolą wzroku,
- szybkość ruchów rąk niedostosowana do zadania,
- niechętnie podejmowanie czynności manualnych (Grzeszczuk 2003: 1).

Motoryka mała to sprawność ruchowa rąk w zakresie szybkości ruchów, ich precyzji, przejawia się jako czynności manualne niezbędne podczas samoobsługi, rysowania, pisania oraz wielu innych czynności wykonywanych każdego dnia.

Celem ćwiczeń z zakresu motoryki małej jest doskonalenie czynności ruchowych u dzieci, nabywanie przez nie zręczności, wyrabianie szybkości, zwinności oraz wytrzymałości.

Podstawowymi umiejętnościami rozwijanymi w trakcie doskonalenia motoryki małej są:

- kontrolowane ruchy rąk i palców,
- chwytanie przedmiotów jedną ręką,
- manipulowanie przedmiotem,
- koordynacja podczas używania obu rąk.

W przypadku zaburzenia rozwoju motoryki małej konieczne są oddziaływania korekcyjne stymulujące rozwój i korygujące zaburzenia. Rozwój motoryki małej jest ściśle związany z rozwojem umiejętności samoobsługi, rysowania, pisania oraz artykulacji (Grzeszczuk 2003: 1).

Istnieje wiele przykładów ćwiczeń, które rozwijają motorykę małą, większość z nich jest wykonywanych każdego dnia w codziennych sytuacjach. Jeśli dziecko przejawia trudności w tym zakresie, należy zwiększyć ich intensywność oraz zakres, np.:

- kreślenie linii poziomych i pionowych „po śladzie” i samodzielnie,
- wyjmowanie, wkładanie, zbieranie drobnych elementów dwoma palcami: kciukiem i wskazującym,
- malowanie farbami dużych kształtów, malowanie jednocześnie obydwoma rękami.

Ćwiczenia stymulujące motorykę małą mogą mieć postać różnorodnych programów, które są przygotowane jako gry komputerowe z wykorzystaniem urządzenia Kinect.

Wnioski

Odpowiednio przygotowany komputer dostosowany do indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej można wykorzystać jako środek terapeutyczny, który może znacząco wesprzeć niemal każdą terapię, mającą na celu dobro, wsparcie i harmonijny rozwój osoby niepełnosprawnej (Zielińska 2012: 391).

Programy multimedialne współpracujące z dynamicznie rozwijającą się technologią Kinect pozwalają na urozmaicenie codziennych niezwykle trudnych, intensywnych i częstych ćwiczeń, których celem jest wszechstronne rozwijanie każdego dziecka, szczególnie tego z niepełnosprawnością intelektualną. Ich wykorzystanie w terapii wzbogaca znacząco proponowane dziecku pomoce dydaktyczne. Gry te stymulują wiele niezbędnych w codziennym życiu funkcji, dzięki czemu niepełnosprawne dziecko osiąga bardzo ważne umiejętności. Wśród najważniejszych funkcji, które są stymulowane przez każdą grę z wykorzystaniem technologii Kinect, należy wymienić analizę i syntezę wzrokową oraz koordynację wzrokowo-ruchową. Poprzez wykonywanie różnorodnych ruchów podczas gier w sposób naturalny i bez wysiłku, towarzyszącego tradycyjnym ćwiczeniom ruchowym, rozwijana jest sprawność motoryczna, tak ważna dla każdego człowieka, zarówno pełnosprawnego, jak i tego z niepełnosprawnością. Użycie nowoczesnych rozwiązań jak Kinect przyczynia się do szybkiego i łatwego zdobywania nowych, nawet bardzo trudnych umiejętności, ponieważ urządzenia te powodują bardzo dużą motywację do działania, a tym samym uczenia się. Przedstawione w artykule gry z wykorzystaniem technologii Kinect dostosowane są do możliwości psychofizycznych dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, zapewniając osiągnięcie im sukcesu. Pozytywne wyniki znacząco wpływają na dalszy rozwój człowieka z niepełnosprawnością, a przede wszystkim na kształtowanie jego własnej samooceny i poczucia wartości. Dzieci i młodzież niepełnosprawna bardzo chętnie korzystają z tego typu rozwiązań, dlatego tak ważne jest by w codziennej praktyce terapeutycznej wykorzystywać nowoczesne technologie takie jak Kinect. Autorzy artykułu, biorąc pod uwagę korzyści z zastosowania wspomnianej technologii oraz zainteresowanie i zaangażowanie uczniów w proces terapii z ich użyciem, postanowili stworzyć kolejne gry, które będą wspierać ćwiczenia z zakresu czytania i pisanie, liczenia oraz rozpoznawania figur geometrycznych.

Bibliografia

- Błęszyński J.J., Błężyńska L., Baczała D. (2012), *Niepełnosprawność intelektualna jako zaburzenie ujawniające się w okresie rozwoju*, [w:] J.J. Błęszyński, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Harmonia Universalis, Gdańsk, 153–185.
- Bogdanowicz M. (1985), *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, WSiP, Warszawa.
- Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M. (1997), *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, WSiP, Warszawa.
- Borkowska M. (2012a), *Działania usprawniające. Ruch. Funkcja ruchowa*, [w:] M. Borkowska (red.), *Dziecko z niepełnosprawnością ruchową*, PZWL, Warszawa, 29–31.

- Borkowska M. (2012b), *Rozwój ruchowy*, [w:] M. Borkowska (red.), *Dziecko z niepełno-sprawnością ruchową*, PZWL, Warszawa, 93–108.
- Borkowska M. (2012c), *Wstęp*, [w:] M. Borkowska (red.), *Dziecko z niepełnosprawnością ruchową*, PZWL, Warszawa, 9–13.
- Callender S.A. (2007), *Gross and Fine Motor Activities For Early Childhood*, Mississippi State University Early Childhood Institute Mississippi State, Mississippi.
- Cieszyńska J., Korendo M. (2007), *Wczesna interwencja terapeutyczna*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.
- Grzeszczuk G. (2003), *Zaburzenia związane z motoryką małą*, Publikacja nr 622/2003/2004, <http://www publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=622> (dostęp: 30.10.2013).
- Kinect, <http://www.microsoft.com/en-us/kinectforwindowsdev/start.aspx> (dostęp: 24.03.2014).
- Lechowicz A. (2005), *Komputerowe wspomaganie procesu komunikacji niewerbalnej dzieci z wieloraką niepełnosprawnością*, WSiP, Warszawa.
- Łakomy D., Trojańska M. (2004), *Doskonalenie harmonii, gracji i precyzji ruchów poprzez zabawy ruchowe i ćwiczenia*, [w:] W. Pilecka, J. Pilecki (red.), *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, 35–66.
- Matyja M., Gogola A. (2011), *Edukacja sensomotoryczna niemowląt*, Śląska Księgarnia Kultury Fizycznej SKKF Kubik, Katowice.
- Olszewski S. (2004), *Zabawy i zajęcia stymulujące rozwój procesów poznawczych. Zabawy i gry rozwijające funkcje percepcyjne i wyobraźnię*, [w:] W. Pilecka, J. Pilecki (red.), *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, 102–130.
- Pilecka W. (2004), *Psychoruchowy rozwój dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, [w:] W. Pilecka, J. Pilecki (red.), *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, 9–34.
- Trześniowski R. (1995), *Zabawy i gry ruchowe*, WSiP, Warszawa.
- Wyczesany J. (1999), *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Impuls, Kraków.
- Vasta R., Haith M.M., Miller S.A. (2001), *Rozwój fizyczny: narodziny, rozwój sprawności i wzrost organizmu*, [w:] R. Vasta, M.M. Haith, S.A. Miller (red.), *Psychologia dziecka*, WSiP, Warszawa, 163–207.
- Zielińska J. (2012), *Wykorzystanie komputera w terapii osób niepełnosprawnych: teoria a praktyka*, [w:] Z. Palak, D. Chomicz, A. Pawlak (red.), *Wielość obszarów we współczesnej pedagogice specjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 391–401.

Using the Kinect device in a therapy of children and adolescents with mental disabilities

Abstract

The aim of the article is to develop multimedia programs cooperating with a dynamically developing Kinect technology in order to support the development of children with mental and motoric disability. The article describes the Kinect device, its basic destination and potential possibilities of other uses. The second chapter presents the development of cognitive processes in children with mental disability, followed by the general features of motoric development – correct and disturbed. Chapters 4 and 5 present the development

of fine motorics and visual perception as well as their disorders. The next chapter presents, on the basis of these information, a group of games prepared for mentally disabled children with the use of Kinect device. The developed programs allow for the diversification of daily, extremely difficult, intense, and frequent exercises, the aim of which is a comprehensive development of children.

Keywords: Kinect, mental disability, motoric development, cognitive processes development, therapy

Marta Deńca

Znaczenie języka migowego w rozwoju dzieci z wadą słuchu

Wprowadzenie

Trudno wyobrazić sobie życie człowieka bez możliwości komunikowania się z otoczeniem społecznym. Jest to jedna z naszych najważniejszych potrzeb. Jej realizacja zapewnia każdemu prawidłowy rozwój poznawczy, emocjonalny i społeczny. Komunikowanie się jest również jedną z form działalności człowieka. Dzięki tej zdolności może on stać się członkiem społeczeństwa, rodziny oraz uczestnikiem kultury.

Komunikacja jest procesem, w którym konieczne są trzy podstawowe elementy: nadawca i odbiorca, wymieniający między sobą informacje, oraz kod, czyli sposób przekazu informacji, który musi być znany obu stronom interakcji.

Komunikacja międzyludzka pełni różnorodne funkcje. Dzięki niej ludzie otrzymują i przekazują informacje, wpływają na zachowania innych osób, motywują ich do podejmowania określonych czynności. Komunikowanie się daje nam możliwość poznania myśli i uczuć innych osób, a także wyrażenia siebie i swoich uczuć, postaw, sądów i opinii.

Komunikacja pełni szczególną rolę w życiu osób niepełnosprawnych. Wynika to z jednej strony z ich ograniczenia lub niezdolności do podejmowania aktów komunikacyjnych, a z drugiej – ze zdolności i gotowości do komunikacji osób z ich najbliższego otoczenia. Stwarzanie osobom niepełnosprawnym warunków do prawidłowego rozwoju wymaga poszukiwania skutecznych sposobów umożliwiających im porozumiewanie się z innymi ludźmi, współdziałanie z nimi, a także wyrażanie samych siebie, a zwłaszcza swoich potrzeb. Istotne znaczenie odgrywa w tym zakresie stymulacja osób niepełnosprawnych do komunikacji z wykorzystaniem każdego dostępnego im kanału przekazu informacji.

Komunikacja niewerbalna

Przyjmując sposób przekazu informacji jako kryterium klasyfikacji, wyróżnia się komunikację werbalną, wykorzystującą słowo, oraz komunikację niewerbalną, posługującą się formami bezsłownymi.

Obecnie wiele uwagi poświęca się zachowaniom niewerbalnym, przypisując im istotną rolę w procesie porozumiewania się międzyludzkiego. Badania wykazują, że tylko 7% informacji przekazywanych jest za pomocą słów, a 55% wypowiedzi – poprzez środki niewerbalne. Pozostałe 38% to elementy prąjęzykowe (Kościółek 2007: 15). Niezależnie od tych danych należy podkreślić, że obydwa rodzaje komunikacji uzupełniają się, są składnikami jednego i tego samego procesu porozumiewania się. M.L. Knapp i J.A. Hall (1997: 24) stwierdzają, że niemożliwe jest rozdzielanie zachowań werbalnych i niewerbalnych. Z jednej strony nie da się odbierać mowy bez uwzględnienia towarzyszących jej elementów niewerbalnych, z drugiej – nie można interpretować komunikatów niewerbalnych w oderwaniu od kontekstu werbalnego.

Do składników komunikacji niewerbalnej zalicza się:

- gestykulację, czyli ruchy rąk, dłoni, palców, nóg, stóp, głowy i całego ciała,
- mimikę twarzy,
- wygląd fizyczny,
- dotyk i kontakt fizyczny,
- kontakt wzrokowy,
- postawę ciała,
- zachowania wokalne,
- pozalingwistyczne aspekty mowy, w skład których wchodzi między innymi ton głosu, tempo mówienia, przerwy w wypowiedzi, powtórzenia i pomyłki językowe,
- dystans fizyczny między rozmówcami,
- organizację środowiska zewnętrznego, w której znaczącą rolę odgrywają styl architektoniczny, wystrój wnętrza, umeblowanie, oświetlenie, kolorystyka, temperatura (Kościółek 2007: 16; Knapp, Hall 1997: 27–31).

Zachowania niewerbalne mają wpływ na przebieg procesu komunikacji, jego dynamikę i skuteczność. Podstawową funkcją komunikacji niewerbalnej jest przekazywanie informacji. Dzięki niej możemy prezentować swoje cechy zewnętrzne i wewnętrzne, przedstawiać własne poglądy i postawy, wyrażać emocje. Komunikacja niewerbalna umożliwia nam wywieranie wpływu na naszych rozmówców i regulację przebiegu rozmowy. Ponadto pełni rolę służebną wobec komunikatów werbalnych, szczególnie poprzez:

- powtarzanie tego, co zostało wypowiedziane słowami,
- uwiarygodnienie wypowiedzi słownej lub wskazanie w niej sprzeczności,
- modyfikowanie lub uzupełnianie treści komunikatu werbalnego,
- zastępowanie komunikatów werbalnych,
- wzmacnianie lub łagodzenie treści wyrażonej słowami,
- regulowanie zachowań werbalnych własnych i uczestników rozmowy (Janda-Dębek 2005: 26; Knapp, Hall 1997: 32–43).

Gesty jako składnik komunikacji niewerbalnej

Gestami nazywamy ruchy ciała lub jego poszczególnych części wykorzystywane w komunikacji interpersonalnej, mające na celu wyrażenie myśli, intencji czy

uczuć. Zaliczamy do nich ruchy rąk, dłoni, a także części twarzy lub głowy. Ich zadaniem jest zastępowanie mowy w sytuacjach, które tego wymagają (np. gdy rozmówcy nie mogą czy nie potrafią posługiwać się językiem mówionym, co może mieć miejsce w przypadku osób niepełnosprawnych) oraz regulowanie przebiegu interakcji, zwracanie uwagi odbiorcy, akcentowanie określonych informacji słownych, uzupełnianie i wyjaśnianie przekazu werbalnego, utrwalanie przekazywanych treści i antycypowanie nadchodzących informacji (Knapp, Hall 1997: 315–317).

Badacze zajmujący się komunikacją niewerbalną dokonali wielu klasyfikacji gestów, stosując różnorodne kryteria. Podstawowy jest podział biorący pod uwagę związek pomiędzy gestem a przekazem słownym, na gesty niezależne i zależne od mowy. Gesty niezależne od mowy (emblematy, gesty autonomiczne) mają bezpośrednie znaczenie słowne lub definicję w postaci słowa. Są one samodzielne, mogą zastępować lub uzupełniać wypowiedź werbalną. Przykładem systemu gestów niezależnych od mowy są języki migowe. Z kolei gesty zależne od mowy (gesty ilustracyjne) są ściśle związane z wypowiedzianymi słowami. Opisują i wzbogacają treść komunikatów werbalnych. Należą do nich gesty dotyczące przedmiotu wypowiedzi, wyrażające stosunki panujące między nadawcą a przedmiotem wypowiedzi, kontrolujące przebieg interakcji poprzez wizualizację znaków przestankowych, organizujące przebieg interakcji między nadawcą a odbiorcą. Do grupy zależnych od mowy można zaliczyć gesty:

- deiktyczne, które wskazują konkretne osoby lub przedmioty bądź elementy abstrakcyjne,
- ikoniczne, wskazujące na bezpośrednie podobieństwo do omawianego pojęcia,
- metaforyczne, opisujące pojęcia abstrakcyjne,
- batutowe (intonacyjne), które podnoszą wyrazistość wypowiedzi poprzez intonację, pauzy i akcent,
- kohezywne (spójnościowe), łączące ze sobą oddzielone czasowo części wypowiedzi (Knapp, Hall 1997: 317–339).

W najbardziej popularnej klasyfikacji gestów za kryterium przyjmuje się funkcje gestykulacji, wyróżniając:

- emblematy, czyli gesty niezależne od mowy,
- ilustratory, czyli gesty zależne od mowy,
- wskaźniki emocji (gesty afektywne), wyrażające emocje i uczucia,
- regulatory konwersacyjne (gesty interakcyjne), opisujące reguły i organizację przebiegu procesu porozumiewania się,
- adaptatory, pozwalające osiągnąć optymalną pozycję ciała podczas rozmowy (Ekman, Friesen 1969 za: Lasota 2010: 14).

Gesty jako forma komunikacji we wczesnym dzieciństwie

Gestykulacja jest najczęściej spotykanym i najprostszym sposobem porozumiewania się występującym u małych dzieci. Najczęściej obserwowane gesty to: odwracanie głowy, wyciąganie rąk do góry, kręcenie się, ruchy przyjmowania i dawania.

Dziecko zaczyna używać gestów do komunikowania się z osobami z najbliższego otoczenia w ósmym–dziesiątym miesiącu życia. W tym okresie wykorzystuje je głównie do wyrażania próśb, np. chcąc otrzymać określony przedmiot, wyciąga w jego kierunku ręce. Około jedenastego–dwunastego miesiąca życia pokazuje trzymany przedmiot, aby zwrócić uwagę dorosłego, a w późniejszym okresie przechodzi do podawania tego przedmiotu drugiej osobie. Innym rodzajem gestów jest pokazywanie obiektu i oczekiwanie reakcji ze strony dorosłego w postaci nazywania wskazanego przedmiotu (Vasta, Haith, Miller 1995: 411–412).

L. Acredolo i S. Goodwyn (1988: 450–466) wymieniają dwa rodzaje gestów używanych przez dzieci w aktach komunikacyjnych i odgrywających istotną rolę w rozwoju językowym. Są to gesty deiktyczne (wskazujące), pojawiające się w dziewiątym–trzynastym miesiącu życia i wyrażające prośbę o przedmiot poprzez wskazywanie go, pokazywanie lub podawanie osobie dorosłej, oraz gesty reprezentujące, pojawiające się po czternastym miesiącu życia i mające na celu zastępowanie lub reprezentowanie przekazywanych informacji (np. kręcenie głową, imitowanie określonej czynności za pomocą rąk).

W rozwoju małego dziecka poszczególne rodzaje gestów pojawiają się w określonej kolejności, od gestów zastępujących mowę do uzupełniających i akcentujących komunikat słowny. Najwcześniej występują gesty afektywne, za pomocą których dziecko wyraża swój stan emocjonalny. Następnie posługuje się, często w sposób niezamierzony, adaptatorami, dostosowując się do warunków panujących w najbliższym otoczeniu. Przed końcem trzeciego roku życia dziecko zaczyna wykonywać gesty niezależne od mowy (emblematy), wśród których najczęściej obserwowane są znaki oznaczające „tak”, „nie”, „pa, pa”, „całus”, „nie ma”, „nie wiem”. Charakterystyczne jest, że więcej znaków dzieci rozumieją, niż używają. Następными gestami są regulatory konwersacji. W trakcie interakcji z drugą osobą dziecko uczy się, jak być skutecznym odbiorcą i nadawcą informacji. Najpóźniej, tzn. gdy dziecko potrafi sformułować wypowiedź ustną, pojawiają się gesty ilustracyjne, których zadaniem jest uzupełnianie komunikatu werbalnego (Lasota 2010: 22–23).

Język migowy sposobem porozumiewania się ze słyszącymi niemowlętami

Coraz popularniejszą formą porozumiewania się z dziećmi, które słyszą, ale jeszcze nie potrafią mówić, staje się język migowy. Przejmują go rodzice, którzy pragną „dogadać się” ze swoimi dziećmi.

Dzieci, zanim zaczną mówić, posługują się gestami w celu przekazania tego, czego nie potrafią wypowiedzieć za pomocą słów. Wyrażają w ten sposób swoje uczucia, informują o swoim samopoczuciu, sygnalizują potrzeby. Używane przez nie intuicyjnie gesty nie zawsze są zrozumiałe dla rodziców, co jest frustrujące dla obu stron. W związku z tym lingwiści zaproponowali język migowy jako system służący do porozumiewania się między rodzicami a dziećmi.

W latach siedemdziesiątych XX wieku tłumacz Amerykańskiego Języka Migowego (ASL) Joseph Garcia zaobserwował, że dzieci słyszące rodziców niesłyszących porozumiewają się z rodzicami za pomocą znaków migowych, zanim zaczną mówić.

Po przeprowadzeniu badań eksperymentalnych stworzył on program edukacyjny z wykorzystaniem języka migowego do komunikacji w rodzinach słyszących „Sign with your baby”. Komunikacją w okresie przedjęzykowym zajmowały się również Linda Acredolo i Susan Goodwyn. Ich badania koncentrowały się na określeniu wpływu wczesnego stosowania komunikacji gestowej na rozwój mowy. Wykazały one, że wykorzystywanie gestów wpływa korzystnie na rozwój językowy, a ponadto stymuluje rozwój intelektualny i emocjonalny dzieci. W rezultacie powstał program komunikacji z niemowlętami słyszącymi z wykorzystaniem gestów „Baby signs”. W Polsce powstały Bobomigi – znaki Polskiego Języka Migowego wykorzystywane do porozumiewania się z niemowlętami słyszącymi. Zostały one opracowane przez Danutę Mikulską w ramach projektu naukowego realizowanego w latach 2005–2007 w Instytucie Języka Polskiego Uniwersytetu Warszawskiego (Mikulska 2008).

Metody typu Sign2Baby wykazują podobieństwo do metody totalnej komunikacji stosowanej w pracy z dziećmi niesłyszącymi. Podstawą porozumiewania się jest język dźwiękowy występujący równolegle z migami. Znaki migowe wprowadzane są od szóstego–dziewiątego miesiąca życia przy wykonywaniu codziennych czynności. Dzieci obserwują gesty, następnie oczekują ich pokazania w znanych sytuacjach i w końcu rozumieją ich sens. Około ósmego miesiąca życia potrafią same je wykonywać, najpierw naśladując gesty rodziców, a potem używając ich samodzielnie w swoich wypowiedziach. W pierwszych dwóch latach życia dziecka posługiwanie się językiem migowym ma przewagę nad komunikacją słowną, gdyż dziecko używa ze zrozumieniem tylko kilku słów, a słownik znaków migowych może zawierać kilkadziesiąt gestów (Mikulska 2008).

Wykorzystywanie języka migowego w komunikacji z małym dzieckiem przynosi wiele korzyści w zakresie rozwoju fizycznego, poznawczego i emocjonalnego. Wbrew obiegowym opiniom nauka języka migowego nie przeszkadza w rozwoju mowy, wręcz przeciwnie, wspomaga rozwój zdolności językowych i rozszerza zasób słownictwa. Badania wykazały, że dzieci siedmioletnie, które w pierwszych latach życia używały języka migowego, uzyskiwały lepsze wyniki w testach inteligencji oraz osiągały lepsze rezultaty w nauce czytania, pisania i liczenia. Ponadto komunikacja za pomocą znaków migowych rozwija sprawność manualną, koordynację ruchową, wyobraźnię przestrzenną, koncentrację uwagi i pamięć dziecka. Łączenie gestów z wymawianiem słów stymuluje słuch, wzrok i rozwój zdolności ruchowych. Należy podkreślić olbrzymi wpływ metod Sign2Baby na rozwój emocjonalny dziecka. Dzięki nim ma ono możliwość skutecznego komunikowania się z rodzicami, co powoduje zmniejszenie frustracji (wynikającej z braku możliwości wyrażenia swoich uczuć, potrzeb, spostrzeżeń), wzmacnia pewność siebie i, co jest chyba najważniejsze, wzmacnia więź rodziców z dzieckiem (Dyer 2006: 160–161).

Charakterystyka języka migowego używanego przez osoby niesłyszące

Język migowy jest skonstruowany na podłożu modalności wzrokowej, nie posiada formy pisanej i pod względem gramatycznym różni się od języka polskiego (Tomaszewski 2005: 176). Posiada swoje słownictwo, na które składa się kilka

tysięcy znaków migowych. Jego gramatyka ma charakter pozycyjny. Dominującą rolę odgrywa organizacja przestrzenna wypowiedzi.

Znak migowy jest kombinacją przestrzennego ułożenia ramion, rąk i palców oraz wykonywanego nimi ruchu, który ma ściśle określony kierunek, prędkość i wielkość. Znaki migowe określają poszczególne litery, liczby i całe pojęcia. Z tego względu dzielimy je na ideograficzne (określające pojęcia) i daktylograficzne (określające litery i liczby).

Ze względu na odniesienie do rzeczywistości można wyróżnić następujące grupy znaków migowych:

- ikoniczne (naśladują kształt przedmiotu, wskazują dany obiekt lub osobę, naśladują ruch wykonywany przy danej czynności lub cechę charakterystyczną przedmiotu itp.),
- ezoteryczne (występuje analogia do rzeczywistości, ale nie jest łatwo dostrzegalna),
- arbitralne (nie mają nic wspólnego z konkretnymi osobami, czynnościami, przedmiotami i ich cechami).

Ze względu na konstrukcję znaki migowe można podzielić na:

- proste, których nie można podzielić na mniejsze elementy,
- złożone, składające się z 2–3 elementów, przy czym ich części składowe mogą występować w innych sytuacjach jako samodzielne znaki (Szczepankowski 1999: 131).

Znaki migowe, podobnie jak fonemy w języku polskim, posiadają cechy dysyminatywne (odróżniające jeden znak migowy od drugiego). Należą do nich:

- układ palców u rąk (ręki),
- pozycja rąk (ręki),
- miejsce artykulacji, czyli położenie rąk w stosunku do ciała i do siebie,
- kierunek ruchu,
- sposób wykonania ruchu (Szczepankowski 1988: 107).

Język dźwiękowy czy język migowy?

Dzieci słyszące od dnia narodzin mają pełny dostęp do języka dźwiękowego, za pomocą którego komunikują się osoby z ich najbliższego otoczenia. W innej sytuacji są dzieci niesłyszące, którym uszkodzenie narządu słuchu ogranicza możliwość opanowania języka dźwiękowego. Nie oznacza to, że nie przejawiają one aktywności językowej. Ich naturalnym językiem jest język migowy. W Polsce do dzisiaj można się spotkać ze stereotypowymi poglądami, prezentowanymi również przez niektórych specjalistów (surdopedagogów, surdologopedów), że język migowy nie jest prawdziwym językiem, lecz prymitywnym zbiorem znaków. Badania zaś dowodzą, że jest to język pełnowartościowy, umożliwiający szybkie i skuteczne porozumiewanie się. Nie jest on podobny do języka dźwiękowego, wymaga innych czynności wykonywanych w celu nadawania i odbierania komunikatów. Osoby niesłyszące rozwijają dzięki niemu swoje zdolności poznawcze, umiejętności twórcze,

praktyczne i zawodowe, język dźwiękowy zaś pozwala im zdobyć wiedzę teoretyczną i uczestniczyć w życiu społecznym (Krakowiak 1999: 142–143).

P. Tomaszewski (1999: 298) stwierdza, że język migowy może ułatwić dziecku niesłyszącemu opanowanie języka dźwiękowego, pod warunkiem że będzie miało ono z nim jak najwcześniej kontakt. Pogląd ten potwierdzają wyniki badań porównujące niesłyszące dzieci rodziców niesłyszących i rodziców słyszących.

Niesłyszące dzieci słyszących rodziców mają problemy z nawiązaniem skutecznej komunikacji z najbliższymi osobami. Jej zakres jest bardzo skromny, dotyczy bowiem jedynie spraw aktualnych i nieskomplikowanych, codziennych rutynowych czynności. Charakterystyczny jest brak dłuższych dialogów, pytań i aktów przekazywania wiedzy. Ograniczenia rozwoju językowego powodują negatywne konsekwencje w zakresie rozwoju poznawczego, intelektualnego, emocjonalnego i społecznego. Istotnym problemem jest również fakt, że dla rodziców słyszących narodziny dziecka z wadą słuchu są traumatycznym przeżyciem, z którym nie zawsze potrafią sobie poradzić. Wielu z nich ma trudności z pełnym zaakceptowaniem swojego dziecka, co może skutkować błędnymi decyzjami dotyczącymi wyboru właściwej drogi rozwoju dla niego (Szczepankowski 1999: 190–194).

Wymienione negatywne skutki nie występują u niesłyszących dzieci niesłyszących rodziców. Głównym powodem takiego stanu rzeczy jest to, że od pierwszych dni życia nawiązują one kontakt językowy z najbliższymi poprzez naturalny dla obu stron język migowy. Rodzicom niesłyszącym łatwiej jest zaakceptować dziecko niesłyszące, co zapewnia mu zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa, przynależności do grupy społecznej, miłości (Szczepankowski 1999: 195–197).

Rezultaty badań empirycznych wskazują, że dzieci niesłyszące rodziców niesłyszących osiągają wyższy poziom umiejętności szkolnych, między innymi w zakresie czytania i pisania. Mają one również znaczną przewagę pod względem zasobu słownictwa. W przypadku odczytywania mowy z ust nie odnotowano różnicy w umiejętnościach między niesłyszącymi dziećmi rodziców słyszących i niesłyszących. Interesujące jest to, że dzieci niesłyszące rodziców niesłyszących posiadają większe kompetencje w zakresie mowy dźwiękowej niż dzieci niesłyszące rodziców słyszących (Prillwitz 1996: 219–228).

Podsumowanie: idea dwujęzyczności

Obecnie coraz więcej zwolenników zyskuje idea dwujęzyczności w nauczaniu i wychowaniu dzieci niesłyszących. Zgodnie z nią należy im zapewnić wczesny i systematyczny kontakt z językiem migowym jako językiem prymarnym. Jest on dla dzieci niesłyszących językiem matczynym. Umożliwia kształtowanie u nich umiejętności komunikacji interpersonalnej i sprawności językowej. Jest podstawą do nabywania drugiego języka – języka ojczystego w formie dźwiękowej (Tomaszewski 2005: 176–177).

Wdrażanie idei dwujęzyczności przynosi wymierne korzyści zarówno dziecku niesłyszącemu, jak i jego rodzicom. Dziecko otrzymuje wizualny system znaków, łatwiejszy do przyswojenia i umożliwiający rozwój kompetencji komunikacyjnych.

Dzięki językowi migowemu rodzice mogą nawiązać ze swoim niesłyszącym dzieckiem skuteczny i satysfakcjonujący kontakt (Prillwitz 1996: 295–297).

Na korzyść dwujęzyczności przemawiają fakty przytoczone w tym artykule, a mianowicie:

- znaczący udział zachowań niewerbalnych w procesie komunikacji międzyludzkiej,
- wykorzystywanie przez małe dzieci, nieumiejące jeszcze mówić, gestykulacji do porozumiewania się z osobami z najbliższego otoczenia,
- stosowanie języka migowego w kontaktach ze słyszącymi niemowlętami.

Oczywiście, każdy rodzic ma prawo wybrać sposób porozumiewania się ze swoim dzieckiem. Jednak aby ta decyzja była w pełni świadoma, należy rodzicom zapewnić rzetelne i wyczerpujące informacje na temat języka migowego i korzyści wynikających z jego stosowania, a także samych ludzi niesłyszących, ich możliwości rozwoju i funkcjonowania w życiu społecznym.

Istotny jest również postulat, by język migowy stał się przedmiotem nauczania w szkołach specjalnych dla dzieci niesłyszących, realizowanym przez nauczycieli posiadających wysokie kompetencje w zakresie posługiwania się nim. Należy podkreślić, że bardzo dobra znajomość podstawowych zasad języka migowego jest ważną pomocą w pracy dydaktycznej i wychowawczej z dziećmi niesłyszącymi.

Bibliografia

- Acredolo L., Goodwyn S. (1988), *Symbolic gesturing in normal infants*, „Child Development”, 59(2), 450–466.
- Baran J., Mikrut A. (red.) (2007), *Umiejętności komunikacyjne osób z niepełnosprawnościami. Teoria, diagnoza, wspomaganie*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Czajkowska-Kisil M. (2006), *Dwujęzyczne nauczanie głuchych w Polsce*, „Szkoła Specjalna”, 4, 265–275.
- Dyer L. (2006), *Mowa dziecka. Zrozum i rozwiń mowę dziecka*, Wydawnictwo K.E. Liber, Warszawa.
- Dysarz Z. (2003), *Mowa dziecka a więzi uczuciowe w rodzinie*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz.
- Janda-Dębek B. (2005a), *Komunikacja niewerbalna i jej funkcje*, [w:] J. Klebaniuk (red.), *Psychologiczne konteksty komunikacji*, Oficyna Wydawnicza Atut, Wrocław.
- Janda-Dębek B. (2005b), *Rodzaje gestów i ich znaczenie komunikacyjne*, [w:] J. Klebaniuk (red.), *Psychologiczne konteksty komunikacji*, Oficyna Wydawnicza Atut, Wrocław.
- Klebaniuk J. (red.) (2005), *Psychologiczne konteksty komunikacji*, Oficyna Wydawnicza Atut, Wrocław.
- Knapp M.L., Hall J.A. (1997), *Komunikacja niewerbalna w interakcjach międzyludzkich*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław.
- Kobosko J. (red.) (1999a), *Moje dziecko nie słyszy. Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu*, Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek – Człowiekowi”, Warszawa.
- Kobosko J. (1999b), *Wybrać czy nie? – rozmowa o języku migowym*, [w:] J. Kobosko (red.), *Moje dziecko nie słyszy. Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu*, Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek – Człowiekowi”, Warszawa.

- Kościółek M. (2007), *Komunikacja niewerbalna w relacjach interpersonalnych*, [w:] J. Baran, A. Mikrut (red.), *Umiejętności komunikacyjne osób z niepełnosprawnością. Teoria, diagnoza, wspomaganie*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Krakowiak K. (1999), *Rozważania o udostępnianiu języka narodowego dzieciom z uszkodzeniem słuchu*, [w:] J. Kobosko (red.), *Moje dziecko nie słyszy. Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu*, Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek – Człowiekowi”, Warszawa.
- Lasota A. (2010), *Świat gestów i symboli w komunikacji dziecięcej*, Impuls, Kraków.
- Mikulska D. (2008), *Znaki zamiast grzechotki*, http://migowy.pl/pdf/bobomigi_artykuł_naukowy.pdf (dostęp: 15.03.2014).
- Nęcki Z. (2000), *Komunikacja międzyludzka*, Oficyna Wydawnicza Antykwa, Kraków.
- Prillwitz S. (1996), *Język, komunikacja i zdolności poznawcze niesłyszących*, WSiP, Warszawa.
- Szczepankowski B. (1998), *Język migany w szkole*, WSiP, Warszawa.
- Szczepankowski B. (1999), *Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans*, WSiP, Warszawa.
- Tomaszewski P. (2005), *Język dzieci głuchych – wskazówki dla edukacji szkolnej*, „Szkoła Specjalna”, 3, 167–181.
- Tomaszewski P. (1999), *Życie dwujęzyczne i dwukulturowe dziecka głuchego*, [w:] J. Kobosko (red.), *Moje dziecko nie słyszy. Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu*, Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek – Człowiekowi”, Warszawa.
- Vasta R., Haith M.M., Miller S.A. (1995), *Psychologia dziecka*, WSiP, Warszawa.
- Wojda P. (1999), *Język migowy – „spojrzenie od wewnątrz”*, [w:] J. Kobosko (red.), *Moje dziecko nie słyszy. Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu*, Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek – Człowiekowi”, Warszawa.

The meaning of sign language in the development of children with hearing disorders

Abstract

The need to communicate is the most important mental need of a man. The fulfillment of this need is the basis of realization of all other needs. It is fundamental for the development of each child. People communicate using verbal and nonverbal mean of communication. The latter category comprises mainly gestures.

One of the earliest effects of hearing dysfunction is the limitation or loss of the ability to communicate using verbal signals. People with hearing disability are a specific group of disabled people, because of their own, natural way of communicating, meaning the sign language. The idea of bilingualism is gaining more and more fame in present times. According to this idea, the sign language should be the primary language, enabling people with hearing disability to develop their communication and lingual effectiveness skills.

Keywords: communication, nonverbal communication, gestures, sign language, bilingualism

Elżbieta Lubińska-Kościółek

Twórczość plastyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną jako forma komunikacji ze światem

Wprowadzenie

Datowane na 40 tysięcy lat p.n.e. naskalne rysunki i malowidła są bodaj pierwszym dowodem na odwieczność właściwej człowiekowi potrzeby zaznaczania swego istnienia, wyrażania siebie poprzez symbole i komunikowanie się z innymi ludźmi. Na przestrzeni wieków pokolenia twórców reprezentujących różne dziedziny sztuki za pośrednictwem znaków wizualnych, dźwiękowych, dotykowych budowały konkretną i abstrakcyjną przestrzeń kultury, nadając indywidualny charakter istniejącym przedmiotom i zjawiskom, kreując jednocześnie całkowicie nowe, nieznające odzwierciedlenia w świecie formy. Sztuka stawiała się swoistym medium pozwalającym na symboliczne komunikowanie własnych doznań, myśli, poglądów, a także i osobistego stosunku do świata. Zdaniem G.C. Argan (1992), nie można zaprezentować historii żadnej epoki bez odwoływania się do sztuki. Obecność sztuki jako środka komunikowania się przyczyniła się do zintensyfikowania kontaktów pomiędzy miastami, państwami i kontynentami. To ona nadawała prestiż władcom, postać bóstwom, umożliwiała kult zmarłych, ilustrowała wydarzenia historyczne, opisywała zjawiska przyrodnicze. „Miasta – dowodzi autor – byłyby jedynie miejscami zamieszkania i pracy, gdyby sztuka nie nadała im tożsamości i nie uczyniła ich tradycji żywą i widoczną” (Argan 1992: 5).

Odwołując się do teorii informacji, można zatem potraktować dzieło sztuki jako przekaz, zakładający istnienie nadawcy, odbiorcy, kontekstu, języka i kodu, za pomocą którego informacja jest przekazywana i odczytywana. Jest to jednak język szczególny, język linii, barw, układów dźwięków, cieni itd., zmieniający się w zależności od dziedziny sztuki (Gołaszewska: 1986).

Sztuki plastyczne, będące najstarszym przejawem ludzkiej świadomości, stanowią istotny nośnik informacji o życiu ludzi. Swoistość tego przekazu wynika z faktu, iż trudno odnaleźć w nim ustalone, niezmiennie zasady organizacji dzieła. W przeciwieństwie do systemu językowego, operującego regułami gramatycznymi, zgodnie z którymi tworzona jest wypowiedź, ukształtowanie dzieła ulega nieustannym przemianom (Popek 2010: 34).

Przyjmując zaproponowaną przez S. Popka (2010: 34–35) warstwową strukturę dzieła plastycznego, można wyodrębnić te elementy, które w sposób szczególny określają charakter i swoistość komunikatu zawartego w wytworze plastycznym. Warstwa semantyczna dzieła pozwala odpowiedzieć na pytanie dotyczące obrazowanych przez dzieło treści, poziomu ich „konkretyzacji – abstrakcyjności – symbolizacji”. Warstwa II, stanowiąca treść formalną, umożliwia wyodrębnianie środków wyrazu plastycznego, za pomocą których treść jest kształtowana i przekazywana (kształt, kolorystyka, walor, kompozycja, charakter środków wyrazu, jedność ideowa treści i formy). Wreszcie III warstwa to jakość aksjologiczna utworu, jego wartość ze względu na nowość, oryginalność, potencjalną zastosowalność, generatywność, a także akceptację społeczną. Struktura dzieła plastycznego wskazuje, zdaniem S. Popka, na zaangażowanie procesów emocjonalnych, poznawczych, woli-tywnych, a także podświadomości zarazem w trakcie tworzenia przekazu, jak i jego odbierania.

Przesłanie, którego istotę stanowi otwartość, jest niewątpliwą wartością sztuki. Tworząc w określonym czasie i miejscu, artysta buduje ponadczasową wypowiedź, umożliwiającą wielość interpretacji (http://www.doc.art.pl/pdf_sid6/zagrodzki-j_SID6.pdf, dostęp: 10.03.2013). Każde spotkanie twórcy z rzeczywistością, stanowiącej źródło jego inspiracji, jak i odbiorcy z dziełem jest inne, uwikłane w osobiste doświadczenie, potencjał emocjonalny i intelektualny, przekaz kulturowy, a wreszcie i sposób, w jaki pojęcia związane ze sztuką i jej odbiorem reprezentowane są w neuronalnych strukturach mózgowych¹.

Świat w obrazach niepełnosprawnych intelektualnie twórców

Wielość form przeżywania i przedstawiania świata, jakie pojawiły się na przestrzeni wieków, odzwierciedla zarówno złożoność ludzkiej natury, jak i płynność granic sztuki, otwierającej się stopniowo na artystów, „dla których sztuka jest koniecznością”, tworzących poza profesjonalnym nurtem, poza doświadczeniem wynikającym z obcowania z wielkimi dziełami prezentowanymi w galeriach, muzeach, na scenach sal koncertowych i teatrów. Pojęcia takie jak: art brut, sztuka naiwna, sztuka nieprofesjonalna, sztuka inna, sztuka psychopatologiczna, outsider art, przeplatają się, a to, w jaki sposób dzieło jest kategoryzowane, zależy często od postawy badacza czy obserwatora i od tego, na jakie cechy dzieła oraz jego twórcy pragnie zwrócić uwagę (http://cyfrowaetnografia.pl/Content/3478/Strony+od+PSL_LI_nr1-2-35_Jackowski.pdf, dostęp: 13.03.2014).

Ze względu na tematykę niniejszego artykułu pewnego dookreślenia wymagają terminy: „sztuka naiwna” i „art brut”, które choć często używane zamiennie w odniesieniu do twórczości osób z niepełnosprawnością intelektualną, w istocie różnią się. Termin „art brut” wprowadził w 1945 roku francuski artysta Jean Dubuffet,

¹ Na istnienie uniwersalnych reguł związanych z odbiorem sztuki wskazuje V.S. Ramachandran (2012: 211–264). Do powszechnych praw estetyki zaliczył: kontrast, izolację, prawo rozwiązywania problemów percepcyjnych, odrzucanie zbiegów okoliczności, porządek symetrię i metaforę, a także prawo grupowania i prawo przesunięcia maksimum.

określając w ten sposób twórczość samorodną, spontaniczną, nieakademicką, oddaloną od tradycji i wzorów kulturowych. „Brut – a więc surową, nie uczesaną, nie uładzoną przez jakieś konwencje” (http://cyfrowaetnografia.pl/Content/2310/Strony+od+PSL_XLVIII_nr3-4-11_Jackowski.pdf, dostęp: 10.03.2014). Twórczości art brut nie można przypisać do żadnego okresu historii sztuki, ugrupowania, ponieważ jej istotę stanowi właśnie opór wobec konwencji i kategorii (Bouillet 2011).

Art brut wywodzi się z bardzo specyficznego, zamkniętego kręgu ludzi, funkcjonujących poza głównym nurtem życia społecznego. Zbiory art brut znajdujące się od 1975 roku w Lozannie obejmują dzieła osób bezdomnych, wykluczonych społecznie, pensjonariuszy domów pomocy społecznej, więźniów, pacjentów szpitali psychiatrycznych i wólczegów. Pomysłodawca i założyciel kolekcji J. Debuffet był zdania, iż życie w niezgodzie ze społecznymi normami, poza wpływami kultury, wyzwala w człowieku autentyczność, a wyobcowanie stanowi źródło twórczości, którą był skłonny przypisywać każdemu człowiekowi (http://cyfrowaetnografia.pl/Content/2310/Strony+od+PSL_XLVIII_nr3-4-11_Jackowski.pdf, dostęp: 10.03.2014).

Art brut wykazuje istotne dla określenia natury tej aktywności cechy, różniące ją od twórczości profesjonalnej. Twórcy art brut budują swój artystyczny przekaz w oderwaniu od wzorców kultury, nie poszukują odbiorcy. Ich dzieła stanowią wyraz tego, w jaki sposób przeżywają świat. Nie są natomiast zazwyczaj konsekwencją świadomego zamysłu artystycznego. Wypracowana bardzo prosta technika odpowiada ich możliwościom psychofizycznym. Nie koncentrują się na formie, lecz często gorzkim i trudnym doświadczaniu rzeczywistości, ekspresji swoich doznań, marzeń, lęków. Podświadoma i intuicyjna twórczość art brut, pozostaje też nierzadko zanurzona w fantazjach, zaciera granicę pomiędzy realnością a urojeniami (tamże).

Twórczość naiwnych, twierdzi A. Jackowski, to powrót do krainy dzieciństwa, świat baśniowych kolorów, ożywionych przedmiotów, zjawisk i zwierząt. Naiwność należy w tym wypadku traktować jako wartość, wyrażającą się we wprowadzaniu do dzieła własnego ładu świata, „własnej poetyki”. Twórcy z tego kręgu zwykle działają w osamotnieniu, na granicach życia społecznego, podejmują jednak często próby imitowania wielkiej sztuki, poszukują kontaktu ze światem. Próbuąc odnosić się do wzorców kulturowych, pozostają jednak w istocie wolni od jej wpływów. Każdy z nich wypracowuje własny, niepowtarzalny i rozpoznawalny styl, stanowiący wyraz ich osobowości. Nieporadność zmusza ich do poszukiwania indywidualnych środków ekspresji twórczej. Zmiany proporcji, sposób porządkowania elementów na obrazie, stosowanie wielu perspektyw służą w istocie określaniu i wyodrębnianiu tego, co dla twórcy ważne (http://cyfrowaetnografia.pl/Content/3478/Strony+od+PSL_LI_nr1-2-35_Jackowski.pdf, dostęp: 10.03.2014).

Istotą sztuki jest to – spostrzega A. Jackowski – że zdolna jest nam przekazać treści odsłaniające nowy aspekt rzeczy lub ludzkich przeżyć. Póki dzieło „mówi”, a jego konstrukcja podporządkowana jest wyrażeniu istoty zamiaru twórcy, nie ma powodu, by je kwestionować (http://cyfrowaetnografia.pl/Content/2310/Strony+od+PSL_XLVIII_nr3-4-11_Jackowski.pdf, dostęp: 10.03.2014).

Czy można jednak nie podawać w wątpliwość wartości dzieł tworzonych przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną, nie doświadczać dysonansu wobec jakże niezwykłego zespolenia doskonałości z niepełnosprawnością, kunsztu z ułomnością, wysiłku twórczego z ograniczeniem sprawności intelektualnej?

Twórczość osób z niepełnosprawnością intelektualną jest zjawiskiem, które wzbudza zarówno fascynację, jak i kontrowersje. Opracowania i analizy naukowe koncentrują się zazwyczaj na artystycznych i terapeutycznych walorach twórczości osób z niepełnosprawnością intelektualną, a także jej znaczeniu dla budowania wizerunku społecznego osoby z niepełnosprawnością. Zdecydowanie mniej uwagi poświęcają badacze, i praktycy poszukiwaniom możliwości wspierania twórczych postaw osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz rozważaniom nad kreatywnością rozumianą jako zdolność (por. Parys 2013).

Twórczość osób z niepełnosprawnością intelektualną rozpatrywana jako nośnik informacji nie tylko o życiu i sposobie postrzegania swojego miejsca w świecie przez niepełnosprawnego artystę, lecz również jako przekaz dotyczący kultury i pojawiających się w niej materialnych i duchowych wytworów osób z niepełnosprawnością intelektualną, stanowi jeden z najbardziej interesujących i wciąż otwartych obszarów poszukiwań².

Obrazy Henryka Żarskiego, zwanego Nikiforem z Pakówki, znalazły uznanie wśród znawców sztuki i kolekcjonerów. Prezentowano je podczas licznych wystaw indywidualnych i zbiorowych w Polsce, a także w innych krajach, między innymi: Holandii, Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii. Jego prace znajdują się w Galerii L' Art Naif w Krakowie, Collection de L' Art Brut w Lozannie, Henry Boxer Galery w Londynie, a także kolekcji „Oto ja” w Płocku.

Henryk Żarski kształcił się i wychowywał w Zakładzie Specjalnym „Caritas” w Zdunach, gdzie zdiagnozowano u niego umiarkowaną niepełnosprawność intelektualną. Aktywnością plastyczną zainteresował się dopiero w wieku 45 lat, mieszkając w Domu Pomocy Społecznej w Pakówce. Początkowo, używając kredek i ołówka, kopiował zdjęcia i pocztówki. Z czasem zaczął poszukiwać nowych technik i własnych możliwości wyrażania. Ważne, że twórczość otworzyła go na świat. Przez lata uchodził bowiem za osobę głuchoniewidomą. Wkrótce po tym, gdy zaczął malować, zaczął również mówić. Wydaje się, że to właśnie ekspresja plastyczna, pozwalając oznaczyć i zrozumieć otoczenie, odrodziła w nim potrzebę werbalnego komunikowania się.

Obrazy Henryka to świat skończony, pełny przylegających doń przedmiotów, osób, zdarzeń i wyobrażeń, gdzie przeszłość jawi się jako źródło obrazów czystych, przezroczystych, oczyszczonych. Przezroczystość jest tym, co jeszcze ciągle może się zdarzyć (<http://fabrykautu.wordpress.com/2010/05/21/art-brut-E2%80%99Eartystycznie-%E2%80%9D-henryka-zarskiego-w-galerii-tak/>, dostęp: 10.03.2014).

² Interesujące rozważania dotyczące obecności osób z niepełnosprawnością w świecie kultury, rozumianej jako przestrzeń spotkania z drugim człowiekiem, odnaleźć można w publikacji S. Olszewskiego (2012), *Przestrzeń kulturowa – przestrzeń spotkania*.

czytelności. Wskazane przykłady twórczości osób z niepełnosprawnością intelektualną dowodzą, iż może stanowić ona istotne źródło wiedzy na temat sposobu, w jaki spostrzegają, przeżywają i wartościują otaczający świat. Niezwykłość tego artystycznego przekazu wynika z faktu, iż jest on często jedynym dostępnym osobie z niepełnosprawnością systemem symboli, jedynym językiem, dzięki któremu może oswajać rzeczywistość i skutecznie komunikować się z drugim człowiekiem.

Bibliografia

- Argan G.C. (1992), *Człowiek, sztuka, historia*, [w:] M. Hollingsworth, *Sztuka w dziejach człowieka*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
- Bouillet A. (2011), *Co to jest art brut?* „Konteksty – polska sztuka ludowa: antropologia kultury, etnografia, sztuka”, 65, 1/295, 141–152.
- Gołaszewska M. (1986), *Zarys estetyki*, PWN, Warszawa.
- Olszewski S. (2012), *Przestrzeń kultury – przestrzeń spotkania*, [w:] S. Olszewski, K. Parys, M. Trojańska, *Przestrzeń życia osób z niepełnosprawnością*, Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków.
- Parys K. (2013), *Przestrzeń dla kreatywności uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Popek S. (2010), *Psychologia twórczości plastycznej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Ramachandran V.S. (2012), *Neuronauka o podstawach człowieczeństwa. O czym mówi mózg?* Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.

Netografia

- Jackowski A., *O sztuce różnie nazywanej*, http://cyfrowaetnografia.pl/Content/3478/Strony+od+PSL_LI_nr1-2-35_Jackowski.pdf
- Jackowski A., *Mit sztuki poza kulturą. Art brut*, http://cyfrowaetnografia.pl/Content/2310/Strony+od+PSL_XLVIII_nr3-4-11_Jackowski.pdf
- Zagrodzki J., *Sztuka jako wyraz świadomości artysty*, http://www.doc.art.pl/pdf_sid6/zagrodzki.j_SID6.pdf

Informacje dotyczące niepełnosprawnych twórców

- <http://www.nike.bialystok.pl/tworcy/gieniusz.html>
- <http://www.polskieradio.pl/10/601/Artykul/895093,Art-Brut-sztuka-surowa-nieokrzesa-na-i-gorzka>
- <http://fabrykautu.wordpress.com/2010/05/21/art-brut-E2%80%9Eartystycznie%E2%80%9Dhenryka-zarskiego-w-galerii-tak/>

Plastic creativity of people with mental disabilities as a tool of communication with the world

Abstract

The plastic creativity of people with intellectual disability is an extremely interesting phenomenon in our culture. It is not only a new quality, but also a medium, a meeting of a recipient with a reality of a disabled creator. The article presents the silhouettes of three people, for who creative activity is a way of communicating with the world. Among the values of their works one can count originality and individual nature of the medium.

Keywords: intellectual disability, plastic creativity, communication

Noty o autorach

Agnieszka Bukowy – oligofrenopedagog, surdopedagog, doktorantka UP w Krakowie, nauczyciel zajęć opiekuńczo-wychowawczych w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Nowym Sączu. Zainteresowania naukowe: psychopedagogika twórczości, pedeutologia, pedagogika specjalna.

Marta Deńca – pedagog specjalny w zakresie surdopedagogiki, bibliotekoznawca. Obecnie pracuje w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym „Centrum Autyzmu i Całościowych Zaburzeń Rozwojowych” w Krakowie. Obszary jej zainteresowań to: umiejętność czytania uczniów niesłyszących, praca z uczniami niesłyszącymi w bibliotece szkolnej, rozwój systemu językowego i sprawności komunikacyjnej osób niesłyszących.

Agnieszka Kopyść-Woskowicz – magister pedagogiki społeczno-opiekuńczej i rodzinnej Wyższej Szkoły Filozoficzno-Pedagogicznej „Ignatianum” w Krakowie, absolwentka Studiów Podyplomowych Doradztwo Zawodowe na Politechnice Krakowskiej. Wykładowca w Centrum Pedagogiki i Psychologii Politechniki Krakowskiej. Ukończyła trzystopniowy kurs języka migowego w Polskim Związku Głuchych.

Edyta Joanna Lichota – pedagog o specjalności: edukacja wczesnoszkolna i przedszkolna z podstawami logopedii, terapeuta pedagogiczny. Od 12 lat pracuje w szkole podstawowej i przedszkolu na stanowisku logopedy, zarówno z dziećmi sprawnymi, jak i niepełnosprawnymi. Ma doświadczenie zawodowe również w pracy z nauczycielami w zakresie: higieny i emisji głosu.

Elżbieta Lubińska-Kościółek – adiunkt w Instytucie Pedagogiki Specjalnej UP w Krakowie. Oligofrenopedagog z dwudziestoletnim doświadczeniem w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną.

Łukasz Madej – absolwent Wydziału Fizyki i Techniki Jądrowej AGH. Drugi fakultet ukończył na Wydziale Metalurgii i Inżynierii Materiałowej. Stopień doktora uzyskał w 2007 roku, a doktora habilitowanego w 2011 roku. Od 2014 roku jest zatrudniony na stanowisku profesora nadzwyczajnego AGH na Wydziale Inżynierii Metali i Informatyki Przemysłowej, gdzie jest kierownikiem pracowni Modelowania Wieloskalowego.

Monika Masłowska – oligofrenopedagog, asystent w Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie. Zainteresowania badawcze: oligofrenopedagogika, neurodydaktyka, rola rodziny w funkcjonowaniu psychospołecznym dziecka z niepełnosprawnością.

Anna Michalczyk – surdopedagog, logopeda, doktorantka na Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie. Zainteresowania badawcze: surdopedagogika, neuro-

logopedia, komunikacja alternatywna, znaczenie i rola Internetu w funkcjonowaniu i komunikowaniu się osób niepełnosprawnych.

Sylwia Niemiec-Elanany – pedagog specjalny, terapeuta wczesnego wspomaganie rozwoju, terapeuta integracji sensorycznej.

Magdalena Pasteczka – asystent w Instytucie Pedagogiki Specjalnej UP w Krakowie. Zainteresowania: funkcjonowanie psychospołeczne i rehabilitacja osób z głębłą niepełnosprawnością intelektualną, aktywność własna osób niepełnosprawnych intelektualnie, system wsparcia dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz ich rodzin.

Klaudia Piotrowska-Madej – oligofrenopeda, pedagog przedszkolny, neurologopeda, pracuje z dziećmi, młodzieżą i osobami dorosłymi z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym i głębokim oraz ze sprzężeniami. Od 2008 roku zatrudniona w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Krakowie.

Katarzyna Plutecka – surdopeda, logopeda, adiunkt w Katedrze Zastosowań Techniki w Diagnostyce i Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnością Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. Zainteresowania badawcze: problematyka szeroko rozumianej komunikacji dzieci niesłyszących i słabosłyszących, funkcjonowanie dziecka niesłyszącego i słabosłyszącego w środowisku rodzinnym, edukacja dziecka niesłyszącego i słabosłyszącego.

Łukasz Rauch – absolwent Wydziału Informatyki, Elektroniki i Telekomunikacji na Akademii Górniczo-Hutniczej w Krakowie. Na tej samej uczelni ukończył również studia magisterskie na wydziale Zarządzania. W 2007 roku uzyskał stopień doktora nauk technicznych. Pracuje w Katedrze Informatyki Stosowanej i Modelowania AGH.

Jacek Sikorski – pedagog specjalny, adiunkt w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. Zainteresowania badawcze: edukacja uczniów z niepełnosprawnością w systemie kształcenia integracyjnego, zainteresowania zawodowe uczniów pełnosprawnych i niepełnosprawnych, wiedza pojęciowa uczniów z niepełnosprawnością intelektualną.

Natalia Tarabuła-Kamińska – filolog polski, oligofrenopeda i terapeuta pedagogiczny. Ukończyła wczesne wspomaganie rozwoju dziecka na Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie. Pracuje zawodowo z dziećmi w przedszkolu integracyjnym oraz przedszkolu niepublicznym w Gliwicach.

Jolanta Zielińska – specjalistka w zakresie pedagogiki specjalnej i pedagogiki mediów. Pracuje w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. W dorobku naukowym ma trzy monografie i ponad 100 publikacji. Zainteresowania naukowe: zastosowanie nowoczesnych technologii w diagnostyce i terapii osób z niepełnosprawnością, kształtowanie ich kompetencji poznawczych, w tym komunikacyjnych i językowych.

Spis treści

Od Redaktorów	3
I. WSPÓŁCZESNE SPOSOBY WSPIERANIA ROZWOJU DZIECI I MŁODZIEŻY ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI	
Katarzyna Plutecka	
Wspomaganie rozwoju – przemiany terminologiczne	4
Agnieszka Kopyść-Woskowicz	
Współczesne sposoby wspierania rozwoju dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi	13
Jolanta Zielińska	
Wykorzystanie metody EEG biofeedback w procesie wspierania rozwoju dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami	20
Natalia Tarabuła-Kamińska	
Wspieranie rozwoju dzieci wybitnie zdolnych w kontekście idei powstawania uniwersytetów dziecięcych. Na przykładzie dzieci uczęszczających do Niepublicznego Przedszkola „Stokrotka” w Gliwicach	35
Agnieszka Bukowy	
Jak z jeża zrobić lisa, czyli o sposobach dynamizowania potencjału twórczego młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym	46
Monika Masłowska	
Postawy rodzicielskie matek a zachowania przystosowawcze dzieci z niepełnosprawnością intelektualną	55
Jacek Sikorski	
Poradnictwo i pomoc psychologiczno-pedagogiczna w procesie rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością	66
Anna Michalczyk	
Funkcjonowanie dziecka z epilepsją w przestrzeni szkolnej	78
Sylwia Niemiec-Elanay	
Wsparcie społeczne adolescentów z zaburzeniami psychicznymi	85
II. FORMY WSPARCIA DLA OSÓB DOROSŁYCH ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI	
Magdalena Pasteczka	
Organizacje samopomocowe jako forma wsparcia dorosłych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną oraz ich rodzin	101

III. WSPÓŁCZESNE ASPEKTY WSPIERANIA POROZUMIEWANIA SIĘ OSÓB ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI KOMUNIKACYJNYMI

Edyta Joanna Lichota

Technika komputerowa w terapii logopedycznej –
dlaczego warto ją wykorzystywać w pracy z dziećmi 113

Klaudia Piotrowska-Madej, Łukasz Rauch, Łukasz Madej

Wykorzystanie urządzenia Kinect w terapii dzieci i młodzieży
z niepełnosprawnością intelektualną 134

Marta Deńca

Znaczenie języka migowego w rozwoju dzieci z wadą słuchu 152

Elżbieta Lubińska-Kościółek

Twórczość plastyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną
jako forma komunikacji ze światem 161

Contents

From Editors	3
I. MODERN WAYS OF SUPPORTING DEVELOPMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS	
<i>Katarzyna Plutecka</i> Supporting development – terminological changes	4
<i>Agnieszka Kopyść-Woskowicz</i> Modern ways of supporting children and adolescents with special educational needs	13
<i>Jolanta Zielińska</i> The use of EEG biofeedback method in the process of supporting the development of children and adolescents with special needs	20
<i>Natalia Tarabula-Kamińska</i> Supporting the development of gifted children in the context of the idea of Children Universities	35
<i>Agnieszka Bukowy</i> How to change a hedgehog into a fox. On methods of enhancing the creative potential of adolescents with moderate intellectual disability	46
<i>Monika Masłowska</i> Parental attitudes of mothers and adaptability of children with mental disabilities	55
<i>Jacek Sikorski</i> Counseling and psychological and pedagogical help in the process of rehabilitation of a child with disabilities	66
<i>Anna Michalczyk</i> The functioning of a child with epilepsy in the school environment	78
<i>Sylvia Niemiec-Elanany</i> Social support of adolescents with mental disorders	85
II. SUPPORT FORMS FOR ADULTS WITH SPECIAL NEEDS	
<i>Magdalena Pasteczka</i> Self-help organization as a form of support for adults with disabilities	101
III. MODERN ASPECTS OF SUPPORTING COMMUNICATION OF PEOPLE WITH SPECIAL COMMUNICATIONAL NEEDS	
<i>Edyta Joanna Lichota</i> Computer technology in logopedics therapy – why is it worth using it in work with children with special educational needs	113

Klaudia Piotrowska-Madej, Łukasz Rauch, Łukasz Madej

Using the Kinect device in a therapy of children
and adolescents with mental disabilities

134

Marta Deńca

The meaning of sign language in the development
of children with hearing disorders

152

Elżbieta Lubińska-Kościółek

Plastic creativity of people with mental disabilities as a tool
of communication with the world

161

