

Nr 2 (258) 2011
Tom LXXII
MARZEC
KWIECIEŃ

SZKOŁA SPECJALNA

DWUMIESIĘCZNIK AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ
im. Marii Grzegorzewskiej



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej

Recenzowali: *dr hab., prof. APS Hanna Markiewiczowa*
dr hab., prof. UKSW Adam Solak

Tłumaczenie na język angielski: *mgr Renata Wójtowicz*

Redakcja: *mgr Julita Kobos*

Czasopismo „Szkoła Specjalna” posiada punktację MNiSW (2 punkty) w kategorii B.

Komitet Redakcyjny:

prof. Władysław Dykik, prof. Tadeusz Gałkowski, prof. Aniela Korzon, prof. Czesław Kosakowski, prof. Aleksandra Maciarz, prof. Irena Obuchowska, dr Adam Szecówka

Redakcja:

dr hab., prof. APS Ewa Maria Kulesza (redaktor naczelna), mgr Bernadetta Węclawik (sekretarz), mgr Katarzyna Smolińska (członek)

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
Dyrektor Wydawnictwa – Monika Bielska-Łach

Adres Redakcji: Wydawnictwo APS, 02-353 Warszawa
ul. Szczęśliwicka 40, tel. 22-589-36-45
centrala 22-589-36-00 wew. 1212, fax 22-658-11-18
e-mail: szkolaspecjalna@aps.edu.pl
nakład 1000 egz.

SPIS TREŚCI

OPRACOWANIA NAUKOWE

- 85 – *Kamil Kuracki*
Inni – Obcy czy Inni – Drudzy? O potrzebie społecznej akceptacji u osób z niepełnością intelektualną
- 91 – *Andrzej Twardowski*
Sytuacja psychologiczna rodzeństwa dzieci z niepełnosprawnościami (część 1)
- 102 – *Ewa Maria Kulesza*
Diagnoza potencjału poznawczego dzieci w wieku przedszkolnym (część 2). Dzieci trzy- i czteroletnie
- 113 – *Katarzyna Rusinek*
Postawy młodzieży niedostosowanej społecznie wobec osób znaczących

Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

- 122 – *Renata Szmuc, Katarzyna Bieńkowska*
Terapia dzieci z wadą słuchu i tracheostomią – analiza przypadku
- 131 – *Ewa Maria Kulesza*
Specjalne wychowanie przedszkolne dzieci z niepełnością intelektualną – z doświadczeń Przedszkola Specjalnego nr 249 w Warszawie

PRAWO I PRAKTYKA

- 135 – *Jolanta Zozula*
Adopcja dziecka niepełnosprawnego

Z KRAJU I ZE ŚWIATA

- 142 – *Tadeusz Majewski*
Niepełnosprawne kobiety w Europie
- 147 – *Dorota Dziedziewicz, Aleksandra Gajda*
Laboratorium Twórczego Nauczyciela, Warszawa, 22 października 2010

RECENZJE

- 151 – Grażyna Krasowicz-Kupis (red.): Diagnoza dysleksji. Najważniejsze problemy. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2009, ss. 356 (*Kamila Poczęsna*)
- 154 – Rupert Isaacson: Opowieść ojca. Przez mongolskie stepy w poszukiwaniu cudu. Nasza Księgarnia, Warszawa 2010, ss. 382 (*Hanna Olechnowicz*)

NASZYM CZYTELNIKOM POLECAMY:

- K. Bobińska. P. Gałeczki: Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, ss. 53 (*Kamil Kuracki*)
- A. Maciarz (red.): Trudne dzieciństwo i rodzicielstwo. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2009, ss. 166 (*Bernadetta Węclawik*)

CONTENTS

SCIENTIFIC STUDIES

- 85 – *Kamil Kuracki*
Others – Strangers or Others – Second Ones? About the Need of Social Acceptance in People with Intellectual Disabilities
- 91 – *Andrzej Twardowski*
Psychological Situation of Siblings of Children with Disabilities (Part 1)
- 102 – *Ewa Maria Kulesza*
Diagnosis of Cognitive Potential in Preschool-Aged Children (Part 2). Three- and Four-Year-Old Children
- 113 – *Katarzyna Rusinek*
Attitudes of Socially Maladjusted Adolescents toward Significant People

FROM TEACHING PRACTICE

- 122 – *Renata Szmuc, Katarzyna Bieńkowska*
Therapy for Children with Hearing Impairments and Tracheostomy – Case Study
- 131 – *Ewa Maria Kulesza*
Special Preschool Education for Children with Intellectual Disabilities – Experiences of the Special Preschool No. 249 in Warsaw

LAW AND PRACTICE

- 135 – *Jolanta Zozula*
Adopting a Disabled Child

HOME AND WORLD NEWS

- 142 – *Tadeusz Majewski*
Women with Disabilities in Europe
- 147 – *Dorota Dziedziewicz, Aleksandra Gajda*
Creative Teacher's Lab, Warsaw, October 22, 2010

REVIEWS

- 151 – Grażyna Krasowicz-Kupis (Ed.): *Diagnoza dysleksji. Najważniejsze problemy* [Diagnosis of Dyslexia. The Most Important Issues]. Published by Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2009, pp. 356 (*Kamila Poczesna*)
- 154 – Rupert Isaacson: *Opowieść ojca. Przez Mongolskie stopy w poszukiwaniu cudu* [Original title: *The Horse Boy. A Father's Quest to Heal His Son*]. Published by Nasza Księgarnia, Warszawa 2010, pp. 382 (*Hanna Olechnowicz*)

We Recommend to our Readers:

- K. Bobińska. P. Gałęcki: *Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo* [Mental Disorders in People with Intellectual Disabilities]. Published by Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010, pp. 53 (*Kamil Kuracki*)
- A. Maciarz (Ed.): *Trudne dzieciństwo i rodzicielstwo* [Difficult Childhood and Parenthood]. Published by Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2009, pp. 166 (*Bernadetta Węclawik*)

KAMIL KURACKI
APS, Warszawa

INNI – OBCY CZY INNI – DRUDZY? O POTRZEBIE SPOŁECZNEJ AKCEPTACJI U OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

W artykule podjęto problematykę stosunku społeczeństwa do osób z niepełnosprawnością intelektualną. Szczególną uwagę zwrócono na występujące wciąż postawy braku tolerancji i akceptacji tej grupy osób, czynniki wpływające na nieprzychylnie postawy, rolę akceptacji społecznej w stworzeniu właściwych dla rozwoju osób z niepełnosprawnością intelektualną warunków życia.

Skalę problemu przedstawiono na podstawie wyników badań prowadzonych w Polsce i za granicą.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, upośledzenie umysłowe, akceptacja społeczna, tolerancja, potrzeby psychologiczne

Problem niepełnosprawności człowieka w wymiarze biologicznym, psychologicznym i społecznym obecny jest na każdym etapie rozwoju historycznego, niezależnie od kultury, miejsca na mapie świata czy też osiągniętego poziomu cywilizacji.

W każdej epoce przyjmowane są również określone postawy społeczne w stosunku do osób niepełnosprawnych, które zależą od dominujących aktualnie poglądów filozoficznych, wierzeń religijnych, obyczajów i systemów wartości (Twardowski 2008).

Chociaż wydaje się, że w ostatnim czasie społeczna percepcja osób niepełnosprawnych wyraźnie zmierza w kierunku większej akceptacji i otwartości, to wciąż jednak funkcjonują błędne, znacznie upraszczające i stereotypowe schematy myślenia, które powodują społeczny dystans wobec osób niepełnosprawnych (Korzon 2004).

Oczywiście stosunek do niepełnosprawności jest dziś bardzo daleki od okrutnych zwyczajów panujących wśród starożytnych Spartan, Rzymian czy też ludów pierwotnych, jak np. Masajowie, Junkowie, plemiona Wogeo z Nowej Gwinei, które zabijały bądź porzucały słabe, niepełnosprawne niemowlęta (Twardowski 2008). Współczesne postawy wobec osób niepełnosprawnych nie przypominają również, uwiecznionych na obrazach holenderskiego malarza z przełomu XV i XVI w. Hieronima Boscha (*Statek głupców* czy *Leczenie głupoty*), scen świadczących o postrzeganiu osób upośledzonych w kategoriach szaleńców.

Mimo postępu naukowego, rozwoju idei humanitaryzmu oraz wzrastającej gotowości do niesienia pomocy współczesne społeczeństwo wydaje się tworzyć na temat osób niepełnosprawnych pewne mity, które, jak trafnie za-

uważa A. Korzon (2004, s. 27–28), przyczyniają się do przypisywania im niekoniecznie prawdziwych cech oraz właściwości (np. agresywność), a w konsekwencji mogą prowadzić do licznych uprzedzeń i niechęci.

Tendencja do uogólniającego kategoryzowania niepełnosprawnych najbardziej widoczna jest w przypadku osób z upośledzeniem umysłowym. Jak słusznie stwierdza A. Dąbrowska (2005), mimo nieustannie podejmowanych prób zintegrowania niepełnosprawnych intelektualnie ze światem wciąż są oni postrzegani jako tzw. Inni – Obcy, gorsi, zagrażający społecznemu łaadowi, a nie jako Inni – Drudzy, których odmienność jest czymś naturalnym, wartym pielęgnacji i wnoszącym w codzienną rzeczywistość specyficzną wartość.

Czy zatem współczesny człowiek nie koncentruje się za bardzo na licznych ograniczeniach i słabościach osób z niepełnosprawnością intelektualną, zapominając o ich niewątpliwie licznych zdolnościach, możliwościach i umiejętnościach?

Odpowiedź na postawione pytanie może być jednoznacznie twierdząca, ponieważ to właśnie w stosunku do tej grupy osób niepełnosprawnych obserwuje się najbardziej skrajne postawy społeczeństwa – od pełnej akceptacji i współczucia do częściowego bądź zupełnego odrzucenia. Szczególnie nasilone wydają się być przede wszystkim postawy negatywne, cechujące się m.in. nadmiernym uczuciem litości, nadopiekuńczością, przecenianiem brzydoty kalectwa czy w końcu, co najgorsze, powiększaniem dystansu społecznego, a także uczuciem lęku bądź zakłopotania w obecności osób z dysfunkcjami (Kossewska 2007).

Niepokojąca skłonność do niewłaściwego traktowania osób z lekkim, umiarkowanym, znacznym bądź głębokim upośledzeniem umysłowym potwierdzają liczne przykłady z życia codziennego, np. negatywne nastawienie poznawcze pracodawców, sąsiadów, niestosowne komentarze słyszane w parku, sklepie czy komunikacji miejskiej.

O wyjątkowo złym ocenianiu osób z niepełnosprawnością intelektualną świadczą również liczne, obszerne badania naukowe prowadzone w polskich i zagranicznych instytutach badawczych.

A. Giryński i S. Przybylski (1993) wykazali, że osoby upośledzone umysłowo spostrzegane są przez otoczenie o wiele bardziej negatywnie niż osoby z innymi rodzajami niepełnosprawności, np. głuche, niewidome czy niepełnosprawne fizycznie. Wyniki te zgodne są z wynikami badań A. Ostrowskiej (1997). Dowodzą one, że pomaganie osobom z upośledzeniem umysłowym i chorobą psychiczną budzi w społeczeństwie polskim znacznie więcej oporów niż pomaganie niewidomym, z poważną chorobą serca czy niepełnosprawnym fizycznie.

P.A. Gordon, D. Feldman, J.Ch. Tantillo i K. Perrone (2004) podjęli próbę hierarchicznego uporządkowania wybranych chorób somatycznych, psychicznych oraz różnych rodzajów niepełnosprawności od najmniej do najbardziej społecznie akceptowanych i otrzymali jednoznaczne rezultaty, lokujące niepełnosprawność umysłową oraz chorobę psychiczną na najniższym poziomie w hierarchii. Jak wykazały badania, zaledwie nieco powyżej 60% osób biorących w nich udział zadeklarowało możliwość ewentualnego zostania

przyjacielem osoby z upośledzeniem umysłowym, co przy wskaźnikach dla innych chorób i zaburzeń, wahających się w przedziale 84% – 99%, wydaje się wynikiem stosunkowo niskim.

Autorzy badań zgodnie sugerują, że mała akceptacja niepełnosprawności intelektualnej może wynikać przede wszystkim z niskiego stanu wiedzy na temat specyfiki i możliwości rozwojowych osób z upośledzeniem umysłowym. Dowodów potwierdzających słuszność tej tezy dostarczają również wyniki badań M. Yazbeck, K. McVilly i T.R. Parmentera (2004). Świadczą one o tym, że bardziej pozytywne postawy w stosunku do osób z niepełnosprawnością intelektualną prezentują osoby mające wiedzę na temat upośledzenia umysłowego, studenci, osoby z wyższym wykształceniem oraz specjaliści w dziedzinie pomocy niepełnosprawnym, tj. rehabilitanci, pedagodzy, personel medyczny. Co więcej, autorzy podkreślają wzrastającą gotowość do wsparcia paradygmatu włączenia społecznego u osób pozostających w mniejszym bądź większym bezpośrednim kontakcie z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie.

A. Korzon (2004) w przeprowadzonym sondażu diagnostycznym wykazała, że zdecydowana większość badanych nie wie, czy osoby z niepełnosprawnością intelektualną różnią się od pełnosprawnych oraz czy powinny być traktowane tak jak ludzie pełnosprawni. Wielu badanych nie potrafiło również jednoznacznie stwierdzić, czy osoby z niepełnosprawnością intelektualną są towarzyskie, aktywne, otwarte na kontakty.

Prezentowane wyniki badań dowodzą, że wiedza na temat upośledzenia umysłowego pewnej części społeczeństwa jest co najmniej niewystarczająca. Brak wiedzy o niepełnosprawności intelektualnej, a co się z tym wiąże – brak akceptacji ze strony społeczeństwa, może być dla osób z upośledzeniem umysłowym źródłem wielu tragedii. Odrzucenie, izolacja bądź nadmierne oczekiwania bardzo często powodują u osób z niepełnosprawnością intelektualną poczucie pogardy dla samego siebie. Co więcej, odczuwane przez niepełnosprawnych osamotnienie oraz brak samoakceptacji zniechęca ich do podejmowania jakiegokolwiek wysiłku, osłabia mechanizmy odpornościowe, minimalizuje efekty podejmowanych działań leczniczych, edukacyjnych i rehabilitacyjnych (Kossewska 2007).

Biorąc pod uwagę poważne konsekwencje braku u osób z niepełnosprawnością intelektualną poczucia akceptacji, należy uświadomić sobie, że osoby te, tak jak osoby pełnosprawne, mają wiele łatwiejszych bądź trudniejszych do zaspokojenia potrzeb rozwojowych, które także wpisują się w powszechnie znany model hierarchii potrzeb zaproponowany przez A. Masłowa (por. Drat-Ruszczak 2004, s. 641–642). R. Wojtyczka (1998) zaznacza, że najważniejszą z nich jest niewątpliwie potrzeba bezpieczeństwa, czyli zapewnienia stabilnej więzi emocjonalnej opartej na sympatii i zaufaniu.

H. Olechnowicz (1979, za: Lausch-Żuk 2008) oprócz tzw. potrzeb podstawowych, tj.: fizjologicznych, biologicznych (snu, wypoczynku, ruchu) czy też popędowych (pokarmowych, płciowych), wymienia również odczuwane przez osoby z upośledzeniem umysłowym silne potrzeby poznawcze, stymulacji sensorycznej oraz – niezwykle ważne – potrzeby związane z dojrzeniem osobowości emocjonalno-społecznej (doznawania życzliwości, bycia

rozumianym i dostrzeganym, poczucia własnej wartości, funkcjonowania w otoczeniu społecznym).

Jak słusznie zauważa w teorii wspólnych i swoistych cech osobowości osób niepełnosprawnych i sprawnych A. Hulek (1980, za: Marszałek 2006), mimo że dzieci z dysfunkcjami przejawiają w swoim rozwoju te same potrzeby co dzieci sprawne, to jednak zaspokajanie ich może być znacznie utrudnione i ograniczone. Wynika to przede wszystkim z dysfunkcji fizycznej oraz z napięć emocjonalnych, będących skutkiem długotrwałej hospitalizacji, rehabilitacji bądź negatywnych reakcji otoczenia. Jeśli pierwsze dwie przyczyny ograniczające zaspokajanie potrzeb wynikają raczej z obiektywnych konieczności, to destrukcyjny czynnik związany z brakiem przychylności społecznej i zrozumienia wydaje się możliwy do stopniowego ograniczenia.

Redukcja dystansu społecznego wobec osób z upośledzeniem umysłowym byłaby niewątpliwie doskonałym zabiegiem wspomagającym ich rozwój, a jednocześnie zaspokajającym jedne z najważniejszych potrzeb – kontaktu, akceptacji, porozumiewania się czy też pełnienia określonych funkcji społecznych (Olechnowicz 1971).

Mając na uwadze dobro osób z niepełnosprawnością umysłową, warto zwrócić większą uwagę na niezbędne dla ich rozwoju wymagania środowiskowe, na sposób, w jaki są traktowane w różnych sytuacjach życia codziennego oraz na atmosferę, w jakiej odbywa się jeden z najtrudniejszych dla ich samorozwoju procesów – akceptacja siebie. Problem ten jest niezwykle ważny, szokujący jest bowiem opisany przez D.D. Smith (2009, s. 232) przypadek, gdy osoby z upośledzeniem umysłowym lęk przed społecznym odrzuceniem skłonił do udawania, że nie są upośledzone umysłowo oraz że nigdy nie przebywały w placówkach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną.

W stworzeniu optymalnych dla rozwoju osób niepełnosprawnych warunków niezwykle istotne jest wieloaspektowe zrozumienie wymiaru niepełnosprawności, owocujące obiektywną i realną oceną wpływu upośledzenia na funkcjonowanie człowieka, pozytywnym nastawieniem poznawczym oraz zachowaniami prospołecznymi w stosunku do upośledzonych, tj. podejmowaniem z nimi współpracy, okazywaniem życzliwości, a także przeciwdziałaniem izolacji. Tylko szeroko rozumiana opieka, aprobatą środowiska rodzinnego, szkolnego i pozaszkolnego może przyczynić się do znacznego zmniejszenia napięcia towarzyszącego osobom upośledzonym w otaczającej ich rzeczywistości (Kirejczyk 1981).

Jak zauważają T. Sikoń i R. Sikoń (2004), atmosfera pełna serdeczności, przyjaźni i akceptacji panująca wokół osób z niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzin może oddalić od nich uczucie wstydu i lęku, a zaszczepić w nich naturalną radość z przynależności do wspólnoty społecznej.

Chcąc zapobiec wciąż jeszcze obecnemu zjawisku braku akceptacji czy może raczej złej kategoryzacji osób niepełnosprawnych intelektualnie, należy zacząć od gruntownej pedagogizacji samych siebie, a także licznych zróżnicowanych środowisk, w których każdy człowiek na określonym etapie życia przebywa ze względu na wykonywaną pracę czy podejmowane kształcenie. Zmiana panującego wciąż negatywnego stosunku do osób upośledzonych

umysłowo wymaga bowiem samoedukacji, przybliżającej ludziom sprawnym różnorodne problemy, specyfikę rozwojową oraz potrzeby osób z niepełnosprawnością intelektualną, a wśród nich tę szczególnie ważną – potrzebę społecznej akceptacji.

Posiadanie przynajmniej podstawowych, rzetelnych informacji zdobytych na organizowanych coraz częściej szkoleniach, piknikach integracyjnych czy zaczerpniętych z literatury, a także próba nawiązania kontaktu z osobami z upośledzeniem umysłowym z pewnością wpłynie korzystnie na zmianę wyobrażeń o osobie niepełnosprawnej. Nawet jeśli zmiana postrzegania społecznego nie nastąpi zbyt szybko, to próby zrozumienia specyfiki niepełnosprawności intelektualnej będą pierwszym krokiem na drodze do zmiany stereotypowego myślenia, według którego, jak zauważa J. Rzeźnicka-Krupa (2009), istotą tożsamości człowieka niepełnosprawnego staje się jego niepełnosprawność.

Bibliografia

- Dąbrowska, A. (2005). Doświadczanie niepełnosprawności intelektualnej spotkaniem Innego – w trosce o normalizację kontaktów społecznych. W: C. Kosakowski, A. Krause (red.), *Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Drat-Ruszczak, K. (2004). Teorie osobowości – podejście psychodynamiczne i humanistyczne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2. Gdańsk: GWP.
- Giryński, A., Przybylski, S. (1993). *Integracja społeczna osób upośledzonych umysłowo w świetle ujawnianych do nich nastawień społecznych*. Warszawa: WSPS.
- Gordon, P.A., Feldman, D., Tontillo, J.Ch., Perrone, K. (2004). Attitudes Regarding Interpersonal Relationships with Persons with Mental Illness and Mental Retardation. *Journal of Rehabilitation*, 70, 1.
- Kirejczyk, K. (1981). *Upośledzenie umysłowe*. Pedagogika. Warszawa: PWN.
- Korzon, A. (2004). Mity i stereotypy myślowe o niepełnosprawnych intelektualnie w środowisku społecznym. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy społecznego funkcjonowania oraz rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kossewska, J. (2007) *Spółeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych – postawy i ich determinanty*, (online) www.wsp.krakow.pl, dostępne 06.02.2007 r.
- Lausch-Żuk, J. (2008). Dzieci z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- Marszałek, L. (2006). Stan zaspokojenia potrzeb rozwojowych dziecka niepełnosprawnego jako wyznacznik jego odporności psychicznej. *Szkoła Specjalna*, 3.
- Olechnowicz, H. (1971). Osobowość jednostek upośledzonych umysłowo w ujęciu psychologii funkcjonalnej. W: S. Kowalik (red.), *Rehabilitacja upośledzonych umysłowo*. Warszawa: PWN.
- Ostrowska, A. (1997). Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych. W: A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwiercadle*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Rzeźnicka-Krupa, J. (2009). *Niepełnosprawność i świat społeczny. Szkice metodologiczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Sikoń, T., Sikoń, R. (2004). Problem akceptacji człowieka upośledzonego umysłowo. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy społecznego funkcjonowania oraz rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Smith, D.D. (2009). *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo APS, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Twardowski, A. (2008), Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych. W: I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- Wojtyczka, R. (1998). *Zabierz mnie w podróż odkrywania świata – czyli o terapii osób upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*. Kalisz: Wydawnictwo WOM.
- Yazbeck, M., McVilly, K., Parmenter, T.R.(2004). Attitudes Toward People with Intellectual Disabilities. An Australian Perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 15, 2.

OTHERS – STRANGERS OR OTHERS – SECOND ONES? ABOUT THE NEED OF SOCIAL ACCEPTANCE IN PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Summary

The article presents the issues of social attitudes to people with intellectual disabilities. Special attention is paid to the still present lack of tolerance and acceptance of this group of people, the factors that influence disapproving attitudes, and the role of social acceptance in the creation of living conditions that are appropriate for the development of people with intellectual disabilities.

The scale of the problem is presented on the basis of research conducted both in Poland and abroad.

Key words: intellectual disabilities, mental handicap, social acceptance, tolerance, psychological needs

SYTUACJA PSYCHOLOGICZNA RODZEŃSTWA DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI (CZĘŚĆ 1)

W literaturze przedmiotu dominuje pogląd, że posiadanie niepełnosprawnego brata lub siostry ma negatywny wpływ na rozwój i funkcjonowanie pełnosprawnego rodzeństwa. Przytaczane są dane wskazujące, że rodzeństwo dzieci z niepełnosprawnościami narażone jest na problemy adaptacyjne, zaburzenia osobowości, zaburzenia emocjonalne oraz trudności w relacjach z rówieśnikami. Badania przeprowadzone w ostatnim dziesięcioleciu tworzą jednak bardziej optymistyczny obraz funkcjonowania rodzeństwa dzieci niepełnosprawnych.

Na początku artykułu scharakteryzowano stany emocjonalne doświadczane przez pełnosprawne rodzeństwo. Zwrócono uwagę na zróżnicowanie przeżywanych emocji w zależności od etapu rozwoju. Następnie przeanalizowano czynniki mające wpływ na jakość relacji dzieci sprawnych z niepełnosprawnymi braćmi i siostrami. Uwzględniono m.in.: rodzaj i stopień niepełnosprawności, kolejność urodzenia, płeć rodzeństwa, postawy rodziców, komunikację w rodzinie oraz stosunki między rodzicami.

Słowa kluczowe: rodzeństwo dzieci z niepełnosprawnościami, relacje między rodzeństwem, środowisko rodzinne, reakcje emocjonalne, czynniki wpływające na relacje między rodzeństwem

Wcześniejsze badania sytuacji psychologicznej rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnościami koncentrowały się głównie na problemach dzieci i matek. W większości prac rola ojców, dziadków i rodzeństwa była słabo wyeksponowana lub wręcz pominięta. Systemy pomocy dla rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnościami były również zdecydowanie bardziej zorientowane na matki niż na innych domowników. Specjaliści częściej i chętniej kontaktowali się z matkami. Poddawali je specjalnym szkoleniom i uczyli, jak powinny wspierać rozwój dziecka w trakcie codziennych relacji z nim (Twardowski 2009). Badacze wiele uwagi poświęcali przeżyciom rodziców po zdiagnozowaniu niepełnosprawności u dziecka. Opisyli długą i bolesną drogę, jaką muszą przebyć. Początkiem tej drogi jest przerażająca świadomość, że marzenie o posiadaniu zdrowego dziecka nie ziściło się, a końcem – pogodzenie się z faktem niepełnosprawności dziecka i zaakceptowanie go takim, jakie jest (Stengel-Rutkowski, Anderlik 2004). Przeanalizowano też problemy natury opiekuńczej, wychowawczej, materialnej i społecznej, z jakimi zmagają się rodziny wychowujące dzieci z niepełnosprawnościami.

Dopiero w latach 90. XX w. zainteresowano się relacjami sprawnego rodzeństwa z niepełnosprawnymi braćmi i siostrami (Powell, Gallagher 1993).

Zwrócono uwagę, że relacje te mają szczególny charakter ze względu na więzy krwi, bliskość emocjonalną oraz długotrwałość. Więż zapoczątkowana w dzieciństwie trwa przez całe życie, chociaż jej charakter i intensywność zmieniają się wraz z upływem czasu. Relacje z rodzeństwem są kontekstem społecznego uczenia się poprzez naśladownictwo i modelowanie. Stanowią wzór przyszłych relacji interpersonalnych w środowisku pozarodzinnym. Bracia i siostry są pierwszymi partnerami zabaw. Występują wobec siebie w rolach nauczycieli, uczniów, opiekunów, przyjaciół, rywali, wrogów, powierników. W trakcie wspólnych działań uczą się nawiązywać kontakty społeczne, współpracować, pomagać, dzielić się. Uczą się troszczyć o siebie nawzajem, bronić własnych interesów, negocjować, osiągać zaplanowane cele. Doświadczenia nabywane w relacjach z rodzeństwem są odmienne od doświadczeń nabywanych w relacjach z rodzicami i rówieśnikami. Relacje z rodzeństwem, ze względu na ich szczególną rolę w rozwoju dziecka, stawiane są na drugim miejscu po relacji przywiązania (Gartner i in. 1993).

Emocje doświadczane przez rodzeństwo dzieci z niepełnosprawnościami

Emocją często odczuwaną przez pełnosprawne rodzeństwo jest lęk. Dzieci w wieku przedszkolnym mogą bać się, że spowodowały niepełnosprawność brata lub siostry swoim niegrzecznym zachowaniem, brzydkim słowem lub złą myślą. Mogą bać się zarażenia niepełnosprawnością. Źródłem wielu lęków jest niezdolność do ustalania prawidłowych związków przyczynowo-skutkowych. Na przykład 3-letnie dziecko może być przekonane, że jeśli u niepełnosprawnego brata występuje atak epilepsji, to ono również go dostanie. W wieku szkolnym pełnosprawne rodzeństwo boi się, że rówieśnicy je odrzuca lub uznają za niepełnosprawne. W okresie dorastania pełnosprawne dzieci boją się, że niepełnosprawność brata lub siostry będzie miała negatywny wpływ na ich przyszłość i na dalsze funkcjonowanie rodziców i całej rodziny. Bajają się, że same mogą mieć niepełnosprawne dzieci. Dorastające rodzeństwo ma świadomość, że rodzicom potrzebna jest jego pomoc. Czuje się współodpowiedzialne za niepełnosprawnego brata lub siostrę. Jednocześnie musi mierzyć się z własnymi problemami: określeniem własnej tożsamości, wyborem dalszej drogi edukacyjnej, nawiązywaniem relacji koleżeńskich, przyjaźni i związków intymnych.

Innym stanem emocjonalnym doświadczanym przez pełnosprawne rodzeństwo jest gniew. Jego źródłem, szczególnie w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym, jest zaabsorbowanie rodziców opieką nad niepełnosprawnym dzieckiem. Małe dzieci utożsamiają miłość rodziców z ilością poświęcającej im uwagi. Jeśli rodzice nie mają dla nich czasu, narasta w nich złość. Sposobem radzenia sobie ze złością może być negatywizm, nieposłuszeństwo, dokuczanie innym albo otwarta agresja skierowana na niepełnosprawnego brata lub siostrę, a nawet na rodziców i innych domowników. Dzieci mogą złościć się na rodziców, że nie uchronili brata lub siostry przed niepełno-

sprawnością niezależnie od tego, czy mogli to uczynić czy też nie (Seligman, Darling 1997). Mogą też odczuwać złość, ponieważ uważają, że rodzice faworyzują niepełnosprawne rodzeństwo.

W niektórych rodzinach wyrażanie złości z powodu posiadania niepełnosprawnego rodzeństwa jest zabronione. W rezultacie pełnosprawne dzieci mogą interpretować swoją złość na niepełnosprawne rodzeństwo jako wyraz „bycia nie w porządku” wobec rodziców (Smith, Lloyd 2003). Aby uchronić się przed odczuwaniem złości, pełnosprawne rodzeństwo może unikać kontaktów z niepełnosprawnym bratem lub siostrą. Jeśli mimo to złość nie ustępuje, wówczas może pojawić się poczucie winy lub wstydu. Hamowanie wyrażania złości lub żalu zwykle uruchamia mechanizmy wypierania lub zaprzeczania, co w dalszej kolejności może prowadzić do zaburzeń nerwicowych.

W okresie dorastania pojawiają się nowe powody złości i nowe sposoby radzenia sobie z nią. Pełnosprawne rodzeństwo może czuć złość widząc, że wszystkie obowiązki związane z opieką nad niepełnosprawnym rodzeństwem spadają na matkę, ponieważ ojciec nie chce pomagać. Źródłem frustracji i złości w tym okresie rozwojowym jest przeświadczenie, że los (lub Bóg) jest niesprawiedliwy, ponieważ sprawił, że u brata lub siostry występuje niepełnosprawność. Silną złość mogą wywoływać sytuacje, w których niepełnosprawne rodzeństwo jest wyśmiewane lub obrażane przez pełnosprawnych rówieśników. Przyczyną złości mogą być również zachowania niepełnosprawnego rodzeństwa: zabieranie lub niszczenie przedmiotów, agresja, przeszkadzanie w nauce lub zabawie, zachowania nieadekwatne do sytuacji, niereagowanie na polecenia, brak współpracy przy wykonywaniu czynności samoobsługowych (Żyła 2004).

Wstyd i poczucie winy to kolejne stany emocjonalne przeżywane przez pełnosprawne rodzeństwo. Ich przyczyną może być niezdolność do uchronienia niepełnosprawnego rodzeństwa przed docinkami, wyzwiskami, żartami lub kpinami pełnosprawnych rówieśników. Niekiedy rodzeństwo nie broni niepełnosprawnego brata lub siostry, ponieważ boi się utracić sympatię kolegów. Konflikt między potrzebą opowiedzenia się po stronie atakowanego rodzeństwa a potrzebą akceptacji przez rówieśników jest przyczyną wstydu i poczucia winy. Czasami pełnosprawne dzieci wstydzą się pokazywać ze swoim niepełnosprawnym rodzeństwem w miejscach publicznych lub wychodzić z nim do kolegów. Poczucie wstydu i zażenowania może wzrastać, jeśli niepełnosprawne dziecko ma pewne charakterystyczne cechy: poważne zaburzenia mowy lub nie potrafi mówić, jest nadpobudliwe psychoruchowo, zachowuje się agresywnie, nie panuje nad potrzebami fizjologicznymi, ma określony wygląd, trudności z poruszaniem się, nadmiernie się ślini, ujawnia dziwaczne zachowania lub stereotypie ruchowe, zaczepia innych ludzi, ma napady epilepsji. Takie zachowania, poza zakłopotaniem, wstydem i tendencją do ucieczki, wywołują również poczucie bezsilności, żalu i gniewu. Gniew może być skierowany na osoby, które nie akceptują niepełnosprawnego rodzeństwa, na siebie i na niepełnosprawne rodzeństwo (tamże).

W okresie dorastania pełnosprawne dzieci zaczynają rozumieć, że rodzice chcieliby poświęcić im więcej czasu, ale nie mogą, ponieważ muszą zajmować się niepełnosprawnym bratem lub siostrą. Ta świadomość wywołuje przygnębienie i żal. Zauważają również, że posiadają cechy, których pozbawione jest ich niepełnosprawne rodzeństwo. Z tego powodu mogą odczuwać smutek i mieć poczucie winy. Te emocje często wzrastają, gdy brat/siostra cierpi na nieuleczalną chorobę i wchodzi w okres terminalny. Wówczas rodzeństwo z całą wyrazistością dostrzega, jak bardzo sytuacja brata lub siostry różni się od jego własnej.

Kiedy rodzice koncentrują się na niepełnosprawnym dziecku, jego pełnosprawne rodzeństwo w wieku przedszkolnym może czuć się mniej ważne i mniej kochane. Podobnie może być, gdy rodzeństwo zaczyna uczęszczać do przedszkola lub szkoły i gdy potrzebuje więcej rodzicielskiej troski, ale jej nie uzyskuje. Wówczas u pełnosprawnego rodzeństwa pojawia się zazdrość (Fleitas 2000). Brak wystarczającej uwagi ze strony rodziców mogą skompensować kontakty z dziadkami, ciociami, wujkami lub starszym rodzeństwem. Zazdrość pojawia się również wówczas, gdy osiągnięcia niepełnosprawnego brata lub siostry są przyjmowane przez domowników z wielką radością, choć w ocenie rodzeństwa są bardzo niewielkie. Innym powodem zazdrości mogą być wysokie oceny szkolne, które w przypadku niepełnosprawnego rodzeństwa są przyjmowane przez rodziców z większym entuzjazmem niż w przypadku rodzeństwa pełnosprawnego. Zazdrość mogą także budzić zróżnicowane wymagania i oczekiwania rodziców wobec sprawnego i niepełnosprawnego rodzeństwa, w ocenie tego pierwszego – niesprawiedliwe.

W okresie dorastania obiektem zazdrości są najczęściej rówieśnicy. Pełnosprawne rodzeństwo zazdrości im większej swobody, beztroski, mniejszej ilości obowiązków. W tym wieku zazdrość może współwystępować z poczuciem winy. Na przykład pełnosprawne rodzeństwo może zazdrościć rówieśnikom większej swobody, a jednocześnie mieć poczucie winy, że zbyt mało czasu poświęca swojej rodzinie.

Smutek i poczucie straty to kolejne negatywne emocje przeżywane przez pełnosprawne rodzeństwo. Te emocje mogą być doświadczane już we wczesnym dzieciństwie. Przyjście na świat niepełnosprawnego brata lub siostry zaburza dotychczasowy spokój i poczucie bezpieczeństwa oraz pozbawia stałej troski i uwagi rodziców (Klein, Schleiuffer 1993). Dotychczasowy rytm dnia oraz relacje z rodzicami i innymi domownikami ulegają zmianie. Małe dziecko nie potrafi zwerbalizować swoich przeżyć stanowiących odpowiedź na zaistniałą sytuację. Dlatego wyraża je poprzez swoje zachowanie. Dziecko może mieć napady lęku lub gniewu, zachowywać się agresywnie, przechodzić gwałtowne zmiany nastroju, ujawniać stany regresywne. W okresie dorastania odczuwanie straty z powodu posiadania niepełnosprawnego rodzeństwa zmienia się. Wzrastanie z niepełnosprawnym bratem lub siostrą wpływa na posiadany obraz siebie i świata. Rodzeństwo uświadamia sobie odmienną sytuację własnej rodziny w porównaniu z rodzinami swoich rówieśników. Zdaje sobie sprawę z cierpienia rodziców i niepełnosprawnego rodzeństwa. Dorastając pełnosprawne rodzeństwo już wie, jak wiele straciło w porówna-

niu z rówieśnikami. Jeśli nie potrafi podzielić się swymi przeżyciami z osobami najbliższymi, wówczas smutek i żal będzie się pogłębiał. Niewyrażone emocje mogą mieć negatywny wpływ na relacje z niepełnosprawnym rodzeństwem.

Niektóre dzieci mające niepełnosprawne rodzeństwo czują się wyizolowane i osamotnione. Mają poczucie, że są inne niż rówieśnicy oraz że ich rodziny są inne. Przekonanie o własnej odmienności ma negatywny wpływ na rozwój samooceny i poczucie własnej wartości (Hannah, Midlarsky 1999). Dopiero w okresie dorastania pełnosprawne dzieci potrafią zrozumieć, dlaczego rodzice muszą poświęcać więcej czasu i troski niepełnosprawnemu rodzeństwu. Gdy dorastający zaczynają rozumieć sytuację rodziców, mogą nie chcieć mówić o swoich przeżyciach, aby nie obarczać rodziców dodatkowymi problemami. Jednak niewyrażone emocje zalegają i zakłócają prawidłowe funkcjonowanie.

Problemy emocjonalne pełnosprawnego rodzeństwa zmieniają się wraz z wiekiem. Dzieci w wieku przedszkolnym odczuwają zazdrość. Czują się opuszczone i osamotnione, gdy rodzice większość czasu poświęcają niepełnosprawnemu rodzeństwu. W wieku 6–7 lat pełnosprawne rodzeństwo może obwiniać się za stan brata lub siostry (Twardowski 2007). W wieku 8–9 lat zdrowe dzieci zaczynają odczuwać lęk przed utratą niepełnosprawnego rodzeństwa, a także lęk o własne zdrowie. Przeżywają dłuższe okresy przygnębienia, smutku lub rozpacz. U pełnosprawnego rodzeństwa w wieku 12–18 lat negatywne emocje nasilają się. Dzieci odczuwają lęk, gniew, przygnębienie, smutek, rozpacz, mają poczucie winy, krzywdy. U dorastających dziewcząt występuje więcej problemów emocjonalnych niż u dorastających chłopców (Houtzager i in. 2005). Młodzi dorośli martwią się, co stanie się z ich niepełnosprawnym rodzeństwem po śmierci rodziców, jak będzie traktowane przez otoczenie społeczne. Obawiają się, czy niepełnosprawny brat lub siostra zostaną zaakceptowani przez ich partnera. Boją się o stan własnego zdrowia, o możliwość pojawienia się utajonej dotąd wady genetycznej. Odczuwają lęk przed koniecznością przejęcia opieki nad niepełnosprawnym rodzeństwem.

Uwarunkowania relacji między rodzeństwem sprawnym i niepełnosprawnym

Zdaniem D. Lobato (1990) nie ma uniwersalnego modelu związku między niepełnosprawnością dziecka a psychospołecznym przystosowaniem jego pełnosprawnego rodzeństwa. Trudności wynikające z zaburzeń rozwoju brata czy siostry są czynnikiem ryzyka dla dobrostanu pełnosprawnego rodzeństwa. Jakość wzajemnych relacji oraz wpływ tych relacji na rozwój pełnosprawnego rodzeństwa zależy jednak od wielu czynników.

Jednym z takich czynników jest rodzaj i stopień niepełnosprawności. Najbardziej niekorzystne dla relacji między rodzeństwem są niepełnosprawności złożone, charakteryzujące się specyficznym wyglądem dziecka i dużym nasileniem trudnych zachowań, znacznie ograniczające samodzielne funkcjonowanie oraz możliwość porozumiewania się. Stwierdzono, że im wyższy

stopień niepełnosprawności dziecka, tym większe nasilenie problemów emocjonalnych u rodziców i pełnosprawnego rodzeństwa i tym częstsze zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny (Crnick, Lyons 1993). Wychowanie dziecka z głębszą niepełnosprawnością wymaga od rodziców większego zaangażowania i wywołuje u nich silny stres. To z kolei powoduje, że pełnosprawne rodzeństwo pozbawione jest należytej uwagi i troski rodziców, a ponadto musi pomagać w opiece nad niepełnosprawnym bratem lub siostrą. Należy jednak podkreślić, że ilość czasu, jaką zdrowe dzieci spędzają z niepełnosprawnym rodzeństwem, nie jest najważniejsza. Ważniejsze jest to, jak pełnosprawne dzieci się zachowują. Stwierdzono, że w relacjach między sprawnym i niepełnosprawnym rodzeństwem mało jest działań o charakterze zabawowym z wykorzystaniem przedmiotów. Pełnosprawne rodzeństwo występuje głównie w roli opiekunów i nauczycieli starających się pokierować zachowaniami niepełnosprawnego brata lub siostry (Stoneman i in. 1987).

Istotny wpływ na relacje między sprawnym i niepełnosprawnym rodzeństwem ma kolejność urodzenia i różnica wieku. Niewielka różnica wieku między rodzeństwem współwystępuje z wysokim poziomem wrogości i częstymi konfliktami, ponieważ dzieci rywalizują ze sobą o względy rodziców. Z kolei duża różnica wieku koreluje z lepszym przystosowaniem rodzeństwa, co może być spowodowane niższym poziomem stresu u rodziców i wyższym poziomem satysfakcji rodziców z życia małżeńskiego (Powell, Gallagher 1993). Młodsze dzieci odczuwają wyższy poziom stresu, ponieważ nie rozumieją przyczyn niepełnosprawności i jej konsekwencji. Młodsze rodzeństwo może odczuwać wstyd, obserwując niedojrzałe lub niewłaściwe zachowania brata lub siostry. Z drugiej jednak strony, kiedy młodsze dziecko wzrasta z niepełnosprawnym rodzeństwem od pierwszych dni swego życia, wówczas traktuje swoją sytuację jako naturalną. Inaczej jest w przypadku starszego rodzeństwa. Przyjście na świat niepełnosprawnego brata lub siostry zmienia jego dotychczasowe relacje z rodzicami, odbiera poczucie bezpieczeństwa, zmusza do zmiany obrazu siebie i świata. Podobnie jest, gdy niepełnosprawność pojawia się u młodszego rodzeństwa, którego rozwój dotychczas przebiegał prawidłowo. Każda z wymienionych okoliczności prowadzi do silnego stresu i trudności w przystosowaniu się do nowej sytuacji.

Płeć rodzeństwa, tak sprawnego, jak i niepełnosprawnego, ma istotne znaczenie dla jakości wzajemnych relacji. Niepełnosprawność rodzeństwa najbardziej niekorzystnie wpływa na najstarsze siostry (Stoneman i in. 1988). W porównaniu z rówieśniczkami mającymi sprawne rodzeństwo, czterokrotnie częściej występują one w roli opiekunek i nauczycielek. Matkowanie niepełnosprawnemu rodzeństwu pochłania wiele czasu, wymaga cierpliwości i wiąże się z koniecznością nabycia nowych umiejętności. Do obowiązków pełnosprawnych sióstr należą m.in.: utrzymywanie porządku w domu, przygotowywanie posiłków, kąpanie i karmienie niepełnosprawnego rodzeństwa, odprowadzanie go do przedszkola lub szkoły, wychodzenie na spacer. Wszystkie te czynności znacznie ograniczają możliwość zaspokajania własnych potrzeb, rozwoju zainteresowań i kontaktów z rówieśnikami. Również starsi bracia zajmują się niepełnosprawnym rodzeństwem znacznie częściej

niż ich rówieśnicy z grupy kontrolnej i równie często jak starsze siostry z grupy kontrolnej. Starsi bracia dzieci niepełnosprawnych i starsi bracia dzieci sprawnych częściej niż starsze siostry dbają o przydomowy ogródek, sprzątają obejście domu, pracują w garażu. Starsi bracia zarówno dzieci sprawnych, jak i niepełnosprawnych nie zajmują się karmieniem i kąpaniem rodzeństwa. Te obowiązki przypisane są starszym siostrą (Stoneman i in. 1989). Starsi bracia niepełnosprawnego rodzeństwa częściej niż starsze siostry kontaktują się z kolegami i przyjaciółmi zarówno w domu, jak i poza domem.

Zgromadzono liczne dane dokumentujące tezę, że wielkość rodziny ma istotny wpływ na relacje między rodzeństwem. Sprawne rodzeństwo dzieci z większych rodzin rozwija się i funkcjonuje lepiej niż sprawne rodzeństwo z małych rodzin (Marsha i in. 2002). Szczególnie niekorzystna sytuacja występuje w rodzinach składających się z rodziców oraz dwójki dzieci, z których jedno jest niepełnosprawne. D. Lobato (1990) stwierdziła, że rodziny, w których oprócz niepełnosprawnego dziecka jest jeszcze przynajmniej dwoje dzieci sprawnych, funkcjonują znacznie lepiej. W wielodzietnych rodzinach pełnosprawne rodzeństwo ma mniej problemów emocjonalnych i mniej obowiązków związanych z opieką nad niepełnosprawnym bratem lub siostrą. Oczekiwania rodziców są dostosowane do możliwości pełnosprawnych dzieci. Bardzo rzadko zdarza się, aby rodzice domagali się od pełnosprawnych dzieci wysokich osiągnięć kompensujących brak sukcesów u niepełnosprawnego brata lub siostry. W większych rodzinach dzieci mogą wspierać się emocjonalnie. Mogą dzielić się swymi myślami, przeżyciami i doświadczeniami, co przynosi pokrzepienie i uspokojenie. W większych rodzinach obowiązki domowe oraz obowiązki związane z opieką nad niepełnosprawnym dzieckiem można podzielić na większą liczbę osób, dzięki czemu stają się mniej uciążliwe. Bardzo ważne są relacje z dziadkami, wujkami, ciociami, kuzynami i innymi członkami bliższej i dalszej rodziny. Relacje te, jeśli są pozytywne, stanowią sieć wsparcia dla rodzeństwa i rodziców. Wsparcie może mieć charakter materialny i emocjonalny, może chronić rodzinę przed izolacją oraz zapewniać niepełnosprawnemu dziecku i jego rodzeństwu lepsze warunki rozwoju.

Akceptująca postawa rodziców, szczególnie matki, sprzyja dobremu przystosowaniu niepełnosprawnego dziecka i pozytywnym relacjom między rodzeństwem. Sposób, w jaki rodzice postępują z niepełnosprawnym dzieckiem, ma niezwykle istotny wpływ na to, jak pełnosprawne rodzeństwo spostrzega swoją sytuację i jak sobie z nią radzi. Jak zauważa H. Featherstone (1980, s. 163), „pełnosprawne rodzeństwo uczy się oceniać swe doświadczenia związane z posiadaniem niepełnosprawnego brata lub siostry obserwując zachowania rodziców”. Negatywne emocje rodziców skierowane na niepełnosprawne dziecko udzielają się pozostałym dzieciom. Jeśli rodzice uważają, że problemy rodziny są skutkiem posiadania niepełnosprawnego dziecka, jest wysoce prawdopodobne, że pełnosprawne rodzeństwo przejmie to przekonanie. Stosunek rodziców do niepełnosprawności dziecka wpływa na atmosferę emocjonalną w rodzinie. Pozytywnie nastawieni rodzice kształtują u swoich dzieci nadzieję, optymizm i odporność na sytuacje trudne.

Szczera i otwarta komunikacja w rodzinie to kolejny czynnik mający istotny wpływ na relacje między sprawnym i niepełnosprawnym rodzeństwem. Jeśli rodzice celowo unikają podejmowania rozmów na temat niepełnosprawności dziecka, wówczas pełnosprawne rodzeństwo nie ma okazji, aby wyrazić swoje rozterki, lęki i obawy. To z kolei prowadzi do obniżenia nastroju, stanów lękowych, poczucia osamotnienia, a nawet depresji. Rodzice powinni zachęcać dzieci do werbalizowania uczuć i potrzeb. Powinni informować je o stanie niepełnosprawnego brata lub siostry w przystępny dla nich sposób. Jeśli informacje są szczere, prawdziwe i zrozumiałe, wówczas rodzeństwo lepiej rozumie potrzeby, możliwości i ograniczenia niepełnosprawnego brata lub siostry (Gamble, Woulbroun 1993). Łatwiej też radzi sobie z poczuciem winy, złością, zazdrością, lękiem i innymi negatywnymi emocjami. Ogólnie można powiedzieć, że dobra komunikacja poprawia relacje między członkami rodziny i redukuje poziom stresu u poszczególnych domowników. Jeśli w rodzinie otwarcie mówi się o problemach i wspólnie się je rozwiązuje, wówczas wytwarza się atmosfera wzajemnego zrozumienia, miłości i akceptacji, która jest korzystna dla rozwoju wszystkich dzieci. Wspólnota poglądów i uczuć ułatwia członkom rodziny wypracowanie skutecznych sposobów radzenia sobie z pojawiającymi się problemami. Pełnosprawne rodzeństwo nie czuje się zagubione i osamotnione, ponieważ zawsze może porozmawiać o dręczących je kłopotach i uzyskać potrzebną pomoc.

Stosunki między matką i ojcem mają istotny wpływ na relacje między rodzeństwem i na funkcjonowanie całej rodziny. Konflikty małżeńskie negatywnie oddziałują na atmosferę życia rodzinnego. Wrogie relacje między małżonkami funkcjonują jako nieprawidłowy wzorzec rozwiązywania konfliktów interpersonalnych i prowadzą do zaburzeń w relacjach między rodzeństwem.

Dobre samopoczucie i zadowolenie rodziców z życia małżeńskiego mają pozytywny wpływ na rozwój niepełnosprawnego dziecka i przystosowanie pełnosprawnego rodzeństwa. Jeśli rodzice czują się szczęśliwi, nawzajem się wspierają i rzadko się kłócą, wówczas ich dzieci nie ujawniają zaburzeń zachowania i są do siebie pozytywnie nastawione. Dobre relacje między rodzicami współwystępują z niskim poziomem stresu w rodzinie i większą otwartością w relacjach między domownikami. Zaburzenia w relacjach między małżonkami skutkują natomiast wyższym poziomem stresu, osłabieniem spójności rodziny i nasileniem trudności w relacjach między rodzeństwem (Stoneman, Brody 1993). Stwierdzono, że wysoki poziom zadowolenia rodziców z życia małżeńskiego współwystępuje z pozytywną samoocena i wysokim poczuciem własnej wartości u pełnosprawnego rodzeństwa (Rodrigue, Geffken 1993).

Jest wiele dowodów, że pozytywne relacje między małżonkami sprzyjają dobremu przystosowaniu pełnosprawnego rodzeństwa. Przede wszystkim rodzice posługują się bardziej jednolitymi i konstruktywnymi strategiami oddziaływań wychowawczych i czynią to konsekwentnie. Jeśli rodzice pomagają sobie i wspierają się w trudnych sytuacjach, wówczas zmniejsza się prawdopodobieństwo wystąpienia u nich kryzysów emocjonalnych, a szcze-

gólnie stanów depresyjnych. Dobre relacje między małżonkami i związana z nimi pozytywna atmosfera życia rodzinnego sprzyjają zaspokojeniu ważnych potrzeb psychicznych dzieci, m.in.: bezpieczeństwa, przynależności i miłości, szacunku, uznania, osiągnięć, autonomii. To zaś stwarza optymalne warunki do prawidłowego rozwoju psychicznego wszystkich dzieci w rodzinie.

Dotychczasowe badania wskazują, że status społeczno-ekonomiczny rodziny ma wpływ na relacje między sprawnym i niepełnosprawnym rodzeństwem. Stosunkowo największe trudności w dostosowaniu oczekiwań do możliwości dzieci występują w rodzinach z klasy średniej (Powell, Gallagher 1993). Rodzice z tych rodzin mają trudności z obniżeniem oczekiwań i wymagań wobec niepełnosprawnego dziecka, ponieważ przypuszczają, że jego niepełnosprawność jest nieznaczna lub ma przejściowy charakter. Pełnosprawne rodzeństwo z rodzin o wysokim statusie społeczno-ekonomicznym częściej czuje się „naznaczone” posiadaniem niepełnosprawnego brata lub siostry. Odczuwa ponadto presję rodziców, aby swymi sukcesami w szkole i poza szkołą kompensowało niskie osiągnięcia niepełnosprawnego brata lub siostry. Rodziny z klasy średniej mają jednak środki, aby zapłacić za dodatkowe usługi rehabilitacyjne, wynająć pomoc domową lub zatrudnić wykwalifikowaną opiekunkę do dziecka. Dzięki temu członkowie rodziny mogą odpocząć i mieć więcej czasu dla siebie. Rodzice mogą poświęcić więcej uwagi pełnosprawnym dzieciom, a pełnosprawne rodzeństwo może spotykać się z rówieśnikami oraz rozwijać własne zainteresowania.

Rodziny o niskim statusie społeczno-ekonomicznym mają mniej pieniędzy na zaspokojenie wszystkich swoich potrzeb. Dlatego pełnosprawne rodzeństwo czuje się zobowiązane do pozyskiwania dodatkowych środków lub uczestniczenia w działaniach na rzecz niepełnosprawnego brata lub siostry. W rezultacie pełnosprawne rodzeństwo może odczuwać wyższy poziom stresu, mieć mniej czasu dla siebie i czuć się odizolowane od rówieśników (tamże).

Bardzo istotny wpływ na funkcjonowanie rodziny wychowującej dziecko z niepełnosprawnością mają przekonania religijne jej członków. W rodzinach wierzących, w porównaniu z rodzinami niewierzącymi, stwierdzono wyższy poziom akceptacji niepełnosprawnego dziecka, niższy poziom stresu, lepsze przystosowanie do nowej sytuacji i większe zaangażowanie w opiekę nad niepełnosprawnym dzieckiem (Crnic i in. 1983). Wierzące matki lepiej radziły sobie w sytuacjach trudnych niż matki niewierzące. Również wierzące pełnosprawne rodzeństwo, w porównaniu z niewierzącymi rówieśnikami, ujawniało mniej symptomów lęku i niższy poziom depresji, natomiast wyższy poziom samooceny i poczucia własnej wartości (McHalle, Gamble 1987).

Bibliografia

- Crnic, K.A., Friedrich, W.N., Greenberg, M.T. (1983). Adaptation of families with mentally retarded children: A model of stress, coping and family ecology. *American Journal of Mental Deficiency*, 88.

- Crnick, K.A., Lyons, J. (1993). Siblings of children with dual diagnosis. W: Z. Stoneman, P.W. Berman (red.), *The effect of mental retardation, disability and illness on sibling relationships*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Featherstone, H. (1980). *A difference in the family: Life with a disability child*. New York: Basic Books.
- Fleitas, J. (2000). When Jack fell down ... Will came tumbling after: Siblings in the web of illness and disability. *American Journal of Maternal and Child Nursing*, 5.
- Gamble, W.C., Woulbroun, E.J. (1993). Measurement consideration in the identification and assessment of stressors and coping strategies. W: Z. Stoneman, P.W. Berman (red.), *The effects of mental retardation, disability and illness on siblings relationships*. Baltimore: Paul. H. Brookes Publishing Co.
- Gartner, A., Lipsky, D.K., Turnbull, A.P. (1993). *Supporting families with a child with a disability*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Hannah, M.E., Midlarsky, E. (1999). Competence and adjustment of siblings with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 1.
- Houtzager, B.A., Grootenhuis, M.A., Hoeksa-Weebers, J.E., Last, B.F. (2005). *One month after diagnosis: Quality of life, coping and previous functioning in siblings of children with cancer*. Amsterdam: Academic Medical Center.
- Klein, S., Schleiufer, M. (red). (1993). *It isn't fair!: Siblings of children with disabilities*. Westport: Bergin and Garvey.
- Lobato, D.J. (1990). *Brothers, sisters and special needs: Information and activities for helping young siblings of children with chronic illness and developmental disabilities*. Baltimore: Paul. H. Brookes Publishing Co.
- Marsha, M.M., Howard, V.F., McLaughlin, T.F. (2002). Siblings of children with disabilities: A review and analysis. *International Journal of Special Education*, 1.
- McHalle, S.M, Gamble, W.C. (1987). Sibling relations and adjustment in children with disabled and non disabled brothers and sisters. *Journal of Children in Contemporary Society*, 19.
- Powell, T.H., Gallagher, P.A. (1993). *Brothers and sisters: A special part of exceptional families*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Rodrigue, J.R, Geffken, G.R. (1993). Perceived competence and behavioral adjustment of siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 4.
- Seligman, M., Darling, R.B. (1997). *Ordinary families, special children: A system approach to childhood disability*. New York: Guilford.
- Smith, M., Lloyd, M. (2003). *Supporting siblings. When a brother or sister has a disability or chronic illness*. Armadale, Australia: Association for Children with a Disability.
- Stengel-Rutkowski, S., Anderlik, S.L. (2004). *Możliwości i potrzeby dzieci z genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń*. W: W. Dykcik, A. Twardowski (red.), *Wspomaganie rozwoju i rehabilitacja dzieci z genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń*. Poznań: Wydawnictwo PTP.
- Stoneman, Z., Brody, G.H. (1993). Sibling relations in the family context. W: Z. Stoneman, P.W. Berman (red), *The effects of mental retardation, disability and illness on sibling relationships*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Stoneman, Z., Brody, G.H., Davis, C.H., Crapps, J.M. (1987). Mentally retarded children and their older same-sex siblings: Naturalistic in-home observation. *American Journal on Mental Retardation*, 92.
- Stoneman, Z., Brody, G.H., Davis, C.H., Crapps, J.M. (1988). Childcare responsibilities, peer relations, and siblings' conflict: Older siblings of mentally retarded children. *American Journal on Mental Retardation*, 93.
- Stoneman, Z., Brody, G.H., Davis, C.H., Crapps, J.M. (1989). Role relation between chil-

- dren who are mentally retarded and their older siblings: Observations in three in-home context. *Research in Developmental Disabilities*, 10.
- Twardowski, A. (2007). Znaczenie relacji z pełnosprawnymi rówieśnikami dla rozwoju psychicznego dzieci przewlekle chorych. W: A.A. Zych, A. Nowicka (red.), *By człowiek nie musiał cierpieć... Księga jubileuszowa dedykowana Pani Profesor Aleksandrze Maciarz*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe DSW.
- Twardowski, A. (2009). Psychologiczne problemy ojców dzieci z niepełnosprawnościami. *Szkoła Specjalna*, 1.
- Żyta, A. (2004). *Rodzeństwo osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

PSYCHOLOGICAL SITUATION OF SIBLINGS OF CHILDREN WITH DISABILITIES (PART 1)

Summary

The opinion that having a brother or a sister with disability has a negative influence on the development and functioning of nondisabled siblings dominates in literature. The data quoted indicates that siblings of children with disabilities are at risk of adaptation problems, personality disorders, emotional disorders and problems with peer relationships. However, research conducted over the last ten years shows a more optimistic picture of how siblings of children with disabilities function.

The article starts with a description of emotional states experienced by nondisabled siblings. It points out the diversity of emotions experienced depending on the developmental stage. Then the factors that influence the quality of relationships between nondisabled and disabled brothers and sisters are analyzed. The following are taken into consideration: the type and severity of disability, birth order, the gender of siblings, parental attitudes, communication in the family and relationships between parents.

Key words: siblings of children with disabilities, relationships between siblings, family environment, emotional reactions, factors influencing relationships between siblings

DIAGNOZA POTENCJAŁU POZNAWCZEGO DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM (CZĘŚĆ 2). DZIECI TRZY- I CZTEROLETNI

W artykule prezentowane są wyniki badań zdolności poznawczych 70 dzieci o prawidłowym rozwoju w wieku trzech i czterech lat z zastosowaniem procedury zadanie – pomoc – zadanie. Każdej z grup proponowano rozwiązanie zestawu dopasowanego rozwojowo. Wykonanie zadania oceniano w skali 0 – 4, uwzględniając w punktacji koncepcję L.S. Wygotskiego. Wyniki analizowano ze względu na rozmieszczenie zadań w strefach aktualnego, najbliższego i oddalonego rozwoju, wielkość udzielanej pomocy, stopień trudności zestawu. Większość dzieci trzy- i czteroletnich rozwiązywała zadania przewidziane dla ich grup wiekowych. Mieściły się one w dolnych i górnych obszarach strefy aktualnego rozwoju oraz w dolnym obszarze strefy najbliższego rozwoju. Ujawniono także różnice w stopniu trudności zestawów – zestaw dla czterolatków był trudniejszy, co przejawiało się większą częstotliwością pomocy oferowanej przez nauczyciela.

Słowa kluczowe: strefy aktualnego, najbliższego i oddalonego rozwoju, zdolności poznawcze, dzieci prawidłowo się rozwijające

W pierwszej części artykułu (Kulesza 2011) przedstawiono teoretyczny model diagnozy potencjału poznawczego, scharakteryzowano zestaw prób/zadań diagnostycznych, opisano psychometryczną analizę zestawu z wykorzystaniem SPSS. Narzędzie zweryfikowano ze względu na stopień trudności, moc dyskryminacyjną, wpływ poszczególnych pozycji na współczynnik rzetelności całości, stabilność bezwzględna, zgodność wewnętrzną oraz trafność treściową, diagnostyczną, prognostyczną i teoretyczną. Wykazano rzetelność i trafność narzędzia¹. Część druga to jakościowo-ilościowa prezentacja wykonania prób wyselekcjonowanych dla prawidłowo rozwijających się dzieci w wieku trzech i czterech lat.

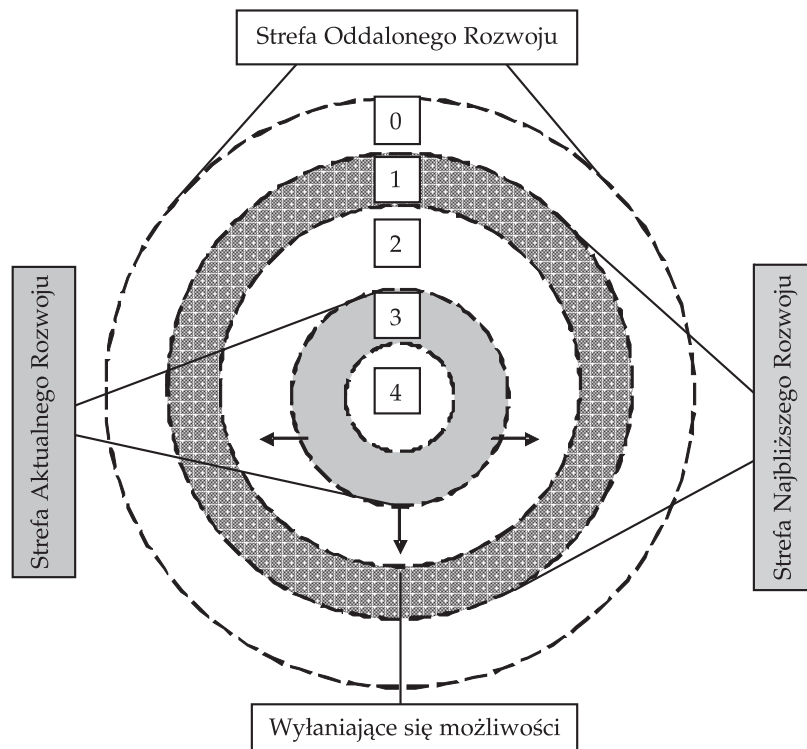
Grupa badawcza, metoda, narzędzie

Prezentowane analizy dotyczą 70 dzieci o prawidłowym rozwoju umysłowym objętych wychowaniem przedszkolnym w wieku 3 lat – 3 lat 11 miesięcy (33 dzieci) i 4 lat – 4 lat 11 miesięcy (37 dzieci). Badani nie przejawiali zaburzeń utrudniających, jak: nawiązanie kontaktu, wykonanie czynności manipulacyj-

¹ Narzędzie przeznaczone jest do ujawniania aktualnych osiągnięć i wyłaniających się możliwości poznawczych dzieci o prawidłowym rozwoju intelektualnym oraz dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i umiarkowanym.

nych, różnicowanie barw i kształtów. Dobór grupy nie był tendencyjny, podlegał jednak ograniczeniom wynikającym z etyki badań.

Badania przeprowadzono z wykorzystaniem eksperymentu diagnostycznego. Do oceny potencjału poznawczego zastosowano autorski zestaw prób poznawczych. Badania miały charakter indywidualny i odbywały się w znajomym dziecku pomieszczeniu (sali przedszkolnej, gabinecie logopedycznym).



Schemat. Struktura stref rozwojowych wraz z punktowym systemem oceny

Dzieciom proponowano zadania wyselekcjonowane dla ich grup rozwojowych. Każde zadanie spełniało kryterium większości, tj. było rozwiązywane bez pomocy lub z małą pomocą przez co najmniej 75% badanych z danej grupy wiekowej². Wykonanie oceniano w skali od 0 do 4 (schemat). Punktacja odzwierciedlała ideę stref rozwojowych L.S. Wygotskiego (2004):

- samodzielne rozwiązanie zadania z zastosowaniem najbardziej efektywnej i ekonomicznej metody (najczęściej wzrokowego różnicowania) – 4 punkty, dolny obszar Strefy Aktualnego Rozwoju (SAR);

² Do zestawu dla danej grupy rozwojowej kwalifikowano próby o średnich od 4,0 do 2,0 punktów, tj. mieszczące się w dolnym bądź górnym zasięgu strefy aktualnego rozwoju (samodzielne wykonanie) i w dolnym obszarze strefy najbliższego rozwoju (rozwiązanie z małą pomocą).

- samodzielne wykonanie zadania z zastosowaniem mniej efektywnej i bardziej czasochłonnej metody (najczęściej prób i błędów) – 3 punkty, górny obszar Strefy Aktualnego Rozwoju;
- samodzielne rozwiązanie próby po demonstracji metody najbliższej dziecku – 2 punkty, dolny obszar Strefy Najbliższego Rozwoju (SNR);
- samodzielne wykonanie zadania po wspólnym rozwiązaniu z dorosłym – 1 punkt, górny obszar Strefy Najbliższego Rozwoju;
- dziecko nie wykonało zadania mimo udzielonej pomocy – 0 punktów, Strefa Oddalonego Rozwoju (SOR) (Kulesza 2004, s. 83).

Wyniki dzieci prawidłowo się rozwijających o wieku umysłowym 3 lata

Zestaw dla dzieci trzyletnich zawiera 12 zadań, które badają (w nawiasach podano numer zadania zgodnie z numeracją w Zestawie Prób Poznawczych):

1. Zdolność dostrzegania odpowiedniości kształtu figur i brył geometrycznych, rozumienie pojęcia „taki sam”:
 - dobieranie do pary figur geometrycznych w kształcie koła, kwadratu i trójkąta opierając się na pojęciu „taki sam” (zad. 1),
 - wrzucanie klocków o podstawie kwadratu, trójkąta, koła i prostokąta do skrzynki z otworami (zad. 2).
2. Zdolność dostrzegania odpowiedniości koloru jednorodnych przedmiotów, rozumienie pojęcia „taki sam”:
 - dobieranie do pary 4 kolorów (czerwonego, zielonego, żółtego, niebieskiego) opierając się na pojęciu „taki sam” (zad. 4),
 - dobieranie barwnego desygnatu zgodnie z nazwą koloru (2 kolory, zad. 5).
3. Zdolność spostrzegania wielkości przedmiotów i porządkowanie ich od największego do najmniejszego:
 - układanie piramidki zgodnie z zasadą wielkości – 3 koła (zad. 11).
4. Zdolność syntezy części i kombinowania elementów przestrzennych:
 - składanie lalki (tzw. ruskiej baby) z czterech części (zad. 15).
5. Zdolność dostrzegania odpowiedniości przedmiotów na obrazkach, rozumienie pojęcia „taki sam”:
 - dobieranie przedmiotów do pary (6 par) opierając się na pojęciu „taki sam” (zad. 22),
 - składanie obrazka z 2 części (zad. 23).
6. Zdolność dostrzegania stosunków przestrzennych:
 - równoległe odtwarzanie trzelementowych układów z klocków o różnych kształtach (zad. 26).
7. Zdolność klasyfikacji na poziomie niewerbalnym, dostrzeganie obrazków jednocześnie jako podobnych i różnych:
 - porządkowanie obrazków według przynależności do 2 klas: zwierząt i pojazdów (zad. 28).
8. Zdolność dostrzegania odpowiedniości ilościowo-liczbowej:

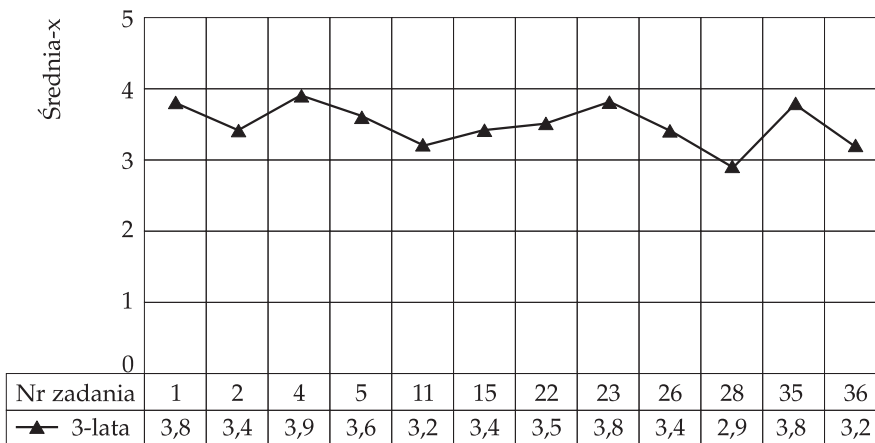
- odtwarzanie ilości (dużo) i liczby elementów (jeden) według wzorca (zad. 35),
- odtwarzanie liczby do trzech elementów według wzorca (zad. 36).

W zadaniach 1, 4 i 22 nauczyciel najpierw kształtuje pojęcie „taki sam” w odniesieniu do kształtu (figury geometrycznej, zad. 1), koloru (zad. 4) i przedmiotu na obrazku (zad. 22), a później używa tego pojęcia w instrukcji.

Profil osiągnięć poznawczych dzieci trzyletnich

Wykres 1 przedstawia wyniki uzyskane przez trzyletnie dzieci o prawidłowym rozwoju. Średnie za wykonanie zadań zestawu zawierały się w przedziale od 2,9 do 3,9 punkta. Trzylatki najlepiej rozwiązały zadanie 4 – wzrokowe różnicowanie kolorów: czerwonego, zielonego, żółtego i niebieskiego, uzyskując średnią 3,9 punkta. Szybko uczyły się, że „taki sam” oznacza klocek o takim samym kolorze. Gdy demonstrowano klocek i pytano: *gdzie taki sam?* bez problemów stawały, przysuwały lub wskazywały właściwy klocek.

Bardzo wysoką średnią – 3,8 punkta otrzymały również za zadania, w których należało dobierać do pary figury geometryczne (zad. 1) i układać obrazek z dwóch części (zad. 23). Bardzo dobrze różnicowały „dużo” i „jeden” (zad. 35 – 3,8 punkta). Trochę trudniejsze okazało się odtworzenie trzejelementowego zbioru według demonstrowanego przez badającego wzorca (zad. 36) – 3,2 punkta. Trzylatki kładły na swojej dłoni lub na stole dwa patyczki. Gdy dorosły demonstrował trzejelementowy zbiór, niektóre gubiły się, dobierały po jednym patyczku, odkładały i ponownie dobierały patyczki.



Liczebność grupy – 33

Wykres 1. Średnia liczba punktów za poszczególne zadania wykonane przez trzyletnie dzieci o prawidłowym rozwoju – zestaw dla trzylatków

Najniższą średnią odnotowano w zadaniu 28 (2,9 punkta) – porządkowanie obrazków w dwóch grupach (zwierząt i pojazdów). Nauczyciel rozpoczynał klasyfikację – po dwa obrazki w grupie – nie wyjaśniał zasady porządkowania, a jedynie mówił: *Tu pasuje*. Wielu badanych (63,7%) wyodrębniło zasadę klasyfikacji i kontynuowało porządkowanie obrazków, pozostali potrzebowali podpowiedzi.

Strategia udzielania pomocy

W procedurze badania diagnostycznego przewidziana jest pomoc, której wielkość zależy od stopnia trudności zadania dla dziecka. Pomoc dozowano dwuetapowo: etap 1 – nauczyciel rozwiązuje zadanie metodą rozwojowo najbliższą dziecku, najczęściej stosuje metodę prób i błędów; etap 2 – nauczyciel proponuje wspólne rozwiązanie zadania metodą rozwojowo najbliższą dziecku, steruje jego czynnościami słownie i fizycznie. Gdy po takim krótkim nauczaniu badany w dalszym ciągu ma problemy, to zadanie rozwiązują wspólnie. W ten sposób zapewnia się pozytywne nastawienie dziecka do dalszej zabawy z dorosłym.

Rozmieszczenie zadań w strefach rozwojowych oraz skuteczność pomocy

Wszystkie trzylatki (33 osoby) o prawidłowym rozwoju bez pomocy nauczyciela wykonały jedno zadanie (zad. 35): bezbłędnie różnicowały „jeden” i „dużo”. W pozostałych próbach (oprócz zad. 5, w którym procedura nie uwzględniała pomocy) zawsze któreś z dzieci potrzebowało podpowiedzi. Dużą samodzielnością wykazały się dzieci w zadaniach: 1 – dobieranie do pary figur geometrycznych (obszary SAR: dolny 84,8%, górny 12,1%), 4 – dobieranie do pary 4 kolorów (obszary SAR: dolny 93,8%, górny 3,1%), 23 – dobieranie przedmiotów do pary (obszary SAR: dolny 87,8%, górny 9,1%).

Małej pomocy udzielono dzieciom w dziewięciu zadaniach. W czterech zadaniach (2, 22, 28, 36) oferowano pomoc bardziej zaawansowaną (tabela 1).

Najczęściej pomagano w zadaniach 28, 11 i 15. W zadaniu 28 należało uporządkować obrazki w dwóch grupach: zwierząt i pojazdów. Co trzecie dziecko (30,2%) wyodrębniło zasadę klasyfikacji po udzieleniu podpowiedzi, w tym małej pomocy udzielono 24,1%, dużej zaś 6,1% badanym. W zadaniu 11 pokazano metodę wybierania zawsze największego koła. 18,2% trzylatków skorzystało z tej podpowiedzi. Podobnie w zadaniu 15, w którym proszono dzieci o złożenie zabawki z czterech części, 18,2% dzieci potrzebowało demonstracji metody prób i błędów (mała pomoc).

Niektóre zadania leżały poza zasięgiem SNR. Niektóre dzieci (6,1%) nie wyodrębniały cech wspólnych i różnicujących obrazki (zad. 28) nawet po udzieleniu dwustopniowej pomocy, 9,1% badanych nie potrafiło odtworzyć liczby w trzelementowym zbiorze (zad. 36). Zadanie 26 (równoległe odtwarzanie trzelementowych układów przestrzennych) dla niektórych dzieci (3,1%) było za trudne.

Tabela 1

Rozmieszczenie zadań w strefach rozwojowych dzieci trzyletnich o prawidłowym rozwoju (w %)

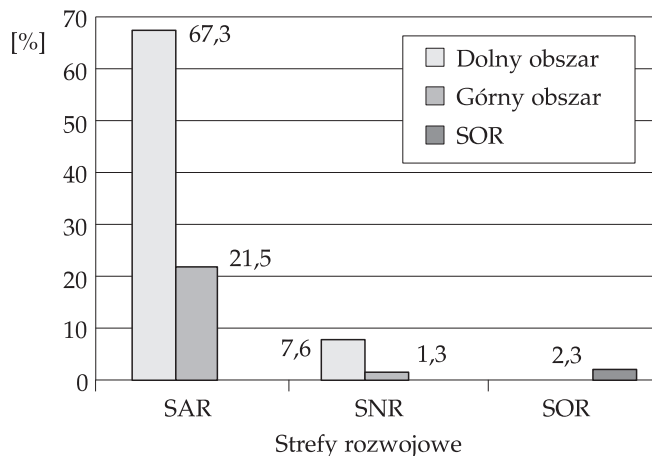
Lp.	Nr zadania	STREFY					NW
		Aktualnego Rozwoju		Najbliższego Rozwoju		Oddalonego Rozwoju	
		OBSZARY					
		dolny	górnny	dolny – pomoc mała	górnny – pomoc duża		
1	1	84,8	12,1	3,1	0,0	0,0	
2	2	54,5	36,3	6,1	3,1	0,0	
3	4	93,8	3,1	3,1	0,0	0,0	
4	5	90,1	0,0	0,0	0,0	9,9	
5	11	36,3	45,5	18,2	0,0	0,0	
6	15	57,6	24,2	18,2	0,0	0,0	
7	22	63,5	27,3	6,1	3,1	0,0	
8	23	87,8	9,1	3,1	0,0	0,0	
9	26	54,5	33,3	9,1	0,0	3,1	
10	28	45,5	18,2	24,1	6,1	6,1	
11	35	84,8	15,2	0,0	0,0	0,0	
12	36	54,5	33,3	0,0	3,1	9,1	

W zad. 5 (znajomość nazw kolorów) nie udzielano pomocy, jednak dla ujednolicenia analizy statystycznej oceniano w skali 0 – 4 pkt.

Ogólny poziom trudności zestawu dla grupy trzylatków

Ogółem zestaw przeznaczony dla grupy o wieku umysłowym 3 lata znajdował się w zasięgu SAR u zdecydowanej większości (88,8%) dzieci o prawidłowym rozwoju, w tym w dolnym obszarze u 67,3%, w górnym u 21,5% (wykres 2). Około 8,9% trzylatków rozwiązywało zadania w obrębie SNR: z nieznaczną pomocą 7,6%, z dużą pomocą 1,3%. U 2,3% grupy cztery zadania znalazły się w SOR, były więc zbyt trudne.

Pomocy udzielano 47 razy, w tym mniej (1 etap) – 36 razy z efektywnością 83,3% i więcej (2 etap) – 11 razy z efektywnością 45,5%. Średnia skuteczność pomocy wyniosła 74,5%. Można zatem stwierdzić, że dwustopniowe nauczanie przewidziane w procedurze diagnostycznej przyczyniło się do wzrostu poziomu wykonania zadań, zaś stopniowanie pomocy pozwoliło ujawnić obszar wrażliwości na oddziaływania nauczyciela.



Wykres 2. Poziom trudności zestawu dla trzyletnich dzieci o prawidłowym rozwoju

Wyniki dzieci prawidłowo się rozwijających o wieku umysłowym 4 lata

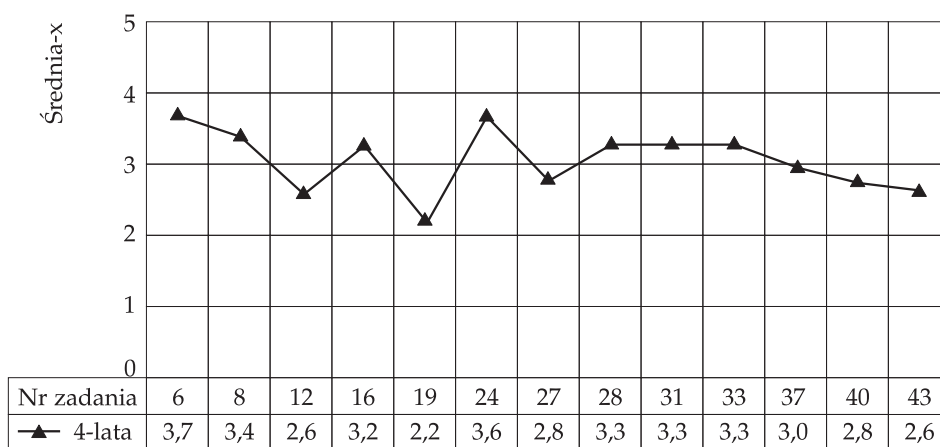
Zestaw dla tej grupy rozwojowej zawierał 13 prób oceniających (w nawiasach podano numery zadań zgodne z numeracją w Zestawie Prób Poznawczych):

1. Zdolność doboru słowa do barwnego desygnatu:
 - bierna znajomość nazw 4 kolorów (zad. 6),
 - czynna znajomość nazw 4 kolorów (zad. 8).
2. Zdolność spostrzegania wielkości przedmiotów i porządkowania ich od największego do najmniejszego:
 - układanie pięcioelementowej piramidki (zad. 12).
3. Zdolność syntezy części i kombinowania elementów:
 - składanie lalki (baby) z sześciu części (zad. 16).
4. Zdolność widzenia przedmiotu jednocześnie jako większego i mniejszego w szeregu uporządkowanym od największego do najmniejszego (jeśli $A > B$ a $B > C$, to $C < A$):
 - włączenie w uporządkowany szereg 1 elementu (zad. 19).
5. Zdolność percepcji przedmiotów na obrazkach:
 - synteza obrazka z trzech części (zad. 24).
6. Zdolność dostrzegania stosunków przestrzennych między klockami o różnych kształtach:
 - odtwarzanie trzelementowych układów według wzorca (zad. 27).
7. Zdolność klasyfikacji na poziomie niewerbalnym:
 - dostrzeżenie obrazków jednocześnie jako podobnych i różnych – 2 grupy (zad. 28),
 - porządkowanie figur geometrycznych według koloru – 4 grupy (zad. 31),
 - porządkowanie figur geometrycznych według kształtu – 4 grupy (zad. 33).
8. Zdolność percepcji określonej liczby przedmiotów:
 - dostrzeżenie odpowiedniości liczbowej – cztery elementy (zad. 37).

9. Zdolność dokonywania operacji dodawania i odejmowania:
 - dodawanie i odejmowanie w przedziale 3 (zad. 40).
10. Zdolność dostrzegania relacji i związków przyczynowo-skutkowych między elementami treści:
 - układanie historyjki z trzech obrazków (zad. 43).

Profil osiągnięć poznawczych dzieci czteroletnich

Profilowe przedstawienie wyników (wykres 3) wskazuje na większe dysproporcje w rozwoju zdolności poznawczych dzieci o wieku umysłowym cztery lata niż dzieci trzyletnich. Średnie rezultaty dzieci czteroletnich o prawidłowym rozwoju zawierały się w przedziale od 2,2 do 3,7 punkta. Różnica pomiędzy najwyższą i najniższą średnią wynosiła 1,5 punkta. Najwyższą średnią odnotowano w zadaniu 6 – bierna znajomość nazw kolorów – 3,7 punkta. Średnie powyżej 3 punktów zarejestrowano w zadaniach: 8 – czynna znajomość nazw 4 kolorów, 16 – składanie lalki z 6 części, 24 – składanie obrazka z 3 części, 28 – segregowanie obrazków zwierząt, pojazdów, 31 – porządkowanie figur geometrycznych według koloru – 4 grupy, 33 – porządkowanie figur geometrycznych według kształtu – 4 grupy. Najniższą średnią uzyskały czterolatki w zadaniu 19, w którym należało znaleźć miejsce elementu w uporządkowanym szeregu – 2,2 punkta.



Liczebność grupy – 37

Wykres 3. Średnia liczba punktów za poszczególne zadania wykonane przez czteroletnie dzieci o prawidłowym rozwoju

Rozmieszczenie zadań w strefach rozwojowych oraz skuteczność pomocy

Samodzielność wykonania zadań przedstawiają dane zamieszczone w tabeli 2. Ich analiza wskazuje, że 91,9% czterolatek potrafi wskazać nazwany przez

nauczyciela kolor (zad. 6). Większość dzieci (83,8%) zna również nazwy przynajmniej 4 kolorów (zad. 8).

Tabela 2

Rozmieszczenie zadań w strefach rozwojowych dzieci czteroletnich o prawidłowym rozwoju (w %)

Lp.	Nr zadania	STREFY					NW
		Aktualnego Rozwoju		Najbliższego Rozwoju		Oddalonego Rozwoju	
		OBSZARY					
		dolny	górnym	dolny-pomoc mała	górnym-pomoc duża		
1	6	91,9	0,0	0,0	0,0	8,1	
2	8	83,8	0,0	0,0	0,0	16,2	
3	12	21,6	43,2	16,2	8,1	10,9	
4	16	56,8	24,3	10,8	2,7	5,4	
5	19	13,5	24,3	43,2	8,1	10,9	
6	24	67,6	24,3	8,1	0,0	0,0	
7	27	37,8	24,3	24,3	8,1	5,5	
8	28	67,6	8,1	16,1	5,4	2,7	
9	31	73,0	0,0	18,9	2,7	5,4	
10	33	54,1	29,7	10,8	0,0	5,4	
11	37	45,9	37,8	0,0	2,7	13,6	
12	40	45,9	27,0	2,7	5,4	18,9	
13	43	24,4	37,8	21,6	8,1	8,1	

Uwaga: W zad. 6 i 8 (znajomość nazw kolorów) nie udzielano pomocy, jednak dla ujednoczenia analizy statystycznej oceniano w skali 0 – 4 pkt.

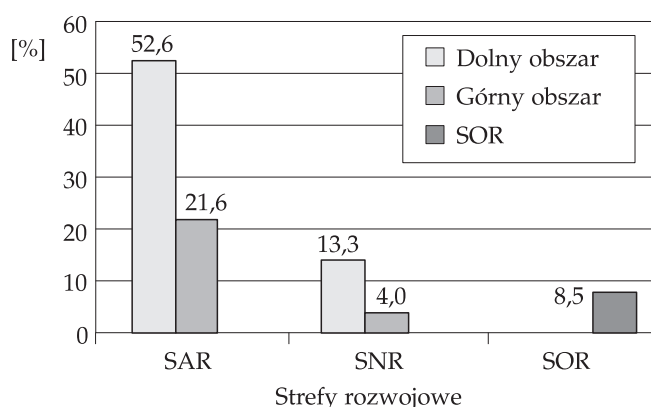
Dużą samodzielność czteroletki ujawniły w zadaniach: 37 – odtwarzanie odpowiedniości liczbowej – łącznie 83,7% w dolnym i górnym obszarze SAR, 16 – składanie zabawki z 4 części – łącznie 81,1% w dolnym i górnym obszarze SAR, 33 – segregowanie figur według kształtu – łącznie 83,8% w dolnym i górnym obszarze SAR, 40 – dodawanie i odejmowanie w przedziale 3 – łącznie 72,9% w dolnym i górnym obszarze SAR.

Włączenie lalki w szereg uporządkowany zgodnie z wielkością elementów (zad. 19) przysporzyło dużo trudności, bowiem aż 62,2% dzieci potrzebowało pomocy. Jej skuteczność była stosunkowo wysoka i wyniosła 80%. Co trzeciego czteroletka (35,2%) uczono także układania piramidki z pięciu elementów

zgodnie ze zmniejszającą się wielkością kół (zad. 12). Większość dzieci (71,4%) skorzystała z oferowanych strategii rozwiązywania tych zadań.

Ogólny poziom trudności zestawu dla grupy czterolatek

Stwierdzono, że dla 52,6% czterolatek zadania były w zasięgu dolnego obszaru SAR. Ogółem na poziomie dolnego i górnego obszaru tej strefy zestaw rozwiązało 74,2% czterolatek.



Wykres 4. Poziom trudności zestawu dla czterolatek o prawidłowym rozwoju – zadania dla czterolatek

W SNR po udzieleniu pomocy zadania wykonało 17,3% dzieci. Część prób znalazła się w obrębie ich SOR (8,5%).

W każdym z 13 zadań zestawu zawsze niektóre dzieci potrzebowały dodatkowych wskazówek. Pomocy udzielono ogółem 147 razy, w tym małej (1 etap) 96 razy, dużej (2 etap) 51 razy. Z małej pomocy skorzystano w 64 przypadkach – skuteczność 66,7%. Dużą pomoc wykorzystano w 19 przypadkach – skuteczność 37,2%. Ogólna efektywność pomocy w grupie czterolatek wyniosła 56,5%. Zastosowane podczas diagnozy nauczanie przyniosło zatem poprawę wykonania zadań u ponad połowy badanych.

Podsumowanie

Zadania proponowane dzieciom trzy- i czterolatek znajdowały się w obrębie trzech stref: aktualnego, najbliższego i oddalonego rozwoju. Zdecydowana większość badanych trzy- i czterolatek rozwiązywała próby albo samodzielnie, albo po udzieleniu małej pomocy.

Dzieci trzylatki doskonale wzrokowo różnicowały kształty (przedmioty, figury geometryczne), kolory. Dobrze również odtwarzały „jeden” i „dużo” oraz zbiór trzelementowy. Potrzebowały czasami pomocy w wyodrębnieniu zasady

klasyfikacji, jednak i z tym zadaniem poradziły sobie w miarę dobrze. Otrzymany wynik jest zgodny z ustaleniami innych badaczy, którzy stwierdzają, że nawet dwu- i trzyletnie dzieci potrafią klasyfikować przy zastosowaniu odpowiednich klas i elementów (Sugarman 1983).

Badane dzieci czteroletnie prezentowały bardziej zróżnicowane wyniki, jednak i one wykonywały większość zadań w obrębie SAR i SNR. Wykazały się zdolnościami kombinowania elementów (składania zabawki z części), sprawnie składały obrazek z trzech części, znały cztery kolory, odtwarzały zbiór z 4 elementów, radziły sobie z liczeniem w przedziale trzech. Lepiej (75,7% SAR) niż trzylatki (63,7% SAR) porządkowały obrazki w 2 grupach: zwierząt i pojazdów. Ponadto segregowały karty według kształtu i koloru. Analiza wyników czterolatków ujawniła ponadto, że dostrzeganie elementu jednocześnie jako mniejszego i większego jest wyłaniającą się zdolnością poznawczą w tym wieku rozwojowym.

Zarejestrowano większą częstotliwość udzielania pomocy dzieciom o wieku umysłowym cztery lata niż dzieciom o wieku umysłowym trzy lata. Można zatem wnioskować o ogólnie wyższym poziomie trudności zestawu dla grupy czterolatków. Spostrzeżenie to potwierdza również wyższy procent dzieci czteroletnich (8,5%), dla których zadania były za trudne i znalazły się w obrębie ich SOR.

Bibliografia

- Kulesza, E.M. (2004). *Rozwój poznawczy dzieci z lekkim i umiarkowanym upośledzeniem umysłowym: diagnoza i wspomaganie. Studia empiryczne*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Kulesza, E.M. (2011). Diagnoza potencjału poznawczego dzieci w wieku przedszkolnym – model teoretyczny oraz weryfikacja narzędzia (część 1). *Szkoła Specjalna*, 1.
- Sugarman, S. (1983). *Children's early thought. Developments in classification*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vygotski, L.S. (2004). *Psychologija razwitiya rebiionka*. Moskwa: EKSMO.

DIAGNOSIS OF COGNITIVE POTENTIAL IN PRESCHOOL-AGED CHILDREN (PART 2). THREE- AND FOUR-YEAR-OLD CHILDREN

Summary

The article presents the findings of the research on cognitive abilities in 70 children with normal development aged three and four, which was conducted with the use of the task-support-task procedure. Each group was given a set of developmentally adapted tasks. Task performance was rated on a 0 – 4 scale, taking into consideration L. S. Vygotsky's theory. The results were analyzed in terms of task distribution in the zone of actual development, the zone of proximal development and the zone of distal development, the amount of support provided, and the difficulty level of a given set. Most of the three- and four-year-old children performed tasks intended for their age groups. They were in the lower and upper areas of the zone of actual development and in the lower area of the zone of proximal development. Also, differences in the difficulty level of the sets were revealed – the set for four-year-olds was more difficult, which manifested in more frequent support given by the teacher.

Key words: zone of actual development, zone of proximal development, zone of distal development, cognitive abilities, children with normal development

POSTAWY MŁODZIEŻY NIEDOSTOSOWANEJ SPOŁECZNIE WOBEC OSÓB ZNACZĄCYCH

Tematem przewodnim niniejszego doniesienia badawczego są postawy młodzieży niedostosowanej społecznie wobec osób znaczących wychowawczo oraz różnice między postawami badanej młodzieży niedostosowanej a postawami młodzieży szkolnej bez przejawów niedostosowania społecznego. Analizując materiał zebrany dzięki zastosowaniu dyferencjału semantycznego (SD) Osgooda można zauważyć, że postawy wobec osób znaczących wychowawczo obu badanych grup młodzieży są zróżnicowane. Najgorzej przez młodzież niedostosowaną społecznie zostały ocenione osoby bezpośrednio odpowiedzialne za zastosowanie wobec niej kary i skierowanie do ośrodka kuratorskiego.

Biorąc pod uwagę różnicę średnich dla poszczególnych pojęć uzyskanych w obydwu grupach można stwierdzić, że młodzież niedostosowana społecznie zdecydowanie gorzej ocenia osoby znaczące niż młodzież szkolna bez symptomów niedostosowania społecznego.

Należy podkreślić pozytywną postawę badanej młodzieży niedostosowanej społecznie wobec kuratorów. Może mieć ona istotne znaczenie dla efektywności oddziaływań wychowawczych podejmowanych przez kuratorów w ośrodkach, a co za tym idzie – dla procesu resocjalizacji młodzieży niedostosowanej społecznie.

Słowa kluczowe: niedostosowanie społeczne, osoba niedostosowana społecznie, osoba znacząca wychowawczo, resocjalizacja

Rosnące wskaźniki niedostosowania społecznego młodzieży implikują konieczność ciągłego interesowania się tą problematyką, zwłaszcza uwarunkowaniem efektywnej profilaktyki i resocjalizacji.

Pojęcie niedostosowania pojawiło się w literaturze w latach 50. XX w. pod wpływem popularnej w USA psychologii przystosowania, opartej na teorii Darwina i behawioryzmie. Początkowo terminem niedostosowani określano ogół jednostek potrzebujących specjalnej opieki ze strony systemu oświatowego. Pod wpływem wnikliwych dyskusji pojęcie niedostosowania jednak zawężono, obejmując nim osobowościowe zaburzenia w sferze emocjonalnej, motywacyjnej i aksjonormatywnej, których zewnętrznymi korelatami są zachowania naruszające normy społeczne (Dykcik 2005). Niedostosowanie społeczne ma zatem wymiar zarówno psychologiczny, gdyż jest wewnętrznym niekorzystnym stanem emocjonalno-motywacyjnym, jak również socjopedagogiczny, który wyraża się w sferze behawioralnej, w naruszaniu norm moralnych i prawnych.

Niedostosowanie społeczne to zaburzenia osobowości spowodowane czynnikami biopsychicznymi lub środowiskowymi o negatywnym wpływie na kontakty społeczne, aktywność oraz harmonię życia społecznego jednostki. Uniemożliwia ono jednostce konstruktywną socjalizację, aktywną edukację i pomyślną realizację zadań życiowych.

Młodzież niedostosowana społecznie bardzo często swoim zachowaniem narusza istniejące normy prawne, w wyniku czego obejmowana jest postępowaniem sądowym. Wobec nieletniego, który popadł w konflikt z prawem, w myśl *Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich z dnia 26 października 1982 r.* (Dz. U. Nr 35, poz. 228 z późn. zm.) można zastosować różnorodne środki wychowawcze oraz środek poprawczy w postaci umieszczenia w zakładzie poprawczym. Spośród środków wymienionych w ustawie na uwagę ze względów wychowawczych zasługują przede wszystkim:

- 1) nadzór odpowiedzialny rodziców lub opiekuna;
- 2) nadzór organizacji młodzieżowej lub innej organizacji społecznej, zakładu pracy albo osoby godnej zaufania udzielających poręczenia za nieletniego;
- 3) nadzór kuratora;
- 4) skierowanie do ośrodka kuratorskiego, a także do organizacji społecznej lub instytucji zajmujących się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym.

W przypadku orzeczenia przez sąd wymienionych środków nieletni poddany zostaje przeważnie oddziaływaniu osób znaczących wychowawczo, takich jak rodzice, opiekunowie, kuratorzy, nauczyciele, wychowawcy i terapeuci zatrudnieni w różnych placówkach o charakterze szkoleniowym, wychowawczym bądź terapeutycznym.

Bardzo istotne znaczenie dla procesu resocjalizacji młodzieży niedostosowanej społecznie, wobec której zastosowano środek wychowawczy lub poprawczy, ma jej nastawienie do personelu tych placówek. Istnieje powszechne przekonanie, że im lepiej przez młodzież oceniane są osoby związane z procesem wychowania, tym lepsze są efekty resocjalizacji.

Analiza wyników badań

Celem podjętych badań empirycznych jest próba scharakteryzowania postaw młodzieży niedostosowanej społecznie wobec osób znaczących wychowawczo. Cel ten sformułowany jest w pytaniach: Jakie są postawy badanej młodzieży wobec osób znaczących wychowawczo? Czy i jakie są różnice w postawach wobec osób znaczących przejawianych przez młodzież niedostosowaną społecznie i młodzież szkolną bez przejawów niedostosowania?

Do oceny postaw młodzieży wobec osób znaczących wychowawczo zastosowano dyferencjał semantyczny Osgooda (Czapiński 1978).

Dyferencjał semantyczny (*Semantic differential* – SD) jest połączeniem dwóch metod – skalowania i asocjacyjnej. Współautorami tej techniki są Osgood, Suci i Tannebaum. Technika nazywana jest dyferencjałem, ponieważ znaczenie pojęcia jest określone przez jego miejsce na różnych wymiarach; semantycznym – ponieważ dotyczy znaczenia.

Celem badania za pomocą dyferencjału semantycznego jest zmierzenie znaczenia, jakie pewne rzeczy (pojęcia) mają dla różnych ludzi, przez uzyskanie ich sądów dotyczących tych rzeczy (pojęć) na zbiorze opisowych skal.

W przeprowadzonych badaniach zastosowano wersję dyferencjału semantycznego składającą się z 14 par przeciwstawnych przymiotników: dobry – zły,

czysty – brudny, życzliwy – okrutny, ładny – brzydki, wartościowy – bezwartościowy, uczciwy – nieuczciwy, ciężki – lekki, odważny – tchórzliwy, mocny – słaby, gruby – wąty, szybki – wolny, gorący – zimny, aktywny – bierny, gwałtowny – spokojny. Przymiotniki te umieszczone są na skali 7-stopniowej. Pierwsze sześć par przymiotników tworzy skalę Wartościowania, następne cztery dotyczą Siły, kolejne Aktywności.

Zadaniem badanego było oszacowanie danego pojęcia na każdej skali. Kierunek, w którym badany stawia krzyżyk, zależy od tego, który z dwóch końców skali wydaje mu się najbardziej charakterystyczny dla ocenianego pojęcia.

Wyniki surowe dyferencjału obliczano w ten sposób, że kolejnym odcinkom skal szacunkowych przyporządkowano wartości liczbowe od 1 do 7, zaczynając od strony opatrzonej przymiotnikiem pozytywnym. Im mniej punktów uzyskało dane hasło, tym pozytywniej zostało ocenione. Wynikiem średnim jest 4. Wszelkie odchylenia wyników w kierunku do 1 świadczą o pozytywnej ocenie danego pojęcia, przy czym im bliżej 1, tym silniejsze natężenie oceny pozytywnej. Odchylenia w kierunku 7 świadczą o negatywnej ocenie danego pojęcia, a im bliżej 7, tym natężenie postawy negatywnej względem tego pojęcia jest większe.

W przeprowadzonych badaniach brano pod uwagę również sumę wyników. Dyferencjał semantyczny może być użyty do ilościowego określenia różnic w znaczeniu danych pojęć dla różnych grup. W tym sensie może być stosowany jako wielowymiarowy test postaw. Za pomocą dyferencjału semantycznego można również badać efektywność wpływu różnych czynników na postawy badanych.

Badania zostały przeprowadzone w 25-osobowej grupie młodzieży niedostosowanej społecznie skierowanej do ośrodków kuratorskich na terenie województwa lubelskiego i w 50-osobowej grupie młodzieży szkolnej bez objawów niedostosowania społecznego.

Uzyskano bogaty materiał empiryczny na temat postaw wobec osób znaczących wychowawczo młodzieży niedostosowanej społecznie i młodzieży bez syndromów niedostosowania.

Za pomocą opisanej skali dokonano oceny następujących kategorii osób znaczących wychowawczo: „Ja”, „Sędzia”, „Policjant”, „Kurator”, „Nauczyciel” oraz „Inni ludzie”. Zebrane informacje zestawiono w tabeli 1.

Analiza średnich wyników ogólnych dla poszczególnych kategorii osób znaczących wychowawczo pozwala wysunąć wnioski, że młodzież niedostosowana społecznie najlepiej ocenia siebie ($M = 38,68$). Na drugim miejscu w jej ocenie znalazł się kurator ($M = 47,20$), a tuż za nim inni ludzie ($M = 50,40$). Na czwartym miejscu znalazł się nauczyciel ($M = 59,52$), a na piątym sędzia ($M = 61,64$). Najgorzej oceniony został policjant ($M = 72,76$).

Biorąc pod uwagę odchylenia standardowe dla poszczególnych kategorii osób ocenianych przez badaną młodzież, można stwierdzić, że stanowi ona najbardziej jednolitą grupę pod względem oceny własnej osoby ($Sd = 11,94$).

W pozostałych przypadkach oceny są bardzo różne, ale młodzież najbardziej niedostosowana społecznie różni się w ocenie sędziego ($Sd = 24,05$), nauczyciela ($Sd = 23,88$) oraz policjanta ($Sd = 22,87$).

Tabela 1

Postawy młodzieży niedostosowanej społecznie wobec osób znaczących wychowawczo

Kategorie	Badani	Niedostosowani	
		M ₁	Sd ₁
1. Ja:			
a) wartościowanie		15,84 (2,64)	5,99
b) siła		12,80 (3,20)	4,84
c) aktywność		10,04 (2,51)	4,48
wynik ogólny		38,68 (2,76)	11,94
2. Sędzia:			
a) wartościowanie		26,88 (4,48)	12,39
b) siła		17,24 (4,31)	6,58
c) aktywność		17,52 (4,38)	6,33
wynik ogólny		61,64 (4,40)	24,05
3. Policjant:			
a) wartościowanie		33,04 (5,51)	10,30
b) siła		19,60 (4,90)	7,39
c) aktywność		20,12 (5,03)	7,14
wynik ogólny		72,76 (5,20)	24,87
4. Kurator:			
a) wartościowanie		18,64 (3,11)	11,65
b) siła		13,64 (3,41)	5,45
c) aktywność		14,92 (3,73)	6,01
wynik ogólny		47,20 (3,37)	19,69
5. Nauczyciel:			
a) wartościowanie		26,16 (4,36)	12,29
b) siła		17,64 (4,41)	6,18
c) aktywność		15,72 (3,93)	6,98
wynik ogólny		59,52 (4,25)	23,88
6. Inni ludzie:			
a) wartościowanie		22,36 (3,73)	10,53
b) siła		14,12 (3,53)	5,98
c) aktywność		13,92 (3,48)	6,37
wynik ogólny		50,40 (3,60)	21,70

Następnie dokonano analizy wyników uzyskanych w poszczególnych wymiarach, a więc w Wartościowaniu, Siłę i Aktywności. Aby można było porównać wyniki uzyskane w poszczególnych wymiarach, należało podzielić średnią wyników w danym wymiarze przez liczbę par przymiotników wchodzących w jego skład. Dopiero uzyskane w ten sposób wartości można bezpośrednio ze sobą porównywać.

Analiza wyników uzyskanych w poszczególnych wymiarach pojęcia „Ja” pozwala wyciągnąć wniosek, że najlepiej niedostosowani społecznie ocenili własną aktywność (M = 2,51), a więc za najbardziej charakterystyczne dla siebie uznali następujące przymiotniki: „szybki”, „gorący”, „aktywny” oraz „gwałtowny”.

Niskie wyniki uzyskane w wymiarze Wartościowanie ($M = 2,64$) wskazują na to, że badani opisują siebie za pomocą takich przymiotników, jak: „dobry”, „czysty”, „życzliwy”, „ładny”, „wartościowy” i „uczciwy”.

Biorąc pod uwagę wyniki uzyskane przez badanych w wymiarze Siły ($M = 3,20$), można wyciągnąć wniosek, że w opisie własnej osoby bliżsi są użyciu przymiotników „ciężki”, „odważny”, „mocny” i „gruby” niż „lekki”, „tchórzliwy”, „słaby” i „wątki”.

Niedostosowani społecznie ustosunkowali się również pozytywnie do kuratora. Biorąc pod uwagę poszczególne wymiary, najlepiej ocenili kuratora w wymiarze Wartościowania ($M = 3,11$), następnie Siły ($M = 3,41$) i Aktywności ($M = 3,73$). Uzyskane w tej kategorii wyniki wskazują na to, że badani przypisują kuratorom również raczej cechy pozytywne.

Młodzież niedostosowana bardzo podobnie jak kuratora oceniła innych ludzi, przy czym najlepiej oceniła ich w wymiarze Aktywności ($M = 3,48$), następnie Siły ($M = 3,53$) i Wartościowania ($M = 3,71$).

Ocena nauczyciela w percepcji młodzieży niedostosowanej odchyła się już w kierunku postaw negatywnych. Najgorzej został oceniony w wymiarze Siły ($M = 4,41$), trochę lepiej w wymiarze Wartościowania ($M = 4,36$) oraz Aktywności ($M = 3,93$).

W odniesieniu do sędziego niedostosowani społecznie również przejawiają postawy negatywne. Najgorzej postrzegają go w wymiarze Wartościowania ($M = 4,48$). Nieznacznie lepiej oceniają go biorąc pod uwagę jego aktywność ($M = 4,38$) oraz siłę ($M = 4,31$).

Spośród wszystkich kategorii osób znaczących wychowawczo badana młodzież niedostosowana społecznie najgorzej ustosunkowała się do policjanta. W wymiarze Wartościowania policjant uzyskał najwięcej punktów ($M = 5,51$), co oznacza, że w oczach badanych jest on „zły”, „brudny”, „okrutny”, „brzydki”, „bezwartościowy” oraz „nieuczciwy”. Wysokie wyniki uzyskane w tej kategorii w wymiarze Aktywności ($M = 5,03$) świadczą o tym, że badani określają policjanta jako „wolnego”, „zinnego”, „biernego” i „spokojnego”. Biorąc pod uwagę ocenę siły policjanta ($M = 4,90$), można stwierdzić, że badani charakteryzują go za pomocą takich przymiotników, jak „lekki”, „tchórzliwy”, „słaby” oraz „wątki”.

Analizując postawy młodzieży niedostosowanej społecznie wobec osób znaczących wychowawczo należy nadmienić, że przejawia ona postawę pozytywną wobec danego pojęcia wtedy, gdy ocenia je w przedziale od 1 do 2 punktów. Postawę negatywną mają badani wówczas, gdy danemu pojęciu przyznają od 6 do 7 punktów. Zebrane wyniki zestawiono w tabeli 2.

Z danych zawartych w tabeli 2 wynika, że badana młodzież niedostosowana społecznie najlepiej ocenia siebie, gdyż aż 28% spośród niej ma do własnej osoby postawę pozytywną, nikt zaś nie ocenia się zdecydowanie negatywnie.

Wobec innych ludzi 24% badanych ma postawę pozytywną i tylko dwóch niedostosowanych, czyli 8%, ma postawę negatywną.

W stosunku do kuratora również przeważają postawy pozytywne (16% badanych) nad negatywnymi (8% badanych).

W przypadku pozostałych kategorii osób znaczących wychowawczo wystę-

puje przewaga postaw negatywnych nad pozytywnymi. I tak sześciu badanych (28%) ustosunkowuje się negatywnie do kuratora, a tylko cztery osoby (16%) oceniają go pozytywnie.

Tabela 2

Analiza jakościowa postaw młodzieży niedostosowanej społecznie wobec osób znaczących wychowawczo

Kategorie	Badani	Niedostosowani	
		N	%
1. Ja:			
a) postawy pozytywne		7	28,00
b) postawy negatywne		0	0,00
2. Sędzia:			
a) postawy pozytywne		0	0,00
b) postawy negatywne		6	24,00
3. Policjant:			
a) postawy pozytywne		1	4,00
b) postawy negatywne		10	40,00
4. Kurator:			
a) postawy pozytywne		4	16,00
b) postawy negatywne		2	8,00
5. Nauczyciel:			
a) postawy pozytywne		4	16,00
b) postawy negatywne		6	24,00
6. Inni ludzie:			
a) postawy pozytywne		6	24,00
b) postawy negatywne		2	8,00

Żadna z osób niedostosowanych nie ustosunkowała się pozytywnie do sędziego, a sześć osób (24%) wyraziło postawę negatywną wobec niego.

W najgorszym świetle został ukazany policjant, gdyż aż dziesięciu niedostosowanych społecznie, czyli aż 40% badanych, zadeklarowało negatywną postawę wobec niego, a tylko jedna osoba ustosunkowała się do niego pozytywnie.

Można zatem zauważyć, że najgorzej zostały ocenione osoby bezpośrednio odpowiedzialne za zastosowanie wobec badanego niedostosowanego społecznie kary i skierowanie go do ośrodka kuratorskiego.

W dalszej kolejności dokonano charakterystyki porównawczej badanej młodzieży niedostosowanej społecznie na tle młodzieży szkolnej nieprzejawiającej symptomów niedostosowania społecznego, biorąc pod uwagę jej postawy wobec osób znaczących wychowawczo. Zebrane dane zestawiono w tabeli 3.

Z analizy uzyskanych danych wynika, że młodzież niedostosowana społecznie najmniej punktów uzyskała w kategorii „Ja” ($M = 38,68$). Oznacza to, że badani niedostosowani najlepiej oceniają siebie w porównaniu do pozostałych kategorii osób.

Na drugim miejscu znalazła się kategoria „Kurator” ($M = 47,20$), a następnie „Inni ludzie” ($M = 50,40$).

Najwyższy wynik zdobyła kategoria „Nauczyciel” ($M = 59,52$), co oznacza, że badani niedostosowani najgorzej ocenili właśnie nauczycieli.

Tabela 3

Analiza porównawcza postaw młodzieży niedostosowanej społecznie i młodzieży szkolnej bez przejawów niedostosowania wobec osób znaczących wychowawczo

Kategorie \ Badani	Niedostosowani		Grupa porównawcza		Różnica $M_1 - M_2$
	M_1	Sd_1	M_2	Sd_2	
1. Ja	38,68	11,94	31,52	5,71	7,16 **
2. Kurator	47,20	19,69	34,11	7,20	13,09**
3. Nauczyciel	59,52	23,88	37,70	7,84	21,82 ***
4. Inni ludzie	50,40	21,70	41,93	10,03	8,47 n.i.

Uwaga: *istotne na poziomie 0,05; **istotne na poziomie 0,01; ***istotne na poziomie 0,001.

Analiza odchyłeń standardowych w badanej grupie wskazuje na to, że niedostosowani społecznie stanowią najbardziej zróżnicowaną grupę w ocenie nauczycieli ($Sd = 23,88$), innych ludzi ($Sd = 21,70$) i kuratorów ($Sd = 19,69$). Oznacza to, że przyjmują oni bardzo różnorodne postawy w stosunku do wymienionych kategorii osób znaczących wychowawczo. Najbardziej podobni są w ocenianiu siebie ($Sd = 11,94$).

Analiza wyników uzyskanych przez młodzież szkolną bez symptomów niedostosowania społecznego wskazuje na to, że najmniej punktów uzyskała ona w kategorii „Ja” ($M = 31,52$), co oznacza, że również najbardziej pozytywnie oceniła siebie.

W miarę pozytywny stosunek przejawia do kuratorów ($M = 34,11$) i nauczycieli ($M = 37,70$).

Najwięcej punktów uzyskała w kategorii „Inni ludzie” ($M = 41,93$), co oznacza, że innych ludzi ocenia najgorzej.

Biorąc pod uwagę odchylenia standardowe dla tej grupy można wysunąć wniosek, że młodzież szkolna bez symptomów niedostosowania społecznego najbardziej różni się między sobą w postawach wobec innych ludzi ($Sd = 10,03$).

W miarę zgodnie ocenia nauczycieli ($Sd = 7,84$) oraz kuratorów ($Sd = 7,20$), zaś najbardziej jednorodną grupę stanowi pod względem oceny siebie ($Sd = 5,71$).

Biorąc pod uwagę różnicę średnich dla poszczególnych pojęć uzyskanych w obydwu grupach można stwierdzić, że badana młodzież niedostosowana społecznie uzyskuje wyższe wyniki w odniesieniu do kategorii „Ja”, „Kurator”, „Nauczyciel” oraz „Inni ludzie”, co oznacza, że do tych kategorii osób ma gorszy stosunek niż młodzież szkolna bez symptomów niedostosowania społecznego.

Do oceny istotności różnic pomiędzy średnimi zastosowano test t – Studenta dla grup różnicznych (Sobczyk 1998).

Spośród czterech ocenianych pojęć badani niedostosowani społecznie uzyskali istotnie statystycznie wyższe wyniki w trzech kategoriach. Są to następujące kategorie osób:

- nauczyciel $p < 0,001$,
- ja $p < 0,01$,
- kurator $p < 0,01$.

Oznacza to, że młodzież niedostosowana społecznie zdecydowanie gorzej ocenia wymienione osoby znaczące wychowawczo.

Jedynie w stosunku do kategorii „Inni ludzie” wyższe wyniki uzyskane przez niedostosowanych społecznie w porównaniu do wyników uzyskanych przez młodzież szkolną bez symptomów niedostosowania społecznego okazały się nieistotne statystycznie.

Podsumowanie i wnioski

Celem niniejszych dociekań badawczych było określenie postaw młodzieży niedostosowanej społecznie wobec osób znaczących wychowawczo oraz porównanie postaw badanej młodzieży niedostosowanej z postawami młodzieży szkolnej bez przejawów niedostosowania społecznego. Analizując materiał zebrany dzięki zastosowaniu dyferencjału semantycznego można zauważyć, że postawy wobec osób znaczących wychowawczo obu badanych grup młodzieży są zróżnicowane.

Na podstawie przeprowadzonych badań można wysunąć wnioski, że badana młodzież niedostosowana społecznie najlepiej ocenia siebie. Na drugim miejscu w jej percepcji znalazł się kurator, a tuż za nim inni ludzie, na czwartym miejscu był nauczyciel, a na piątym sędzia. Najgorzej oceniony został policjant.

Można zatem zauważyć, że najgorzej przez młodzież niedostosowaną społecznie zostały ocenione osoby bezpośrednio odpowiedzialne za zastosowanie wobec niej kary i skierowanie jej do ośrodka kuratorskiego.

Opierając się na wynikach badań można odpowiedzieć również na pytanie dotyczące różnic w postawach wobec osób znaczących wychowawczo młodzieży niedostosowanej społecznie i młodzieży szkolnej bez przejawów niedostosowania.

Z analizy uzyskanych danych wynika, że młodzież niedostosowana społecznie najmniej punktów uzyskiwała w kategorii „Ja”, co oznacza, że najlepiej ocenia siebie w porównaniu do pozostałych kategorii osób. Na drugim miejscu znalazła się kategoria „Kurator”, a następnie „Inni ludzie”. Najwyższy wynik zdobyła kategoria „Nauczyciel”, co oznacza, że badani niedostosowani najgorzej ocenili właśnie nauczycieli.

Analiza wyników uzyskanych przez młodzież szkolną bez przejawów niedostosowania społecznego wskazuje na to, że najmniej punktów uzyskała ona w kategorii „Ja”, co oznacza, że również najbardziej pozytywnie ocenia ona siebie. W miarę pozytywny stosunek przejawia do kuratorów i nauczycieli. Najwięcej punktów uzyskała w kategorii „Inni ludzie” – innych ludzi ocenia najgorzej.

Biorąc pod uwagę różnicę średnich dla poszczególnych pojęć uzyskanych w obydwu grupach, można stwierdzić, że młodzież niedostosowana społecznie uzyskuje wyższe wyniki w odniesieniu do kategorii „Ja”, „Kurator”, „Nauczyciel” oraz „Inni ludzie”, co oznacza, że do tych kategorii osób ma gorszy stosunek niż młodzież szkolna bez przejawów niedostosowania społecznego.

Spośród czterech ocenianych pojęć młodzież niedostosowana społecznie uzyskała istotnie statystycznie wyższe wyniki w trzech kategoriach: „Nauczyciel”, „Ja” i „Kurator”.

Oznacza to, że młodzież niedostosowana społecznie zdecydowanie gorzej ocenia osoby znaczące niż młodzież szkolna bez symptomów niedostosowania społecznego.

Jedynie w stosunku do kategorii „Inni ludzie” wyższe wyniki uzyskane przez niedostosowanych w porównaniu do wyników uzyskanych przez młodzież szkolną bez symptomów niedostosowania okazały się nieistotne statystycznie.

Należy zwrócić uwagę na pozytywną postawę badanej młodzieży niedostosowanej społecznie wobec kuratorów. Może to mieć istotne znaczenie dla efektywności oddziaływań wychowawczych podejmowanych przez kuratorów w ośrodkach, a co się z tym wiąże, dla procesu resocjalizacji młodzieży niedostosowanej społecznie. Osoby cenione mają możliwość oddziaływania na wychowanków poprzez swoje postawy i zachowanie, stanowią dla nich swoisty wzór i są autorytetem.

Bibliografia

- Czapiński, J. (1978). *Dyferencjał semantyczny*. W: L. Wołoszynowa (red.), *Materiały do nauczania psychologii*. Seria 3. T. III. Warszawa: PWN.
- Dykcik, W. (red.). (2005). *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sobczyk, M. (1998). *Statystyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Urban, B. (2005). *Pedagogika osób niedostosowanych społecznie*. W: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich z dnia 26 października 1982 r.* Dz.U. Nr 35, poz. 228 z późn. zm.

ATTITUDES OF SOCIALLY MALADJUSTED ADOLESCENTS TOWARD SIGNIFICANT PEOPLE

Summary

The central topic of the present research report are the attitudes of socially maladjusted adolescents toward educationally significant people and the differences between the attitudes of maladjusted adolescents in the study and school-age adolescents without symptoms of social maladjustment. The analysis of the data collected with the use of Osgood's semantic differential indicates that the attitudes toward educationally significant people are different in both studied groups. The people who were directly responsible for their punishment and for referring them to juvenile probation departments were rated worst by the socially maladjusted adolescents.

Taking into account the difference in the means for individual concepts in both groups, we find that socially maladjusted adolescents rate significant people decidedly worse than school-age adolescents without symptoms of social maladjustment do.

It is necessary to underline the positive attitude of socially maladjusted adolescents to probation officers. This can be essentially important for the effectiveness of educational intervention undertaken by probation officers, and in consequence - for the resocialization of socially maladjusted adolescents.

Key words: social maladjustment, socially maladjusted person, educationally significant person, resocialization

Z P R A K T Y K I P E D A G O G I C Z N E J

RENATA SZMUC
KATARZYNA BIENKOWSKA
Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół
Dzieci z Wadą Słuchu, Krosno

TERAPIA DZIECI Z WADĄ SŁUCHU I TRACHEOSTOMIĄ – ANALIZA PRZYPADKU

Przebieg rozwoju dziecka, jego funkcjonowanie w rodzinie i grupie rówieśniczej warunkuje znajomość języka i posługiwanie się mową. Trudności w nabywaniu języka i posługiwaniu się mową dźwiękową spowodowane uszkodzeniem słuchu i tracheotomią wymagają kompleksowej diagnozy, leczenia oraz terapii logopedycznej. Podjęcie jak najwcześniej zaplanowanej i skoordynowanej z leczeniem terapii daje dziecku szansę na rozwój języka.

Uszkodzenie słuchu ogranicza dostęp do dźwięków mowy, umożliwiających kształtowanie się języka będącego narzędziem poznania i komunikowania się. Zabieg tracheotomii i noszona przez kilka pierwszych lat życia rurka pozwalająca na oddychanie jednocześnie utrudnia lub uniemożliwia rozwój mowy fonicznej. Jeżeli poprawa percepcji słuchowej w przypadku wady słuchu jest możliwa m.in. dzięki wczesnej interwencji audiologicznej, diagnozie, dobraniu protez słuchu oraz terapii, to ekspresja mowy możliwa jest dopiero po dekanialacji, która następuje najczęściej między 3. a 6. rokiem życia. Na dynamikę rozwoju mowy dziecka wpływa wiele czynników związanych z przebiegiem choroby, stanem zdrowia, doświadczeniami i świadomością opiekunów. Istotne znaczenie ma także motywacja, uwaga, zdolności poznawcze, rozumienie języka, ekspresja językowa (zwłaszcza niewerbalna), osobowość, środowisko domowe.

Rehabilitacja dziecka z wadą słuchu i tracheostomią wymaga zastosowania specjalnego sposobu postępowania, mającego na celu rozwój percepcji słuchowej, rozumienia, komunikacji niewerbalnej (lub alternatywnych sposobów komunikacji), poczucia schematu ciała oraz naukę oddychania z wykorzystaniem wszelkich technik umożliwiających tworzenie głosu. Zadaniem terapeuty jest przygotowanie dziecka do posługiwania się językiem fonicznym po dekanialacji.

Wpływ długotrwałej tracheostomii na rozwój języka i mowy

Zwężenia okolicy podgłośniowej krtani mogą być spowodowane m. in. wiotkością krtani lub tchawicy, porażeniem fałdów głosowych, błoną w obrębie szpary głośni, torbielą, naczyniakiem lub błoną podgłośniową, pełnymi pierścieniami tchawicy, nawracającymi zapaleniami krtani, tchawicy i oskrzeli, astmą oskrzelową czy nowotworem (Myer, Villaret 2000).

U dzieci, u których zaburzone jest swobodne oddychanie z powodu duszności krtaniowej, wykonuje się tracheotomię, polegającą na wytworzeniu sztucznego otworu w powłokach szyjnych oraz tchawicy i uzyskaniu w ten sposób nowej drogi oddechowej. Szybkie udrożnienie dróg oddechowych można osiągnąć przez intubację i następnie tracheotomię. Wprowadzenie rurki intubacyjnej pozwala na szybkie odessanie wydzieliny, poprawia wentylację płuc i stwarza możliwości prowadzenia kontrolowanego oddychania. Po odessaniu wydzieliny, natlenieniu, przywróceniu własnego oddechu wykonuje się tracheotomię (Iwankiewicz 2008). Zabieg polega na nacięciu skóry, rozcięciu tchawicy w odcinku górnym, środkowym lub dolnym, wycięciu okienka w tchawicy, wprowadzeniu rurki tracheotomijnej, zamknięciu rany. Obecność rurki tracheotomijnej w tchawicy wpływa na możliwości wytwarzania głosu i komunikację językową.

Ocena możliwości komunikacyjnych dziecka z długotrwałą tracheostomią musi być funkcjonalna i dostosowana do jego indywidualnych możliwości rozwojowych. Powinna uwzględniać potrzeby i gotowość do komunikowania, dotychczasowy sposób porozumiewania się, jego skuteczność, jak również możliwości poznawcze dziecka. Ostatecznym celem rehabilitacji jest przywrócenie lub nabycie zdolności do mówienia i komunikacji fonicznej.

Osoby z tracheotomią początkowo nie mogą mówić, gdyż powietrze omija krtani i głośnie. W procesie oddychania, fonacji, artykulacji biorą udział te same górne odcinki drogi oddechowej. Rurka tracheotomijna powoduje, że wydychane powietrze w części lub całość wydostaje się na zewnątrz z pominięciem górnych dróg oddechowych. Strumień powietrza nie wytwarza odpowiedniego ciśnienia do wytworzenia głosu. Głos może być słaby lub nie powstawać w ogóle. Niektóre osoby z tracheotomią mogą nauczyć się mówić, choć wymaga to wysiłku.

Sama obecność rurki nie oznacza braku możliwości wytwarzania głosu. To, czy będzie to możliwe dla danego dziecka, zależy od wielu czynników: rodzaju tracheotomii, sprawności anatomicznej i funkcjonalnej krtani oraz innych medycznych i osobowych wskazań. Niektóre dzieci mogą nauczyć się samodzielnie wytwarzać głos, np. przysłaniając rurkę palcem. Gdy dziecko wykazuje gotowość do produkowania głosu, potrzebne jest wyposażenie go w zastawkę głosową.

Możliwości komunikacyjne dziecka z tracheostomią

Rehabilitacja dziecka z tracheostomią ma na celu stymulowanie wytwarzania głosu, poprawianie jego jakości, koordynacji mowy i oddychania. Stwarza warunki do nabywania języka i porozumiewanie się za pomocą mowy. Próby produkowania głosu powinny być wzmacniane i nagradzane, by zachęcały do tworzenia coraz większej liczby zróżnicowanych dźwięków mowy. Gdy dziecko nie jest w stanie ich wypowiadać, wskazana jest również stymulacja narządów mowy i przygotowywanie do pracy przez masaże, ćwiczenia artykulacyjne adekwatne do wieku dziecka. Wczesne doświadczenia sensomotoryczne

ułatwią przygotowanie narządów fonacyjnych do wytwarzania głosu. W zależności od wieku, stanu psychicznego i fizycznego możliwe są następujące sposoby komunikacji:

- Wytwarzanie głosu z zastosowaniem zastawki głosowej. Zastawkę umieszcza się na końcu rurki tracheotomijnej. Jest ona otwierana w czasie pobierania powietrza i zamykana w trakcie wydychania, kiedy strumień powietrza kieruje się przez krtań do górnych dróg oddechowych. Dzięki temu dziecko może próbować wytwarzać głos. Prawdopodobnie będzie to głos o odmiennej od naturalnej barwie i wysokości.
- Pseudoszept – mowa policzkowa lub gardłowa – tworzony jest za pomocą powietrza zatrzymanego w ustach lub w gardle. Niektóre dzieci uczą się go spontanicznie. Choć może być skuteczny w porozumiewaniu się dziecka z członkami najbliższej rodziny, to takie wypowiedzi są trudne do zrozumienia dla innych osób i dlatego sposób ten jest mało efektywny społecznie.
- Alternatywna forma komunikacji, np. język migowy, piktogramy lub makaton. Istnieje kilka sposobów alternatywnej komunikacji opracowanych z myślą o dzieciach, którym tracheotomia uniemożliwia mówienie. Makaton (system gestów i symboli graficznych) i język migowy to dwa przykładowe sposoby porozumiewania się. Makaton i język migowy wprowadzany jest w celu zachęcania dzieci do komunikacji i zmniejszenia frustracji wynikających z jej braku, zwłaszcza gdy współistnieje wada słuchu. Piktogramy stanowią cenną pomoc, szczególnie w przypadku współistniejących wielu wad utrudniających rozwój myślenia i języka. Wybór sposobu alternatywnej komunikacji zależy od indywidualnych predyspozycji dziecka oraz umiejętności osób uczących.
- Mimika, gesty naturalne, pantomima – w przypadku małych dzieci, których umiejętności komunikacyjne sprowadzają się do sygnalizowania podstawowych potrzeb życiowych, istotne jest stosowanie bogatej mimiki, gestykulacji oraz zachęcanie do podejmowania dialogu w taki sposób. Niemowlęta z rurką tracheotomijną będą komunikować się za pomocą wyrazu twarzy, np. uśmiechu czy marszczenia brwi. Starsze dzieci, zwłaszcza te, które mówiły i tracheostomia jest u nich stanem krótkotrwałym, bawiąc się np. pacynkami, naśladując ruchy, kompensują brak możliwości komunikacji. Formę tę zaleca się szczególnie tym dzieciom, u których brak możliwości fonicznego porozumiewania się jest krótkotrwały i przejściowy.

Tracheotomia jest zabiegiem odwracalnym. Po ustąpieniu przyczyn możliwe jest usunięcie rurki, czyli dekaniulacja trwała. Wtedy rozpoczyna się intensywny proces uczenia lub przywracania umiejętności tworzenia głosu.

Charakterystyka dziecka

Filip to wcześniak urodzony w lipcu 2006 r. w 29. tygodniu ciąży z głęboką wadą słuchu. Tracheostomię wykonano u dziecka po dwumiesięcznej intubacji

z powodu niewydolności oddechowej spowodowanej dysplazją oskrzelowo-płucną i zwężenia podgłośniowego krtani. Po urodzeniu zdiagnozowano zespół zaburzeń oddychania, przewlekłą chorobę płuc, retinopatię wcześniaczą, stan po wylewie dokomorowym I/II stopnia, niedokrwistość, przepuklinę pachwinową lewostronną. Z powodu ciężkiego stanu zdrowia wadę słuchu zdiagnozowano dopiero w 15. miesiącu życia, wtedy też chłopiec otrzymał aparaty słuchowe. We wrześniu 2008 r. wszczepiono mu implant ślimakowy oraz rozpoczęto rehabilitację domową w ramach programu „Dźwięki marzeń”. Badanie psychologiczne z 19. miesiąca życia wykazało około 4-miesięczne opóźnienie rozwoju. W listopadzie 2009 r. dodatkowo wykonano zabieg tonsillektomii. Poprawiająca się wydolność oddechowa pozwoliła w lutym 2010 r. na zabieg poszerzenia krtani i dekanialację. Badanie psychologiczne Filipa przeprowadzono ponownie w styczniu 2010 r., tj. po 18-miesięcznej rehabilitacji. Wyniki badania bezsłowną Skalą Leitera P-93 sytuują chłopca w przedziale wyników średnich i wysokich, co wskazuje na nadal nieharmonijny rozwój funkcji intelektualnych. Filip w kontakcie jest nieśmiały, reaguje lękiem. Dominuje u niego uwaga mimowolna.

Program terapii

Tracheotomia i wada słuchu uniemożliwiły Filipowi naturalne przyswajanie mowy i języka. Lekarze uważając, że główną przeszkodą w rozwijaniu mowy dziecka jest obecność rurki tracheotomijnej, nie podejmowali prób diagnozy i rehabilitacji słuchu. Utrzymujący się ponad rok taki stan spowodował ujawnienie się zachowań aspołecznych i agresywnych, wynikających z braku komunikacji z otoczeniem, nieumiejętności wyrażania swoich potrzeb. Narastające trudności wychowawcze oraz brak reakcji słuchowych ze strony Filipa skłoniły rodziców do poszukiwania pomocy. W 15. miesiącu życia chłopiec trafił pod opiekę Poradni Surdologopedycznej w Krośnie, gdzie zaopatrzonego w aparaty słuchowe i rozpoczęto regularną terapię w poradni oraz w domu z udziałem terapeuty domowego programu „Dźwięki marzeń”. Terapię planowano i oceniano w odstępach półrocznych, korzystając z programu oraz kwestionariusza 60 kroków, obejmującego ocenę na poziomie prelingwalnym, językowym i komunikacyjnym.

Chłopiec miesięcznie miał 8 godzin zajęć w ramach programu rehabilitacji domowej małych dzieci z wadą słuchu „Dźwięki marzeń” oraz 4 godziny w Poradni Surdologopedycznej w Krośnie (w tym 2 godziny logorytmiki). Mama systematycznie powtarzała ćwiczenia w domu. Przerwy w terapii powodowane były powtarzającymi się zapaleniami oskrzeli.

Celem długofalowym ogólnym terapii było porozumiewanie się językiem fonicznym. Cele krótkofalowe (półroczne) konstruowane były na bieżąco, po ocenie postępów chłopca.

I etap terapii (6 miesięcy)

Ocena wstępna według karty programu 60 kroków:

1	14	15	26	27	28	46	47	48	49
2	16	17	29	30	31	50	51	52	53
3	4	18	32	33	34	35	54	55	56
5	I	19	II	21	36	III	38	57	IV
7	8	9	22	23	39	40	41	42	59
10	11	12	13	24	25	43	44	45	60

Ocena przed rozpoczęciem terapii. Chłopiec reagował jedynie na bardzo głośny dźwięk bębna.

Cel terapii: nacisk na rozwój percepcji słuchowej; wykrywanie i różnicowanie dźwięków, komunikację pozawerbalną, wychowanie, konsekwencję w przestrzeganiu reguł.

Ćwiczenia:

- reakcji na obecność i brak dźwięku, na dźwięk oczekiwany oraz samodzielnej reakcji na dźwięk nieoczekiwany;
- reakcji na dźwięki instrumentów;
- wykrywania dźwięków w otoczeniu;
- reakcji na początek i koniec dźwięku;
- wykrywania ilości dźwięków;
- reakcji na 6 dźwięków Linga oraz inne dźwięki mowy;
- selektywnej uwagi dźwiękowej;
- reakcji na pojawienie się nowego dźwięku przy dźwiękach zakłócających;
- poszukiwania źródła dźwięku i lokalizacji źródła dźwięku;
- percepcji wzrokowej – ogólny rozwój polegający m.in. na przejściu z konkretnego do obrazków, umiejętności segregacji i selekcji na materiale atematycznym;
- naśladowania gestów towarzyszących wypowiedzianym wierszom, śpiewanym piosenkom;
- konsekwencji w przestrzeganiu ustalonych reguł pracy i zabawy.

II etap terapii (12 miesięcy)

Ocena postępów po 6 miesiącach pracy:

1	14	15	26	27	28	46	47	48	49
2	16	17	29	30	31	50	51	52	53
3	4	18	32	33	34	35	54	55	56
5	I	19	II	21	36	III	38	57	IV
7	8	9	22	23	39	40	41	42	59
10	11	12	13	24	25	43	44	45	60

Ocena po 6 miesiącach terapii. Na poziomie percepcji słuchowej i reakcji na dźwięki pojawiły się: reakcje słuchowe na dźwięki instrumentów muzycznych (trójkąta, grzechotki, tamburynu, instrumentów drewnianych, fletu, kołatki), reakcje na dźwięki otoczenia (pukanie, dźwięk kluczy, zapałki w pudełku), reakcje na początek i koniec dźwięku, wyuczone reakcje na dźwięki (wrzucanie piłek na dźwięk), reakcje na dźwięki Linga oraz inne dźwięki mowy (odgłosy zwierząt, onomatopeje, sylaby), na własne imię. Chłopiec różnicował głosy osób z najbliższego otoczenia, znane piosenki i rymowanki na podstawie intonacji. Zaczęły pojawiać się zachowania istotne dla rozwoju języka i mowy, zwracanie uwagi na głos i kierowanie wzroku na usta osoby mówiącej. Na poziomie komunikacyjnym chłopiec zaczął porozumiewać się za pomocą wyuczonych gestów sygnalizujących, np. obrazujących obecność dźwięku przez wskazanie palcem ucha, brak dźwięku – przez rozkładanie rąk na boki. Używał też gestów naturalnych, zrozumiałych przez domowników. W zakresie mowy biernej pojawiło się rozumienie pytań i poleceń popartych gestem. Filip przestał reagować lękiem na dotyk, co pozwoliło na wprowadzenie wstępnych ćwiczeń fonacyjno-oddechowych. W zakresie percepcji wzrokowej pojawiła się umiejętność segregacji i selekcji na materiale atematycznym.

Cel: poprawa percepcji słuchowej i strategii słuchania po wszczęciu implantu ślimakowego, rozumienia wypowiedzi. Wprowadzenie ćwiczeń oddechowych, komunikacja typu „usta bez dźwięku” – naśladowanie mimiki, ruchów artykulacyjnych, gestów.

Ćwiczenia:

- różnicowania instrumentów, cech dźwięków i mowy, wzorów rytmów, głosów;
- identyfikowania znaczenia na podstawie cech suprasegmentalnych i segmentalnych;
- rozpoznawania onomatopei, dźwięków w naturze, nagranych dźwięków otoczenia;

- fonacyjno-oddechowe ze szczególnym naciskiem na świadome oddychanie przez rurkę tracheotomijną;
- kształtowania świadomości toru oddechowego – rurka/nos/usta;
- rozumienia słów, zwrotów, pytań i odpowiedzi osadzonych w kontekście sytuacyjnym;
- powtarzania onomatopei na zasadzie naśladowania ruchów ust;
- zabaw pantomimicznych oraz sposobów komunikacji gestowej.

III etap terapii (18 miesięcy)

Ocena po 12 miesiącach terapii:

1	14	15	26	27	28	46	47	48	49
2	16	17	29	30	31	50	51	52	53
3	4	18	32	33	34	35	54	55	56
5	I	19	II	21	36	III	38	57	IV
7	8	9	22	23	39	40	41	42	59
10	11	12	13	24	25	43	44	45	60

Ocena po 12 miesiącach. Na poziomie percepcji słuchowej chłopiec różnicował dźwięki instrumentów, otoczenia (dzwonek, telefonu, pukania), wykonywał różnorodne ćwiczenia w reakcji na dźwięk, zaczynał rozpoznawać i różnicować dźwięki z płyty, różnicował dźwięki mowy (samogłoski, sylaby, onomatopeje), znane słowa. W zakresie umiejętności komunikacyjnych dominowały wyuczone gesty sygnalizujące i sytuacyjne, naśladowanie czynności. Chłopiec rozumiał proste zdania, pytania i polecenia wynikające z kontekstu sytuacyjnego, szczególnie te poparte gestem. Pomimo rurki tracheotomijnej próbował wymawiać samogłoski, proste wyrazy, np.: auto – naśladowując ruchy ust. Dzięki poszerzającemu się światłu tchawicy umożliwiającemu lepszy przepływ powietrza, zaczął bawić się głosem, wydobywając różne dźwięki. Zmniejszyła się liczba zachowań agresywnych, autoagresywnych, chłopiec stał się bardziej otwarty i komunikatywny (z użyciem gestów sam nawiązywał kontakt).

Cel: przygotowanie do dekanulacji, dalszy rozwój słuchania, komunikacji, rozumienia, nauka czytania.

Ćwiczenia:

- różnicowania i identyfikowania cech dźwięków i mowy;
- rozumienia słów, zwrotów, krótkich pytań i wypowiedzi;
- różnicowania i identyfikowania zdań na podstawie rozumienia pojedynczych słów;
- rozumienia poleceń;
- motoryki artykulacyjnej – naśladownictwo;
- z kilkusekundowym zatykaniem rurki w celu utrwalania toru oddechowego przez usta i no;
- fonacyjno-oddechowe – zachęcanie do wydawania dźwięków, w miarę możliwości chłopca;
- podejmowania prób komunikacji fonicznej – motywowanie;
- zapoznawania się z treścią rysunków (po dekaniulacji) – motywowanie;
- przyzwyczajania się do rozpoznawania przedmiotów za pomocą dotyku;
- ogólnorozwojowe, m.in. percepcji ruchowo-wzrokowej, orientacji w schemacie ciała i w przestrzeni, sprawności manualnej pamięci i spostrzegawczości, operacji myślowych: szeregowania, klasyfikowania, segregowania, myślenia przyczynowo-skutkowego, indukcyjnego, symbolicznego i in.;
- stymulacja narządów równowagi.

Efekty przed dekaniulacją (po 18 miesiącach terapii):

1	14	15	26	27	28	46	47	48	49
2	16	17	29	30	31	50	51	52	53
3	4	18	32	33	34	35	54	55	56
5	6	19	20	21	36	37	38	57	58
7	8	9	22	23	39	40	41	42	59
10	11	12	13	24	25	43	44	45	60

Ocena umiejętności przed dekaniulacją. Chłopiec opanował poziom percepcji słuchowej oraz umiejętności komunikacyjne łącznie ze świadomością i możliwością użycia głosu (w ograniczonym zakresie). Różnicował dźwięki i ich cechy oraz głosy znanych mu osób. Rozpoznawał piosenki i rymowanki na podstawie konturu intonacyjnego, a także cech suprasegmentalnych (rytmu, melodii, akcentu, tempa), różnicował, czytał samogłoski, onomatopeje. Nauczył się wytwarzać głos przy powtarzaniu onomatopei, pojedynczych

słów, a także próbował tworzyć własne wypowiedzi. Komunikował się za pomocą gestów oraz słów, głównie osadzonych w kontekście sytuacyjnym. Rozumiał proste zdania, pytania i polecenia wynikające z kontekstu sytuacyjnego, znał słowa i wyrażenia związane z najbliższym otoczeniem (nazwy zabawek, produktów spożywczych, czynności, zwierząt, ubrań, urządzeń i mebli, zjawisk przyrody).

Rozwój społeczny: mówił: „pa, pa” na pożegnanie, podawał rękę w odpowiedzi na powitanie, nawiązywał kontakt wzrokowy, zwracał się do członków rodziny, gdy czegoś potrzebował, czasami odmawiał współpracy, mówiąc: „nie”. Chętniej nawiązywał kontakty z rówieśnikami.

Planowana kontynuacja terapii po dekaniulacji:

- pobudzanie wszechstronnego rozwoju dziecka ze szczególnym uwzględnieniem sfery rozwoju języka, mowy i komunikacji werbalnej;
- wzmacnianie motywacji do komunikacji fonicznej;
- rozwijanie mowy biernej i czynnej;
- stymulacja sensoryczna;
- stymulacja rozwoju motorycznego;
- stymulacja umysłowa;
- rozwijanie relacji społecznych;
- wsparcie i instruktaż dla rodziców uwzględniający zmieniające się potrzeby chłopca.

Podsumowanie

Terapia małego dziecka z głęboką wadą słuchu i tracheostomią polega na rozwoju umiejętności percepcji słuchowej, komunikacji niewerbalnej oraz rozumienia mowy w celu przygotowania go do mówienia po dekaniulacji. Zastosowana zmodyfikowana metoda postępowania audytywno-werbalnego według programu 60 kroków okazała się skuteczna. Chłopiec, pomimo licznych obciążeń rozwojowych, dzięki zastosowanemu leczeniu i rehabilitacji zdobył umiejętności w zakresie percepcji słuchowej oraz wstępnej komunikacji językowej, co skłania do kontynuacji działań według kolejnych kroków programu. Kluczowe znaczenie mają ćwiczenia oddechowe, słuchowe i komunikacyjne. Ważne jest podtrzymywanie instynktownych zachowań dziecka samodzielnie podejmującego próby z powietrzem wydmuchiwanym przez rurkę oraz radości z mówienia. Terapię należy prowadzić według ściśle określonych celów dostosowanych do zmieniających się możliwości anatomicznych.

Bibliografia

- Iwankiewicz, S. (2008). *Tracheotomia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Myer, Ch.M., Villaret, D.B. (2000). Zwężenie okolicy podgłośniaowej. W: A.J. Hotaling, J.A. Stankiewicz (red.), *Otolaryngologia dziecięca*. Gdańsk: Via Medica.

EWA MARIA KULESZA

APS, Warszawa

SPECJALNE WYCHOWANIE PRZEDSZKOLNE DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ – Z DOŚWIADCZEŃ PRZEDSZKOŁA SPECJALNEGO NR 249 W WARSZAWIE¹

Dzieci z niepełnosprawnością mają w Polsce zagwarantowane prawo do wychowania przedszkolnego razem ze swoimi pełnosprawnymi rówieśnikami, jednak w polskim systemie opieki, wychowania i edukacji nadal ważne miejsce zajmują przedszkola specjalne, w tym przedszkola przeznaczone dla dzieci z upośledzeniem umysłowym² w stopniu umiarkowanym i znacznym.

Placówki tego typu oferują wszechstronną rehabilitację, tj. zespół skoordynowanych działań o charakterze organizacyjnym, leczniczym, społecznym, psychologicznym i pedagogicznym. Jej nadrzędnym celem jest zapewnienie dziecku z niepełnosprawnością jak najpełniejszego rozwoju osobowego. Główny cel edukacji przedszkolnej dzieci z upośledzeniem umysłowym to ich usamodzielnienie się, a zwłaszcza wdrażanie do czynności samoobsługowych; rozwijanie zdolności komunikacyjnych; usprawnianie procesów poznawczych oraz kształtowanie zachowań społecznie akceptowanych, w tym podstawowych umiejętności funkcjonowania w grupie rówieśniczej.

Proces wychowania przedszkolnego w placówce specjalnej rozpoczyna się od przeprowadzenia interdyscyplinarnej diagnozy dziecka z udziałem psychologa, pedagoga, logopedy, rehabilitanta ruchu, muzykoterapeuty. Brane są również pod uwagę opinie medyczne (neurologa, pediatry, okulisty i in.). Ważną rolę w tym procesie, chociaż w dalszym ciągu zbyt małą, odgrywają rodzice. Stosowane są zarówno standardowe (np. testy Wechslera lub Stanford-Binet), jak i alternatywne metody diagnostyczne, np. obserwacja dziecka w typowych sytuacjach bytowych (posiłki, ubieranie – rozbieranie, toaleta), podczas swobodnej i prowokowanej aktywności zabawowej itp. Dokonuje się analizy danych zawartych w dokumentach osobistych dziecka, w tym orzeczeniach poradni psychologiczno-pedagogicznej, określających stopień niepełnosprawności dziecka (orzeczenie zawiera ogólne dane dotyczące poziomu rozwoju poznawczego i społecznego dziecka, informacje o stopniu i rodzaju niepełnosprawności oraz rodzaju pomocy, jakiej należy mu

¹ Książka opisująca doświadczenia Przedszkola Specjalnego nr 249 w Warszawie ukaże się w pierwszej połowie 2011 r. pod tytułem *Rehabilitacja dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w wieku przedszkolnym* pod red. Ewy Marii Kuleszy. Wyd. 2. zmienione. Warszawa: Wydawnictwo APS.

² Upośledzenie umysłowe to termin stosowany w orzecznictwie. Podobne treści zawarte były w: Kulesza (ed.). (2007). *Rehabilitation and education of persons with intellectual Disabilities at the turn of the 20th and 21st centuries*. Warsaw: Wydawnictwo APS. (s. 56–58).

udzielić). Przeprowadza się obserwację zachowań dziecka podczas pierwszej i kolejnych wizyt w przedszkolu (obserwacji poddawane są reakcje na nową sytuację, pobudliwość psychoruchowa, wybór zabawek i poziom zabawy, zainteresowanie otoczeniem itp.) oraz uczestnictwa w zajęciach adaptacyjnych (analizuje się interakcje dziecka z innymi osobami, dorosłymi lub rówieśnikami, jego zainteresowanie zabawkami, koncentrację uwagi, gotowość do podejmowania aktywności zadaniowej itp.). Gromadzi się dane z wywiadu z rodzicami/opiekunami (dotyczą one stopnia samodzielności, nawyków i przyzwyczajzeń, indywidualnych potrzeb, rodzaju podejmowanej aktywności zabawowej, a także stanu zdrowia, współwystępujących schorzeń, przyjmowanych leków itp.).

Na podstawie uzyskanych danych dokonuje się wstępnej oceny poziomu rozwoju dziecka i to decyduje o jego przynależności do grupy rozwojowej. Wiek metrykalny brany jest również pod uwagę, ale jest drugorzędym kryterium. Ponadto doświadczenia Przedszkola Specjalnego nr 249 w Warszawie pokazują, że przy określaniu poziomu rozwojowego i kwalifikowaniu dzieci do poszczególnych grup należy uwzględnić: 1) stopień i rodzaj niepełnosprawności, 2) poziom ogólnej sprawności fizycznej, 3) zakres umiejętności samoobsługowych, 4) zakres umiejętności komunikowania się, 5) poziom rozwoju funkcji poznawczych, 6) poziom społecznienia.

Podstawą do planowania i programowania rehabilitacji jest pogłębiona diagnoza funkcjonowania dzieci oparta na ich ciągłej obserwacji (wyniki zapisywane są w dzienniczkach obserwacji), korzysta się także z Inwentarzy PPAC i PAC-1 H. Gunzburga w opracowaniu T. Witkowskiego, skal rozwojowych, np. Profilu osiągnięć ucznia J. Kielina, Psychoedukacyjnego Profilu E. Schoplera i in. oraz narzędzi autorskich. Zgromadzone w ten sposób informacje są uwzględniane przy tworzeniu grupowych (dla każdej grupy rozwojowej) i indywidualnych programów pracy. W zależności od potrzeb konstruowane są następujące indywidualne programy: terapeutyczny (nauczyciel wychowawca), gimnastyki korekcyjnej (rehabilitant), logopedyczny (logopeda), wspomaganie procesów poznawczych i emocjonalnych (psycholog), rytmiki (muzykoterapeuta i logopeda). Ponadto oferowane są indywidualne przedszkolne lub pozaszkolne zajęcia z dogoterapii i hipoterapii prowadzone zgodnie z indywidualnymi programami.

Ze względu na liczbę uczestników zajęcia mają formę grupową (cała grupa liczy od 6 do 10 osób), zespołową (w małych zespołach – od 2 do 4 osób) oraz indywidualną (prowadzone z jednym dzieckiem). Ze względu na rodzaj dominującej aktywności wyróżnia się zajęcia: 1) plastyczne, techniczne i konstrukcyjne (dzieci wykonują proste pomoce do zabawy, elementy dekoracji, tworzą konstrukcje z różnorodnego materiału, np. piaskowe baby, proste wytwory z mas plastycznych, jednowymiarowe oraz przestrzenne budowle z klocków, konstrukcyjne budowle według wzoru, instrukcji słownej lub bez wzoru; 2) ruchowe – organizowane są zabawy rozwijające ogólną sprawność ruchową oraz zajęcia z gimnastyki korekcyjnej; 3) muzyczne, w tym: rytmika prowadzona przez nauczyciela specjalistę, gra na instrumentach, śpiew i taniec, ruchowa inscenizacja piosenek, tworzenie akompaniamentów do wybranych piosenek itp.; 4) z dominacją działalności umysłowej, w tym: opowiadania, rozmowy kierowane, zapoznanie dzieci z treścią utworów literackich, uczenie wierszy, teatryki,

zajęcia matematyczne, zabawy tematyczne kształtujące pojęcia społeczno-moralne, zajęcia zapoznające ze środowiskiem społeczno-przyrodniczym.

W rehabilitacji dzieci z upośledzeniem umysłowym wykorzystuje się różnorodne metody, które dostosowuje się do potrzeb i możliwości podopiecznych. Wiodącą metodą organizacji pracy jest metoda ośrodków pracy, która jest zmodyfikowaną przez Marię Grzegorzewską wersją metody ośrodków zainteresowań stworzonej przez belgijskiego pedagoga Vide Decroly'ego. Praca toczy się wokół wiodącego tematu (np. wiosna), układ treści jest koncentryczny, brak podziału na przedmioty (np. jęz. polski, matematykę).

Scenariusz zajęć
Miejsce zajęć ...
Liczba uczestników ...
Poziom rozwojowy uczestników ...
Przewidywany czas trwania zajęć ...
Temat ...
Cele:
Główny/e:
1. ...
Operacyjne:
1. ZNA:
a) ...
b) ...
c) ...
1. ROZUMIE:
a) ...
b) ...
c) ...
1. UMIE:
a) ...
b) ...
c) ...
Rodzaj zajęć ...
Metody ...
Formy organizacji pracy ...
Środki dydaktyczne ...
Przebieg zajęć:
1. ...
2. ...
3. ...
4. ...

Źródło: Łapińska (2006, s. 81–82).

Chętnie stosowana jest również metoda porannego kręgu (zwłaszcza w grupie najmłodszej), w której polisensoryczna stymulacja jest środkiem służącym komunikacji nauczyciela z dziećmi. Ponadto w pracy grupowej, zespołowej i indywidualnej wykorzystuje się metodę dobrego startu, metodę integracji sensorycznej, programy aktywności Marianny i Chistofera Knillów, techniki plastycz-

ne, parateatralne formy, korowody, elementy metody Paula Dennisona, metody wspomagające porozumiewanie się, w tym metodę Glana Domana, system gestów naturalnych, obrazki, piktogramy. Prowadzona jest również terapia ruchem według założeń Weroniki Sherborne, muzykoterapia, dogo- i hipoterapia.

„Podstawą planowania zajęć przez nauczyciela w przedszkolu specjalnym jest konstruowanie scenariusza zajęć. Jego struktura została wypracowana przez zespół nauczycielek pracujących w placówce i wynika z podstawowych założeń dydaktyki ogólnej, metodyki wychowania w przedszkolu oraz metodyki pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu głębszym. [...] Scenariusz zajęć w zaproponowanej formie składa się z tzw. obudowy dydaktycznej oraz zapisu planowanego przebiegu zajęć. Obudowę dydaktyczną tworzy rejestr, w którym podaje się: miejsce zajęć, planowaną liczbę uczestników, poziom rozwojowy wychowanków, przewidywany czas trwania zajęć, temat, cele zajęć (ogólne i operacyjne), rodzaj realizowanych zajęć, metody, formy organizacji pracy dzieci oraz środki dydaktyczne” (Łapińska 2006, s. 81–82).

Szczególnie ważna dla dziecka niepełnosprawnego jest spójność oddziaływań rehabilitacyjnych, wychowawczych i edukacyjnych podejmowanych w przedszkolu i w domu. Współpraca z rodzicami (prawnymi opiekunami) obejmuje ciągłą komunikację (ustalenie kierunku i zakresu zadań realizowanych w przedszkolu i w domu, wymianę informacji o stosowanych metodach rehabilitacji dziecka, strategiach stosowanych w przedszkolu i w domu, przebiegu procesu rozwoju dziecka, jego postępach, podejmowanych próbach, trudnościach i niepowodzeniach), edukację (wzbogacanie wiedzy pedagogicznej oraz uwrażliwienie na potrzeby i możliwości dziecka (broszurki, książki, spotkania) oraz szkolenie (zajęcia tzw. otwarte i warsztatowe).

Rodzice zachęceni są również do aktywnego udziału w okolicznościowych uroczystościach przedszkolnych (jak np.: Wigilia, Dzień Babci i Dziadka, bal karnawałowy, Dzień Dziecka, Dzień Matki i Ojca połączony z zakończeniem roku), pomocy w organizowaniu wycieczek (np. na farmę, statkiem po Wiśle), wyrażania opinii o pracy przedszkola (wywiady środowiskowe i ankiety) oraz współdziałania (rada rodziców) z organami przedszkola – dyrektorem i radą pedagogiczną. Udział rodziców w tych formach współpracy jest dobrowolny.

Bibliografia

- Kulesza, E.M. (red.). (2005). *Rehabilitacja dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w wieku przedszkolnym*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Kulesza, E.M. (ed.). (2007). *Rehabilitation and education of persons with intellectual Disabilities at the turn of the 20th and 21th centuries*. Warsaw: Wydawnictwo APS.
- Łapińska, E. (2005). Scenariusz zajęć jako narzędzie planowania pracy nauczyciela. W: E.M. Kulesza (red.), *Rehabilitacja dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w wieku przedszkolnym*. Warszawa: Wydawnictwo APS.

JOLANTA ZOZULA

APS, Warszawa

ADOPCJA DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO

System prawa postrzega dziecko jako podmiot, któremu przysługują określone prawa i wolności. Jednym z nich jest, zagwarantowane w *Konwencji o Prawach Dziecka* z 1989 r., prawo do wychowania się w rodzinie. Artykuł 9 ust.1 niniejszego dokumentu mówi, że „Państwa-Strony zapewnią, aby dziecko nie zostało oddzielone od swoich rodziców wbrew ich woli, z wyłączeniem przypadków, gdy kompetentne władze, podlegające nadzorowi sądowemu, zdecydują zgodnie z obowiązującym prawem oraz stosowanym postępowaniem, że takie oddzielenie jest konieczne ze względu na najlepiej pojęte interesy dziecka. Taka decyzja może być konieczna szczególnie w przypadkach nadużyć lub zaniedbań ze strony rodziców, gdy każde z rodziców mieszka oddzielnie, a należy podjąć decyzję odnośnie do miejsca pobytu lub zamieszkania dziecka” (Dz. U. 1991, Nr 120, poz. 526). Przepis ten zobowiązuje Państwa-Sygnatariuszy do umożliwienia jak największej liczbie dzieci funkcjonowania w rodzinie naturalnej. Jest to bowiem najlepsze dla dziecka środowisko wychowania, rozwoju i kształtowania osobowości. M. Kaczmarek (2003, s. 71) podkreśla, że „dobrej rodziny w procesie wychowania i wzrastania dzieci i młodzieży nie jest w stanie zastąpić nikt, dlatego polityka państwa oraz wszelkie działania instytucji samorządowych i organizacji pozarządowych powinny być nakierowane na pomoc udzielaną rodzinie i w rodzinie”. Władza rodzicielska sprawowana przez rodziców jest najbardziej naturalną i najbardziej pożądaną, z punktu widzenia ochrony dobra dziecka, formą sprawowania pieczy nad małoletnim.

Nie wszystkie dzieci mają jednak możliwość wychowywania się i rozwoju w biologicznej rodzinie, wśród najbliższych sobie osób. Ogromny problem społeczny stanowi bowiem sieroctwo. Jest ono bardzo złożonym zjawiskiem. Poza sieroctwem biologicznym, występującym w przypadku śmierci obojga rodziców, poważny problem stanowią również: sieroctwo społeczne, sieroctwo duchowe oraz tzw. eurosieroctwo.

Z. Węgierski (2006, s. 50) ustalił, że obecnie w Polsce żyje 180 tysięcy sierot społecznych. Wszystkie te dzieci pozbawione są możliwości wychowywania się w rodzinach biologicznych. Egzystują one w zastępczych formach opieki nad dzieckiem. Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej są nimi rodziny zastępcze oraz placówki opiekuńczo-wychowawcze (Dz. U. Nr 64, poz. 593).

Ustawodawca tworząc przepisy regulujące zastępcze formy opieki nad dzieckiem, uwzględnił program polityki prorodzinnej państwa z 1999 r. i przyznał pierwszeństwo formom rodzinnym, tj. rodzinom zastępczym. Umieszczenie ma-

łoletniego w domu dziecka powinno być natomiast rozwiązaniem ostatecznym. Niestety, w polskich warunkach realizacja tego założenia jest bardzo trudna, w wielu przypadkach wręcz niemożliwa ze względu na stosunkowo małą liczbę rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka. W efekcie większość osieroczonych dzieci egzystuje w warunkach instytucjonalnych, w których nie ma możliwości zaznania rodzinnej atmosfery, ciepła i miłości oraz wytworzenia więzi emocjonalnych z najbliższymi osobami.

Brak środowiska rodzinnego jest szczególnie niekorzystny dla dzieci niepełnosprawnych i przewlekle chorych. W warunkach instytucjonalnych, z oczywistych względów, nie mogą one bowiem liczyć na indywidualną opiekę oraz zaangażowanie w leczenie bądź rehabilitację. Dla tej grupy małych dzieci szczególnego znaczenia nabiera prawna instytucja przysposobienia. Daje ona bowiem szansę wychowania się w rodzinie. Z punktu widzenia prawa rodzina adopcyjna jest rodziną szczególną. Ustawodawca utożsamia ją bowiem z rodziną naturalną. Artykuł 121§1 k.r.o. mówi, że „przez przysposobienie powstaje między przysposabiającym a przysposabianym taki stosunek, jak między rodzicami a dziećmi” (Dz. U. 1964, Nr 9, poz. 59 ze zm.). Przysposobione dziecko zajmuje więc w rodzinie pozycję równą dziecku biologicznemu.

Zgodnie z polskimi regulacjami dotyczącymi instytucji przysposobienia adoptować można jedynie osoby małoletnie dla ich dobra (art. 114§1 k.r.o.). Przysposabiającymi mogą być małżonkowie lub osoba samotna. W przypadku małżonków ustawodawca umożliwił adopcję dziecka przez jedno z nich za zgodą drugiego (art. 116 k.r.o.). W polskim systemie prawnym nie jest natomiast możliwe przysposobienie dziecka przez osoby pozostające w związku konkubenckim oraz pary homoseksualne.

Do przysposobienia potrzebna jest zgoda określonych osób. W zależności od sytuacji faktycznej powinni ją wyrazić:

- a) rodzice dziecka (chyba że zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej lub są nieznani albo porozumienie się z nimi napotyka trudne do przezwyciężenia przeszkody) (art. 119 k.r.o.),
- b) opiekun dziecka (art. 120 k.r.o.),
- c) dziecko, które ukończyło 13 lat (sąd może wysłuchać także młodszego przysposobianego, jeżeli jest on w stanie pojąć znaczenie przysposobienia; nie powinien natomiast odbierać zgody od małoletniego, który co prawda ukończył 13 lat, ale nie jest zdolny do jej wyrażenia lub uważa się za dziecko przysposabiającego) (art. 118 k.r.o.),
- d) współmałżonek przysposabiającego (chyba że nie przysługuje mu pełna zdolność do czynności prawnych albo porozumienie się z nim napotyka trudne do przezwyciężenia przeszkody) (art. 116 k.r.o.).

Ustawodawca szczegółowo uregulował czas i sposób wyrażenia zgody na przysposobienie przez rodziców małoletniego. Zgodnie z art. 119² k.r.o. zgoda rodziców na przysposobienie dziecka nie może być wyrażona wcześniej niż po upływie sześciu tygodni od urodzenia się dziecka. Ten *tempus deliberandi* (czas do namysłu) został określony, by zapobiegać pochopnemu podejmowaniu decyzji o losie narodzonego dziecka. Rodzice powinni mieć możliwość spokojnego rozważenia, czy chcą, są w stanie samodzielnie wy-

chować dziecko lub zdecydować o powierzeniu pieczy nad nim innej osobie. Jest to szczególnie istotne w przypadku szoku poporodowego. Zdarza się bowiem, że matki znajdujące się w tym stanie podejmują nieracjonalne decyzje, których później żałują.

Wyrażenie przez rodziców zgody na przysposobienie dziecka może przybrać dwie formy: zgody ze wskazaniem osoby przysposabiającego albo zgody bez wskazania osoby przysposabiającego (zgoda *in blanco*). Zgodę blankietową rodzice mogą odwołać przez oświadczenie złożone przed sądem opiekuńczym, nie później jednak niż przed wszczęciem postępowania o przysposobienie (art. 119¹§1 k.r.o.). Od formy wyrażonej przez rodziców zgody zależy, jaki rodzaj przysposobienia będzie mógł być orzeczony w stosunku do ich dziecka. W polskim systemie prawa istnieją bowiem cztery rodzaje przysposobienia:

1. Przysposobienie całkowite nierozwiązywalne (*adoptio plenissima*). Warunkiem koniecznym jego orzeczenia jest wyrażenie przez rodziców zgody na przysposobienie w formie *in blanco*. Powoduje ono całkowite zerwanie więzi z rodzicami i dalszymi członkami biologicznej rodziny i nawiązanie ich w stosunku do przysposabiających i ich rodziny. Ponadto nie jest dopuszczalne rozwiązanie tego rodzaju przysposobienia. W przypadku orzeczenia przez sąd przysposobienia całkowitego, zgodnie z art. 48 ust.1 ustawy prawo o aktach stanu cywilnego, dziecku tworzy się z urzędu nowy akt urodzenia, w którym osoby przysposabiające zostają wpisane jako jego rodzice (Dz. U. 2004, Nr 161, poz. 1688).
2. Przysposobienie pełne (*adoptio plena*). Ten rodzaj przysposobienia różni się od przysposobienia całkowitego jedynie tym, że może ono z ważnych powodów zostać rozwiązane. Zasadą jest wpisanie w akcie urodzenia dziecka wzmianki o przysposobieniu pełnym. Na wniosek przysposabiającego sąd może jednak wyrazić zgodę na sporządzenie przysposobionemu nowego aktu urodzenia jak w przypadku *adoptio plenissima* (art. 49 ust.1 u.p.a.s.c.).
3. Przysposobienie niepełne (*adoptio minus plena*). Przysposobienie to może zostać orzeczone w sytuacji, gdy rodzice wyrażając zgodę, wskazali konkretną osobę, której chcą powierzyć opiekę nad swoim dzieckiem. W przypadku orzeczenia tego rodzaju adopcji zostają zerwane więzy jedynie pomiędzy biologicznymi rodzicami a dzieckiem, w miejsce których powstają więzy pomiędzy przysposabiającymi a przysposabianym. Zostają natomiast zachowane relacje małoletniego z pozostałą biologiczną rodziną (dziadkami, rodzeństwem, kuzynami). W przypadku orzeczenia przysposobienia niepełnego możliwe jest tylko wpisanie do aktu urodzenia dziecka wzmianki dodatkowej o *adoptio minus plena*. Ten rodzaj przysposobienia sprawdza się w przypadku dzieci starszych, które pamiętają swoich biologicznych rodziców.
4. Przysposobienie zagraniczne. Zgodnie z art. 114²§1 k.r.o. ten rodzaj przysposobienia ma charakter subsydiarny, tj. może być orzeczony tylko wówczas, gdy nie ma możliwości zapewnienia dziecku środowiska rodzinnego w kraju. Ustawodawca przewidział jednak dwa wyjątki od zasady subsydiarności przysposobienia zagranicznego. Może ono zostać orzeczone bez potrzeby wcześniejszego poszukiwania rodziny adopcyjnej w kraju, gdy między

przysposabiającym a przysposabianym istnieje stosunek pokrewieństwa lub powinowactwa albo gdy przysposabiający już przysposobił siostrę lub brata przysposobianego (art. 114²§2 k.r.o.).

W przypadku każdego rodzaju przysposobienia obowiązuje określona przez przepisy prawa procedura adopcyjna. Szczegółowo reguluje ją rozporządzenie ministra polityki społecznej w sprawie ośrodków adopcyjno-opiekuńczych (Dz. U. 2005, Nr 205, poz. 1701 ze zm.). Zgodnie z tym aktem wykonawczym ośrodki adopcyjno-opiekuńcze gromadzą informacje o kandydaturach dzieci zgłoszonych do przysposobienia oraz o kandydatach na rodziców adopcyjnych. Do ich zadań dotyczących adopcji należy ponadto zgodnie z §4:

- przeprowadzanie badań pedagogicznych i psychologicznych oraz rodzinnych wywiadów środowiskowych dotyczących osób zgłaszających gotowość przysposobienia dziecka;
- dobór rodziny przysposabiającej właściwej ze względu na potrzeby dziecka;
- udzielanie pomocy w przygotowaniu wniosków o przysposobienie.

Danymi dziecka zakwalifikowanego do przysposobienia dysponuje wojewódzki ośrodek adopcyjno-opiekuńczy. Poszukuje on, na obszarze swojego działania, kandydatów na rodziców adopcyjnych przez miesiąc. Gdy ośrodek kwalifikujący dziecko do przysposobienia nie pozyska rodziny przysposabiającej w tym terminie, przekazuje w ciągu 7 dni dane dziecka do ośrodka adopcyjno-opiekuńczego prowadzącego wojewódzki bank danych o dzieciach zakwalifikowanych do przysposobienia. Po otrzymaniu informacji wojewódzki bank danych, w terminie 7 dni, przekazuje informacje do ośrodków adopcyjno-opiekuńczych na terenie województwa oraz do wojewódzkich banków danych prowadzonych przez ośrodki w innych województwach. Gdy w terminie 2 miesięcy od dnia przyjęcia informacji o dziecku przez wojewódzkie banki danych nie pozyskano dla dziecka rodziny zgłaszającej gotowość jego przysposobienia, ośrodki prowadzące wojewódzkie banki danych przekazują w ciągu 7 dni od upływu tego terminu informacje o dziecku do centralnego banku danych o dzieciach oczekujących na przysposobienie, którym nie można zapewnić opieki w rodzinie przysposabiającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Centralny Bank Danych) (§10 rozporządzenia). Tam rozpoczyna się procedura związana z przysposobieniem zagranicznym. Zgodnie z rozporządzeniem ministra polityki społecznej w sprawie centralnego banku danych o dzieciach oczekujących na przysposobienie oraz ośrodków adopcyjno-opiekuńczych upoważnionych do współpracy z licencjonowanymi przez rządy innych państw organizacjami lub ośrodkami adopcyjnymi (Dz. U. 2004, Nr 223, poz. 2266 i 2267), może ona być prowadzona przez trzy uprawnione ośrodki adopcyjno-opiekuńcze:

- 1) Publiczny Ośrodek Adopcyjno-Opiekuńczy z siedzibą w Warszawie, ul. Nowogrodzka 75,
- 2) Krajowy Ośrodek Adopcyjno-Opiekuńczy z siedzibą w Warszawie, ul. Krakowskie Przedmieście 6,
- 3) Katolicki Ośrodek Adopcyjno-Opiekuńczy z siedzibą w Warszawie, ul. Grochowska 194/196.

Zgodnie z §2 niniejszego aktu prawnego centralny bank danych o dzieciach oczekujących na przysposobienie zagraniczne prowadzi Publiczny Ośrodek Adopcyjno-Opiekuńczy.

Po rzetelnym przeprowadzeniu procedury adopcyjnej na poziomie ośrodków adopcyjno-opiekuńczych przysposabiający składają we właściwym miejscowo sądzie opiekuńczym wnioski o przysposobienie dziecka. Wtedy zostaje wszczęta procedura adopcyjna w sądzie, po której następuje wydanie orzeczenia o przysposobieniu dziecka.

Dwuetałowa procedura adopcyjna ma na celu gruntowne sprawdzenie, czy orzeczenie przysposobienia w przypadku konkretnego dziecka rzeczywiście w pełni służy jego dobru.

Adopcja jest najlepszą formą kompensacji sieroctwa społecznego. Niestety, wiele sierot społecznych nie może skorzystać z dobrodziejstwa tej instytucji prawnej. Podstawową przyczyną niekwalifikowania do przysposobienia podopiecznych instytucji opieki zastępczej jest ich nieuregulowana sytuacja prawna. Dziecko może być bowiem przysposobione tylko wtedy, gdy jego rodzice zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej albo wyrazili przed sądem zgodę na przysposobienie. Polskie sieroty społeczne natomiast to głównie małoletni, których rodzicom sąd ograniczył władzę rodzicielską na podstawie art. 109 k.r.o. Z raportu Fundacji Świętego Mikołaja wynika, że w pierwszym półroczu 2008 r. 14 500 dzieci zostało zabranych z domów rodzinnych. W 328 przypadkach władza rodzicielska została zawieszona, a w 10 074 dzieci ograniczona (*Adopcja...s.* 7). Oznacza to, że spośród tych dzieci 10 403 nie ma szansy na przysposobienie.

Tak częste wydawanie przez sądy orzeczeń o zawieszeniu bądź ograniczeniu władzy rodzicielskiej uzasadnione jest realizacją założeń polityki prorodzinnej państwa, której celem jest umożliwienie jak największej liczbie małoletnich powrotu do rodziny biologicznej. Rzeczywistość nie jest jednak tak optymistyczna. Z opracowania B. Passini dokonanego na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości (MS – S17) wynika, że w latach 1980–2002 do rodzin naturalnych wracało od 6,43% do 9,95% dzieci przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Jest to więc niewielka liczba sierot społecznych. Pozostałe, w związku z brakiem uregulowanej sytuacji prawnej umożliwiającej przysposobienie, są skazane na pobyt w instytucji opieki zastępczej do osiągnięcia pełnoletności.

Problem ten został zauważony przez polskiego ustawodawcę. Nowelizacją kodeksu postępowania cywilnego z 2000 r. wprowadził art. 579¹ k.p.c. (Dz. U. 1964, Nr 43, poz. 296 ze zm.), który mówi, że sąd opiekuńczy okresowo, nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy, dokonuje oceny sytuacji dziecka umieszczonego w placówce opiekuńczo-wychowawczej; jeżeli wymaga tego dobro dziecka, sąd wszczyna postępowanie o pozbawienie władzy rodzicielskiej jego rodziców. W rzeczywistości przepis ten jest martwy. Sędziowie twierdzą, że nie mają możliwości realizować jego założeń. Sugerują, że to pracownicy placówek powinni ich informować o tym, że rodzice nie kontaktują się z dzieckiem, gdyż na bieżąco to monitorują. Dyrektorzy instytucji opieki zastępczej nie przekazują zaś tych informacji sędziom, gdyż nie są do tego zobligowani przez żadne przepisy.

W konsekwencji dzieci tkwią latami w stanie swoistego „zawieszenia”. Nie mają szansy na powrót do rodziny biologicznej ani na przysposobienie.

Kolejną barierą utrudniającą, a często wręcz uniemożliwiającą przysposobienie dziecka, jest jego niepełnosprawność lub przewlekła choroba somatyczna. Obywatele polscy nie są zainteresowani adopcją takich małoletnich. Ten stan faktyczny z reguły nie jest przejawem znieczulicy i niechęci do dzieci z różnego rodzaju zaburzeniami. Wynika natomiast z przyczyn ekonomicznych, braku wiedzy na temat poszczególnych schorzeń, obaw i lęków. J. Błęszyński (2005, s. 19) podkreśla, że „brak jest sprawnie działającego systemu opieki i specjalistycznego poradnictwa adopcyjnego dla rodzin pragnących przysposobić dziecko z wadami rozwojowymi, jak również poradnictwa postadopcyjnego, które zaczyna dopiero funkcjonować dzięki wprowadzonej reformie ośrodków adopcyjno-opiekuńczych”. Rodzice adopcyjni nie otrzymują również żadnego wsparcia finansowego w związku z przysposobieniem dziecka specjalnej troski, gdyż ustawodawca utożsamił rodzinę adopcyjną z rodziną biologiczną. Koszty leczenia i rehabilitacji małoletnich są bardzo wysokie. Wielu przysposabiających nie jest w stanie samodzielnie ich pokryć. Potrzeba pomocy finansowej ze strony instytucji państwowych prowadzi często do sytuacji patologicznej, w której osoby rezygnują z przysposobienia dziecka specjalnej troski na rzecz stworzenia rodziny zastępczej. Rodziny zastępcze otrzymują bowiem środki na wychowanie każdego umieszczonego w nich dziecka.

Jedyną szansą na przysposobienie dla dzieci przewlekle chorych i niepełnosprawnych, zwłaszcza intelektualnie, jest przysposobienie zagraniczne. I. Gieryszewska i K. Franczak (2008, s. 56) zauważają, że „rodziny cudzoziemskie są lepiej przygotowane pod względem psychicznym, emocjonalnym, a przede wszystkim materialnym do radzenia sobie z opieką nad dzieckiem chorym, kalekim, upośledzonym”. W związku z tym znacznie częściej decydują się na przysposobienie polskiego dziecka obciążonego różnego rodzaju wadami (rozwojowymi, niepełnosprawnością, FAS). Najbardziej adopcją polskich dzieci zainteresowani są obywatele Włoch, USA, Holandii, Szwecji, Francji i Niemiec.

Fakt, że polskie dzieci niepełnosprawne rzadko mają szansę na adopcję krajową, skłania do refleksji nad słusznością zasady subsydiarności przysposobienia zagranicznego w ich przypadku. Konieczność poszukiwania polskiej rodziny adopcyjnej przez około 6 miesięcy znacznie wydłuża procedurę adopcyjną. W wielu wypadkach ten czas może mieć wpływ na skuteczność podjętego później leczenia i rehabilitacji. Stosunkowo wcześniej podjęta ukierunkowana terapia może spowodować powrót dziecka do zdrowia lub zminimalizować niepełnosprawność. Należy zastanowić się, czy w przypadku dzieci specjalnej troski przysposobienie zagraniczne nie powinno być orzekane z pominięciem zasady subsydiarności.

Bibliografia

Adopcja. Raport Fundacji Świętego Mikołaja. http://mikolaj.org.pl/images/stories/file/rodzinne%20domy%20dziecka/raport%20Sw%20Mikolaja%20o%20rodzicielstwie%20zastepczym_Adopcje.pdf, s. 7.

- Błeszyński, J. (2005). *Kluczowe zagadnienia przysposobienia i funkcjonowania rodzin adopcyjnych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Gieryszewska, I., Franczak, K. (2008). Adopcja formą realizacji prawa dziecka do życia w rodzinie. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 5.
- Kaczmarek, M. (2003). Prawo dziecka i rodziny do pomocy. W: *Polska dla dzieci. Ogólnopolski szczyt w sprawach dzieci, Warszawa 23–24 maja. Materiały i dokumenty*. Warszawa: Rzecznik Praw Dziecka.
- Węgierski, Z. (2006). *Opieka nad dzieckiem osieroconym. Teoria i praktyka*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.

Akty prawne

- Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w dniu 20 listopada 1989 r.* Dz. U. 1991, Nr 120, poz. 526.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 30 września 2005 r. w sprawie ośrodków adopcyjno-opiekuńczych.* Dz. U. Nr 205, poz. 1701, ze zm.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 5 października 2004 r. w sprawie centralnego banku danych o dzieciach oczekujących na przysposobienie oraz ośrodków adopcyjno-opiekuńczych upoważnionych do współpracy z licencjonowanymi przez rządy innych państw organizacjami lub ośrodkami adopcyjnymi.* Dz. U. Nr 223, poz. 2266 i 2267.
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy.* Dz. U. Nr 9, poz. 59, ze zm.
- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. kodeks postępowania cywilnego.* Dz. U. Nr 43, poz. 296, ze zm.
- Ustawa z dnia 29 września 1986 r., prawo o aktach stanu cywilnego.* Dz. U. 2004, Nr 161, poz. 1688.
- Ustawa z dnia 21 marca 2004 r. o pomocy społecznej.* Dz. U. Nr 64, poz. 593.

TADEUSZ MAJEWSKI
Ekspert Międzynarodowej Organizacji
Pracy ds. Rehabilitacji Zawodowej

NIEPEŁNOSPRAWNE KOBIECY W EUROPIE

Zwykle problemy osób niepełnosprawnych przedstawia się nie różnicując ich w zależności od płci. Na arenie europejskiej to zróżnicowanie zostało dostrzeżone ponad 10 lat temu. Już w 1997 r. Grupa Robocza do Spraw Kobiet i Niepełnosprawności (*Working Group on Women and Disability*), powołana w ramach Europejskiego Forum Osób Niepełnosprawnych (*European Disability Forum*), opracowała *Manifest Niepełnosprawnych Kobiet w Europie (Manifesto by Disabled Women in Europe)*. Europejskie Forum powstało w 1996 r. i jego misją jest reprezentowanie wszystkich niepełnosprawnych Europejczyków w dialogu z Unią Europejską i innymi instytucjami czy organizacjami na szczeblu europejskim. W szczególności stawia sobie ono za cel promocję praw człowieka – obywatelskich, społecznych i ekonomicznych osób niepełnosprawnych oraz wyrównywanie szans wszystkich osób niepełnosprawnych i zwalczanie ich dyskryminacji. Jego członkami są europejskie organizacje pozarządowe osób niepełnosprawnych lub działające na ich rzecz i krajowe fora osób niepełnosprawnych. Siedzibę ma w Brukseli.

Problemy niepełnosprawnych kobiet oraz równości płci były od początku istnienia Europejskiego Forum przedmiotem jego dużego zainteresowania, dlatego już rok po po-

wstaniu został przyjęty wymieniony *Manifest*. Dwa lata później, w 1999 r., został on oficjalnie wydany przez Parlament Europejski. Pomimo upływu lat zawarte w *Manifestie* zapisy są nadal bardzo aktualne.

Celem *Manifestu* jest zwrócenie uwagi i poinformowanie społeczeństw o sytuacji niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet, ich prawach i obowiązkach. Stanowi on bardzo ważny dokument dla promocji ich równych szans w Państwach Członkowskich Unii Europejskiej. Ma również zwrócić uwagę Komisji Europejskiej, Parlamentu Europejskiego, Państw Członkowskich, Europejskiego Ruchu Osób Niepełnosprawnych, jak również ruchów kobiet na brak myślenia kategoriami różnic płci w odniesieniu do niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet oraz niepełnosprawnych chłopców i mężczyzn.

Przyjęcie i opublikowanie *Manifestu* ma również na celu uzdolnienie (*empowerment*) niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet do kierowania swoim życiem i uzyskania stosownej reprezentacji, a przez to poprawę sytuacji życiowej, zawodowej i społecznej. Wzywa on także do zwiększenia świadomości i współpracy w tym zakresie w ruchu osób niepełnosprawnych, ruchu kobiet i całego społeczeństwa. Podstawę do opracowania *Manifestu* stanowiły *Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych*, przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 1993 r. Są to podstawowe zasady, jakimi należy kierować się w rozwiązywaniu problemów osób niepełnosprawnych.

Manifest składa się, oprócz wprowadzenia, z 18 części nakreślających problemy i rekomendacje (zalecenia)

dotyczące istotnych dziedzin życia niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet. Są to dziedziny, które wymagają większego zainteresowania i odpowiednich działań. Pierwsze trzy części wskazują na aspekty prawne – na międzynarodowe i krajowe dokumenty mówiące o prawach człowieka i konieczności wyrównywania szans osobom niepełnosprawnym. Następne części mówią o:

1. Edukacji.
2. Szkoleniu zawodowym i zatrudnieniu.
3. Małżeństwie, rodzicielstwie i życiu rodzinnym.
4. Przemocy, wykorzystywaniu seksualnym i bezpieczeństwie.
5. Uzdalnianiu (*empowerment*) do kierowania swoim życiem oraz do udziału w przywództwie i w podejmowaniu decyzji.
6. Niepełnosprawnych kobietach wywodzących się z różnych środowisk kulturowych.
7. Podnoszeniu świadomości społecznej, środkach społecznego przekazu, komunikowaniu się i dostępie do informacji.
8. Niezależnym życiu, asystencji osobistej, pomocach technicznych i poradnictwie.
9. Społecznym zabezpieczeniu, zdrowiu, ochronie medycznej i rehabilitacji.
10. Dostępie do budynków publicznych, mieszkalnictwie, transporcie i środowisku.
11. Kulturze, rekreacji i sporcie.

Kolejne trzy części dotyczą konieczności podejmowania działań na szczeblu krajowym, regionalnym i europejskim oraz ich finansowaniu. W ostatniej części czytamy o konieczności zbierania danych statystycznych i prowadzeniu badań

naukowych dotyczących problemów i potrzeb niepełnosprawnych kobiet.

Manifest jest bardzo obszernym dokumentem. Trudno omówić wszystkie poruszone w nim problemy i zalecenia w pełnym brzmieniu. W związku z tym przedstawię tylko najważniejsze z nich.

Ważnym warunkiem wyrównywania szans osób niepełnosprawnych w życiu jest zapewnienie im dobrej edukacji. Niepełnosprawne dziewczęta i kobiety powinny mieć dostęp do edukacji na wszystkich poziomach: podstawowym, średnim i wyższym przez całe życie, być zachęcane do korzystania z prawa do edukacji. Powinna to być edukacja w systemie ogólnodostępnym z zapewnieniem odpowiedniego wspomaganie i specjalnych usług, zgodnie z potrzebami lub życzeniami niepełnosprawnej uczennicy lub studentki. Dokument wskazuje także na potrzebę promocji edukacji ustawicznej wśród niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet. W szczególności zostały podkreślone problemy i potrzeby niesłyszących dziewcząt i kobiet w zakresie zapewnienia im edukacji.

W *Manifestie* zwraca się także uwagę na znaczenie edukacji rodziców i rodzin dla rozwoju i ukształtowania pozytywnej postawy, zrozumienia specjalnych potrzeb, problemów niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet. Podkreśla się także, że są one podwójnie dyskryminowane w edukacji, z jednej strony, bo są osobami niepełnosprawnymi, a z drugiej – bo są kobietami. Podobnie zwraca się uwagę na konieczność właściwego przedstawiania obrazu niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet w programach mających na celu

uświadomienie społeczeństwa o problemach i potrzebach osób niepełnosprawnych.

Zatrudnienie ma istotny wpływ na sytuację ekonomiczną i samodzielne utrzymanie się niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet. Wpływa ono również na ich właściwą samoocenę i społeczne uznanie. W związku z tym powinny one mieć możliwość szkolenia zawodowego, które ułatwi im podjęcie pracy na otwartym rynku. Jeśli potrzebują specjalnego szkolenia, wówczas nie powinny być go pozbawione. Należy także, w miarę potrzeb, zagwarantować im dodatkowe usługi wspierające. Przepisy prawne nie mogą ich dyskryminować lub stwarzać przeszkody w zatrudnianiu.

Niepełnosprawne kobiety powinny być zachęcane do podejmowania pracy zawodowej, mieć zapewnione rozsądne wynagrodzenie i status społeczny, również potrzebną pomoc do utrzymania się w zatrudnieniu. Pomoc ma obejmować monitorowanie ich zatrudnienia, utrzymywanie kontaktów z pracodawcami oraz wprowadzenie przepisów prawnych chroniących je przed nieuzasadnionym zwolnieniem z pracy tylko z powodu niepełnosprawności. Wiele prac wykonywanych obecnie przez pełnosprawne kobiety lub mężczyzn należy udostępnić niepełnosprawnym kobietom. Ponadto niepełnosprawne kobiety pragnące pracować na własny rachunek powinny być traktowane jako kwalifikowani przedsiębiorcy i mieć równe prawo do otrzymania pomocy finansowej w zakładaniu małych przedsiębiorstw i innych form samozatrudnienia podobnie jak inni przedsiębiorcy.

Niepełnosprawne kobiety wolontariuszki powinny mieć takie same świadczenia społeczne i pomoc jak kobiety pracujące.

Dokument podkreśla również, że polityka i programy Unii Europejskiej promujące zatrudnienie i szkolenie zawodowe powinny uwzględniać specjalną sytuację kobiet niepełnosprawnych.

Kobiety niepełnosprawne powinny mieć zagwarantowane prawo do małżeństwa, rodzicielstwa i życia rodzinnego. Ponieważ wiele niepełnosprawnych kobiet doświadcza trudności w wychodzeniu za mąż i założeniu rodziny, należy prowadzić dla nich odpowiednie poradnictwo i szkolenie w tej dziedzinie. Media mają poważną rolę do odegrania w zmienianiu negatywnych postaw społeczeństwa wobec małżeństwa i rodzicielstwa niepełnosprawnych kobiet. Organizacje zajmujące się poszukiwaniem partnerów dla osób samotnych nie powinny wykluczać ze świadczenia swoich usług niepełnosprawnych kobiet. Pracownicy tych organizacji powinni być przygotowani do pracy z osobami niepełnosprawnymi.

Niepełnosprawnym kobietom należy zapewnić dostęp do metod planowania rodziny i do informacji na temat seksualnego funkcjonowania ciała. Niepełnosprawni rodzice powinni mieć prawo do osobistej asystencji, aby oboje mogli dzielić między siebie obowiązki związane z opieką nad dziećmi. Działania wspierające w tym zakresie trzeba promować.

Niepełnosprawne kobiety powinny mieć te same prawa, jakie mają pełnosprawne kobiety, gdy chodzi o opiekę medyczną, urlop ma-

cierzyński, powrót do pracy i inne świadczenia w czasie ciąży i po urodzeniu dziecka.

Prawo niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet do wolności i bezpieczeństwa powinno być w pełni przestrzegane. Dane statyczne wskazują na to, że są one częściej ofiarami przemocy niż dziewczęta i kobiety pełnosprawne. W związku z tym powinny być bardziej chronione przed fizyczną, psychiczną i seksualną przemocą. Jest to szczególnie ważne dla tych dziewcząt i kobiet, które przebywają w szpitalach, placówkach rehabilitacyjnych czy innych i czasami nie są zdolne do reprezentowania siebie. Głównie są to osoby z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami psychicznymi, problemami w komunikowaniu się, z głębszym stopniem niepełnosprawności. Należy je informować, w jaki sposób zapobiegać aktom przemocy, rozpoznawać je i zgłaszać. Tak samo rodziny i wszyscy pracujący z nimi powinni być informowani, w jaki sposób przeciwdziałać przemocy seksualnej wobec niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet.

Praca nad przygotowywaniem niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet do samodzielnego życia powinna pomagać im w uzyskiwaniu pozytywnej samooceny i zachęcać do zajmowania odpowiednich pozycji w swoich środowiskach społecznych. W związku z tym należy zachęcać je do brania udziału w ogólnych programach szkoleniowych służących temu celowi. Szkolenie w tym zakresie powinno stanowić integralną część szkolenia niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet, zwiększać ich świadomość swojej sytuacji w środowisku lokalnym.

Wszystkie kraje powinny podjąć działania mające na celu podnoszenie świadomości swoich społeczeństw o prawach, potrzebach i możliwościach niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet. Widzialność niepełnosprawnych kobiet powinna wzrosnąć na wszystkich szczeblach życia społecznego. Media (televizja, radio, prasa itp.) mają dużą rolę do odegrania w przekazywaniu odpowiednich informacji, pozytywnego obrazu niepełnosprawnych kobiet i zmianie społecznych postaw wobec nich. Przekazywane informacje powinny być konsultowane ze stosownymi organizacjami. Pozytywne obrazy niepełnosprawnych kobiet przedstawiane w mediach będą wpływać na zmianę postaw społeczeństwa i zachęcać inne kobiety do brania z nich przykładu.

Niepełnosprawne kobiety powinny mieć możliwość prowadzenia niezależnego życia poza instytucjami (domami pomocy społecznej) przez zapewnienie im asystencji osobistej, zgodnie z potrzebami określonymi przez nie. W związku z tym powinny mieć zapewnione poradnictwo, szczególnie ze strony innych niepełnosprawnych kobiet, w organizacjach kobiet, osób niepełnosprawnych, w instytucjach pomocy społecznej na szczeblu lokalnym. Pomoce techniczne o charakterze rehabilitacyjnym powinny być również dostępne dla niepełnosprawnych kobiet, zgodnie z ich specyficznymi potrzebami, na szczeblu lokalnym po niskich kosztach lub bezpłatnie. Ten sprzęt ma być tak projektowany i produkowany, aby odpowiadał potrzebom funkcjonalnym i satysfakcjonował kobiety pod względem estetycznym. Zasada

projektowania dla wszystkich powinna być promowana w tworzeniu fizycznego środowiska, w którym żyją i działają osoby niepełnosprawne. Przez zniesienie barier urbanistycznych i architektonicznych w zabudowanym otoczeniu można w znacznym stopniu zmniejszyć zapotrzebowanie na specjalne pomoce techniczne dla osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawne kobiety mieszkające w domach pomocy społecznej powinny mieć prawo wyboru pomieszczenia dla jednej płci lub z osobą innej płci. Prawo wyboru płci powinno dotyczyć również doboru personelu obsługującego i asystenta osobistego.

Niepełnosprawne kobiety powinny mieć takie zabezpieczenie socjalne, aby mogły godnie żyć, niezależnie od tego, czy mieszkają samotnie, w związku małżeńskim czy innym. Powinny one także otrzymywać finansowe wsparcie na skompensowanie wydatków związanych z niepełnosprawnością, takich jak np.: usługi asystenta osobistego lub tłumacza języka migowego, utrzymanie psa przewodnika, transport, adaptacja mieszkania, pomoce techniczne o charakterze kompensacyjnym, opieka zdrowotna. Wszelkiego rodzaju przysługujące świadczenia powinny być przekazywane bezpośrednio kobiecie niepełnosprawnej, a nie jej rodzinie.

We wszystkich krajach niepełnosprawne dziewczęta i kobiety powinny mieć zapewnioną skuteczną opiekę zdrowotną, zgodnie z ich potrzebami. Podstawowe i specjalistyczne usługi medyczne powinny być dostępne, w zależności od sytuacji, w domu, przychodniach lub szpitalach. Wiele niepełnospraw-

nych dziewcząt i kobiet wymaga rehabilitacji leczniczej.

W konsultacjach ginekologicznych ważne jest okazywanie odpowiedniego szacunku niepełnosprawnym kobietom, szczególnie niewidomym i korzystającym z usług tłumaczy. Niepełnosprawne dziewczęta i kobiety należy uświadamiać o ryzyku zakażenia się AIDS. Edukacja seksualna jest dla nich sprawą bardzo istotną.

Wszystkie kraje powinny zapewnić niepełnosprawnym dziewczętom i kobietom konieczne usługi rehabilitacyjne, aby umożliwić im możliwie samodzielne funkcjonowanie w domu, placówce edukacyjnej, pracy zawodowej oraz w życiu społecznym. Dla kobiet z terenów wiejskich i małomiasteczkowych rehabilitacja powinna być prowadzona przy wykorzystaniu lokalnych i środowiskowych placówek (*community-based rehabilitation*). Specjalne modele rehabilitacji należy opracować dla różnych kategorii niepełnosprawnych kobiet w ścisłej konsultacji z ich organizacjami.

Odpowiednie przepisy prawne powinny zobowiązywać do dokonywania przystosowań i zmian we wszystkich budynkach, aby były one dostępne dla osób niepełnosprawnych. Dotyczy to nie tylko szpitali, placówek edukacyjnych i budynków użyteczności publicznej, ale też nowych budynków mieszkalnych. Niepełnosprawne kobiety powinny być wyznaczane przez organizacje osób niepełnosprawnych jako konsultanci, doradcy lub eksperci biur projektowych.

Środki komunikacji publicznej powinny być dostępne dla wszystkich osób niepełnosprawnych. Prze-

pisy nie mogą dyskryminować niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet poruszających się na wózkach inwalidzkich, korzystających z psa przewodnika czy chodzących razem ze swoimi dziećmi.

Wszystkie kraje powinny zapewnić niepełnosprawnym dziewczętom włączenie się i udział w życiu kulturalnym w takim samym zakresie jak innym osobom. W związku z tym placówki kulturalne powinny być dla nich dostępne. Kraje powinny również stwarzać im warunki do rozwoju zdolności twórczych, artystycznych i intelektualnych i stawiania się zawodowymi artystami w dziedzinie kultury i sztuki. Tak samo niepełnosprawne dziewczęta i kobiety powinny mieć możliwości korzystania z różnych form rekreacji i sportu.

Jak już zaznaczyłem, ostatnie części *Manifestu* dotyczą konieczności podejmowania działań na szczeblu krajowym, regionalnym i europejskim oraz ich finansowania, m. in. konieczności powołania krajowego komitetu, który będzie działać na rzecz wprowadzenia w życie przedstawionych zaleceń, opracuje program wyrównywania szans niepełnosprawnych dziewcząt i kobiet oraz ich pełnego uczestnictwa w życiu społeczeństwa. Komitet powinien składać się z przedstawicieli krajowych agencji walczących o prawa kobiet, odpowiednich instytucji państwowych, niepełnosprawnych kobiet z organizacji osób niepełnosprawnych i ekspertów do spraw kobiet. Podobne zalecenia odnoszą się do działań na szczeblu regionalnym i europejskim.

W *Manifestie* wskazano, że problem równości płci i konieczności

wyrównywania szans osób niepełnosprawnych pozostaje nadal aktualny. Sytuacja w tym zakresie jest bardzo różna w poszczególnych krajach europejskich. Oprócz krajów, w których problemy te nie występują zbyt ostro, istnieją również kraje, w których niepełnosprawne kobiety doświadczają dyskryminacji. W niektórych przypadkach ma ona podłoże kulturowe, co zauważono w jednym z rozdziałów *Manifestu*.

DOROTA DZIEDZIEWICZ
ALEKSANDRA GAJDA
APS, Warszawa

**LABORATORIUM
TWÓRCZEGO NAUCZYCIELA,
WARSZAWA,
22 PAŹDZIERNIKA 2010**

Laboratorium Twórczego Nauczyciela zorganizowane zostało przez Studenckie Koło Naukowe Psychopedagogiki Kreatywności przy współpracy z Pracownią Psychopedagogiki Kreatywności APS z myślą o studentach i nauczycielach wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej. Jego uczestnikami, oprócz nauczycieli przedszkolnych i wczesnoszkolnych, byli pedagodzy pracujący z niepełnosprawnymi dziećmi, studenci i absolwenci pedagogiki, w tym o specjalności psychopedagogika kreatywności, specjalności nienauczyielskich, jak również przedstawiciele firm edukacyjnych, kół naukowych, nauczyciele akademicy.

Otwarcia Laboratorium dokonały w imieniu zarządu Studenckiego Koła Naukowego Psychopedagogiki Kreatywności Dorota Olędzka i Zuzanna Doliwa, studentki V roku. Następnie odbył się wykład wprowadzający dra hab. Macieja Karwowskiego *Wyobraźnia. Dziecięca siła, która (niestety czasem) przemija...* Prelegent mówił o roli wyobraźni w życiu dziecka, wyjaśnił, czym jest i jak się ją definiuje, przedstawił jej cechy i mechanizmy, różnice między wyobraźnią twórczą i odtwórczą, sposoby analizowania i rezultaty badań nad wyobraźnią oraz międzykulturowe różnice w postrzeganiu roli wyobraźni w życiu dziecka.

Po wysłuchaniu wykładu uczestnicy mogli uczestniczyć w dwóch, spośród czterech, proponowanych przez organizatorów warsztatach. Mgr Ewa Wiśniewska w swoim warsztacie *zabaWY ze szTUKą w tle* zaproponowała aktywności oparte na dziełach sztuki różnych epok. Uczestnicy, wykorzystując obrazy Arcimboldiego, Warhola, Breughla czy Dalego, mieli możliwość rozwijania własnej kreatywności, rozbudzania ciekawości i wrażliwości. Warsztat łączył w sobie elementy kreacji, refleksji i zabawy ze sztuką poprzez plastyczne, werbalne oraz ruchowe formy ekspresji.

Warsztat *Do góry nogami. Pomyślowy świat najmłodszych przedszkolaków* poprowadziła mgr Dorota Dziedziewicz. Zaprezentowała zabawy z programu *Do góry nogami. Pomyślowy świat dwulatka i trzylatka*, które są znakomitym treningiem umysłu oraz motorem dziecięcej kreatywności. Praca z programem stanowiła inspirację i zarazem przykład metody fabularyzowanych zajęć w edukacji

elementarnej. Uczestnicy zaprojektowali działania edukacyjne według tzw. koła aktywności twórczej, stworzyli też własnego bohatera – nietoperza, który będzie im towarzyszyć w pracy z dziećmi.

Mgr Aleksandra Gajda poprowadziła zajęcia *Żeby cię lepiej widzieć. Praca z bajką metodą dramy*. Zapoznała uczestników ze sposobami pracy z grupą opartymi na metodzie dramy. Podczas treningu opartego na pracy z bajką metodą dramy słuchacze mieli okazję wędrować po lesie, zaprojektować własny dom we wsi, zaprzyjaźnić się z sąsiadami i wejść w role postaci ze znanych bajek. Poznali podstawowe zasady stosowania dramy w edukacji oraz dowiedzieli się, w jaki sposób przygotowują zajęcia dla uczniów nauczania zintegrowanego z wykorzystaniem elementów dramy.

Mgr Łukasz Kostrzewa poprowadził warsztaty *Kompas kreatywności*, opierając się na programie pracy z dziećmi pod tym samym tytułem. Koncepcja tego autorskiego programu rozwijania potencjału twórczego w edukacji elementarnej łączy w sobie idee treningów kreatywności oraz edukacji międzykulturowej. Uczestnicy warsztatów poznali gry, zabawy i ćwiczenia, dzięki którym uczniowie nie tylko pogłębiają swoją wiedzę o świecie i kulturach różnych krajów, ale również rozwijają twórcze myślenie i wyobraźnię.

W Laboratorium Twórczego Nauczyciela wzięło udział 90 osób, 57 osób oddało ankiety ewaluacyjne. Uczestnicy spotkania oceniali je w skali pięciopunktowej. Średnia ocen wyniosła 4,75. Wszyscy odpowiedzieli twierdząco na pytanie, czy zastosują zdobytą wiedzę w swojej

pracy (42 uczestników odpowiedziało, że zdecydowanie tak/tak, a 3 – raczej tak). Wszyscy też zadeklarowali chęć wzięcia udziału w spotkaniu o podobnej tematyce.

Odpowiedzi uczestników na pytanie: co Panu/Pani podobało się w Laboratorium Twórczego Nauczyciela? można zaklasyfikować do trzech kategorii:

- 1) organizacja całego przedsięwzięcia, m.in.: dobra, dobrze przygotowane materiały dla uczestników, baza materiałowa, zróżnicowane doświadczenie uczestników (studentów i nauczycieli), połączenie praktyki z teorią, miła atmosfera;
- 2) organizacja warsztatów, m.in.: możliwość uczestniczenia w wielu warsztatach oraz ich wyboru, ciekawa tematyka warsztatów i forma warsztatowa, różnorodność zaproponowanych warsztatów;
- 3) prowadzenie warsztatów (wykładu), m.in.: profesjonalni i kompetentni prowadzący, przystępny język, zaangażowanie, nowatorskie, ciekawe, inspirujące pomysły, propozycja konkretnych działań, praktyczne wskazówki, zaktywizowanie i zintegrowanie wszystkich uczestników, inspirowanie i motywowanie uczestników, a nie narzucanie im działań, ciekawe poprowadzenie prelekcji.

Odpowiedzi na pytanie: czego Panu/Pani zabrakło na Laboratorium Twórczego Nauczyciela? skupiały się głównie na sprawach organizacyjnych, tj. braku czasu na pełne omówienie programu warsztatów, przeniesienie poznanych treści na własne działania edukacyjne, wymianę doświadczeń, dłuższej

przerwy między warsztatami. Sygnalizowana była również potrzeba uwzględnienia specyfiki pracy z dziećmi niepełnosprawnymi.

Wśród obszarów tematycznych, zarówno wykładów, jak i warsztatów, którymi uczestnicy byłiby zainteresowani, znalazły się:

- twórcza praca z dziećmi niepełnosprawnymi: ciekawe pomysły pracy z dziećmi niewidomymi i słabowidzącymi oraz ze sprzężoną niepełnosprawnością, twórcze zabawy dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, wczesne wspomaganie rozwoju i twórcza zabawa;
- twórcze metody pracy: drama w edukacji, warsztaty teatralne, ciekawe formy zajęć indywidualnych i grupowych, metody rozwiązywania konfliktów w grupie, eksperymenty badawcze, metodyka treningu twórczości i treningu rozwiązywania problemów, innowacyjne metody pracy do wykorzystania w terapii pedagogicznej, metody podające pomysły do wykorzystania na godzinach wychowawczych w klasach IV–VI;
- współpraca z rodziną: pomysły na wykorzystanie w pracy przedszkola twórczej aktywności rodziców, integracja i wsparcie rodziny;
- wszechstronny rozwój dziecka w wieku przedszkolnym i młodszym: propozycje metod pracy z dziećmi do 3. roku życia, kreatywna zabawa z dziećmi w wieku przedszkolnym, twórcze wykorzystanie prostych przedmiotów w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym, nowe pomysły ćwiczeń ogólnorozwojowych,

narzędzia i zabawy rozwijające mowę dziecka, wspieranie rozwoju społecznego i emocjonalnego;

- inne: nagradzanie a twórczość, muzyka i rozwijanie kreatywności, psychologia małego dziecka.

Jednym z podstawowych założeń Laboratorium Twórczego Nauczyciela było połączenie teorii z praktyką w duchu twórczej edukacji, edukacji do twórczości. Zaproponowana konwencja prelekcji z możliwością wyboru zajęć warsztatowych pozwoliła zrealizować ten nadrzędny cel. Potwierdzają to wyniki ewaluacji przeprowadzonej wśród uczestników spotkania.

Niewątpliwie ważnym aspektem było również zapoznanie studentów ostatnich lat studiów z doświadczeniami zawodowymi nauczycieli, pedagogów, pedagogów specjalnych. W założeniu praca w grupach miała

prowadzić do budowania platformy wymiany myśli i refleksji. Organizatorom zależało na zainspirowaniu uczestników do kreatywnej pracy z dziećmi w przedszkolu, szkole, placówkach kształcenia specjalnego czy też integracyjnego. Czy udało się spełnić ten cel? Kreowana przez uczestników spotkania rzeczywistość edukacyjna będzie tego dowodem.

Istotnym efektem Laboratorium Twórczego Nauczyciela jest nawiązanie współpracy z wieloma warszawskimi placówkami edukacji elementarnej (wczesnego wspomagania rozwoju, wychowania przedszkolnego i edukacji przedszkolnej) oraz placówkami zajmującymi się wspomaganie rozwoju dzieci niepełnosprawnych. Deklarują one chęć partnerskiej współpracy, choćby w zakresie realizacji praktyk studentów APS.

R E C E N Z J E

GRAŻYNA KRASOWICZ-KUPIS (red.)
Diagnoza dysleksji. Najważniejsze problemy. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2009, ss. 356

Ostatnie dwudziestolecie przyniosło wiele zmian w rozumieniu pojęcia dysleksji rozwojowej. Recenzowana książka zawiera najnowsze informacje na temat specyficznych trudności w uczeniu się czytania i pisania.

Trudności z wypracowaniem i wdrożeniem do polskich poradni psychologiczno-pedagogicznych jednakowych procedur postępowania diagnostycznego i doboru odpowiednich narzędzi podważają wiarę w trafność diagnozy dysleksji rozwojowej. Może być to przyczyną nieprzychylnych postaw społecznych wobec tego zjawiska, ujawniających się nawet wśród osób związanych z edukacją. Zarzuca się poradniom psychologiczno-pedagogicznym wydawanie nadmiernej liczby opinii diagnostycznych. Są rejonu w Polsce, gdzie wskaźnik opinii o dysleksji sięga prawie 50%.

Książka, którą pragnę polecić, łączy w sobie wiedzę teoretyczną i praktyczną z zakresu specyficznych trudności w uczeniu się czytania i pisania. Odwołując się do najnowszych badań, autorki na nowo definiują pojęcie dysleksji rozwojowej, systematyzują wiedzę o przyczynach zaburzenia i przedstawiają najnowszy schemat postępowania diagnostycznego opracowany przez polskich specjalistów.

Omawiana książka podzielona jest na cztery części.

Pierwszą część *Podstawy diagnozy dysleksji* rozpoczyna rozdział M. Bogdanowicz *Fakty, mity i kontrowersje*

wokół diagnozy dysleksji. Poświęcony on jest historii badań diagnostycznych w Polsce, teoriom opisującym przyczyny dysleksji, definicjom i dotychczasowym postępowaniom diagnostycznym. Autorka rozważa liczne problemy i wątpliwości, które ujawniały się wraz z kolejnymi metodami diagnozy oraz wskazuje na liczne braki w obecnych narzędziach diagnostycznych w Polsce. Celem tej publikacji jest ukazanie uchybień w procesie diagnozowania dysleksji. Ich uświadomienie ma wpłynąć na ograniczenie ilości popełnianych błędów w tej dziedzinie.

Autorkami kolejnego rozdziału pt. *Neurobiologiczne podstawy dysleksji* są A. Grabowska i K. Jednoróg. Informują one o najnowszych neurobiologicznych odkryciach dotyczących przyczyn dysleksji. Przedstawiają badania genetyczne, nawiązują do koncepcji fonologicznej, koncepcji deficytu kanału wielkokomórkowego, deficytu funkcji mózdkowych oraz ukazują związek dysleksji z zaburzeniami uwagi. Nie sugerują jednak słuszności tylko jednej z opisywanych teorii, rozważają natomiast, w jaki sposób pozornie sprzeczne teorie można pogodzić, zakładając przy tym, że dysleksja uwarunkowana jest różnymi przyczynami. Wskazują również na potrzebę przebudowy definicji dysleksji rozwojowej, która odnosiłaby zaburzenia czytania do konkretnych dysfunkcji mózgowych i zawierała nową typologię utworzoną ze względu na różne deficyty leżące u jej podłoża.

W kolejnym rozdziale pt. *Dlaczego nie znamy (całej) prawdy o dysleksji – czyli rozważania o metodologii badań* G. Krasowicz-Kupis poruszane są kwestie badań naukowych poświę-

conych zjawisku dysleksji. Autorka przedstawia główne procedury postępowania badawczego stosowane w Polsce oraz ukazuje różne pułapki metodologiczne związane z wyborem i realizacją procedury badawczej, osobą badacza czy też odbiorcą informacji. Ten ostatni problem zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ wskazuje na trudności w przełożeniu języka sprawozdań z badań empirycznych na język praktyki edukacyjnej.

Drugą część książki *Diagnoza objawów dysleksji* rozpoczyna tekst K. Sochackiej *Diagnostowanie czytania*. Jego celem jest popularyzowanie wiedzy na temat metod badania umiejętności czytania oraz zdolności, od których ta umiejętność zależy, a które mogą być stosowane zarówno w badaniach naukowych, jak i w celu diagnozy edukacyjnej. Autorka przedstawia różne sposoby pomiaru wskaźników wymaganych w ocenie umiejętności czytania. Podkreśla jednak, że w Polsce ciągle jeszcze niewiele jest odpowiednio przygotowanych metod, które mogłyby być wykorzystywane przez pedagogów szkolnych. Według K. Sochackiej szczególną uwagę w badaniu czytania w diagnozie dysleksji należy zwrócić na dwa aspekty czytania: dekodowanie i czytanie ze zrozumieniem.

W kolejnym rozdziale pt. *Umiejętność pisania i możliwości jej diagnostowania* I. Pietras koncentruje się na najważniejszych elementach związanych z procesem pisania i diagnozą tej czynności. Za najistotniejsze czynniki wpływające na zdolność pisania uznaje uwarunkowania językowe i percepcyjno-motoryczne. Autorka dowodzi, że dotychczas przyjmowane założenia dotyczące spo-

sobu klasyfikacji błędów w pisaniu nie znalazły potwierdzenia w badaniach empirycznych, co wskazuje na konieczność wprowadzenia zmian w diagnozie opisywanej umiejętności.

Do bardziej szczegółowych kwestii związanych z pisaniem odwołuje się M. Przybysz-Piwko w rozdziale pt. *Aspekt językowy trudności w nabywaniu przez dzieci umiejętności pisania*. Autorka zarysowuje związek między trudnościami w opanowaniu umiejętności czytania i pisania a zakłóceniami w rozwoju językowym oraz metajęzykowym dziecka. Ponadto poszukuje innych źródeł błędów w pisaniu, np. w strukturze grafemów, interferencjach reguł pisowni oraz w przeszkodach związanych z wymową.

Autorką tekstu pt. *O błędach w pisowni identyfikowanych jako symptomy zaburzeń funkcji słuchowych* jest U. Mirecka. Analizuje ona różne typy błędów w pisowni, które mogą wiązać się z zaburzeniami funkcji słuchowych. Nie jest jednak jednoznaczne, czy wymienione typy błędów zawsze są uwarunkowane dysfunkcjami słuchowymi. Autorka podając przykłady różnych błędów, uzasadnia i wskazuje na ich powiązanie również z innymi problemami.

M. Kostka-Szymańska, G. Krasowicz-Kupis i I. Pietras dokonują pewnego rodzaju podsumowania drugiej części książki w rozdziale *Przegląd narzędzi diagnostycznych do oceny czytania i pisania stosowanych w polskim poradnictwie*. Autorki omawiają najpopularniejsze narzędzia do diagnozy czytania i pisania z uwzględnieniem podziału na narzędzia wystandaryzowane w pełni i mające aktualne normy oraz próby

o charakterze nie w pełni wystandaryzowanym.

Część trzecia książki pt. *Diagnoza funkcji poznawczych* ma na celu przybliżenie wiedzy na temat tych funkcji poznawczych, których nieprawidłowe funkcjonowanie może powodować specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu.

Tematykę tej części książki otwiera rozdział G. Krasowicz-Kupis pt. *Badanie funkcji językowych w dysleksji*. Zaprezentowane w nim zostały formy diagnozy różnych funkcji językowych – od sprawności świadomości fonologicznej, umiejętności i świadomości morfologiczno-składniowej po aspekty semantyczne. Autorka prezentuje testy i próby służące ocenie sprawności językowej.

Bardzo ważną kwestią w diagnozie specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu jest diagnoza sprawności intelektualnych. Zagadnienie to omawia G. Krasowicz-Kupis i K. Wiejak w rozdziale pt. *Problem diagnozowania sprawności intelektualnych w dysleksji*. Analizę pojęcia inteligencji w kontekście dysleksji rozwojowej autorki rozpoczynają od porównania najczęściej cytowanych definicji dysleksji w Polsce. Do głównych kryteriów diagnozy dysleksji zaliczają iloraz inteligencji. Podkreślają również, że nadal nie ma uzgodnienia co do tego, jaki poziom IQ pozwala rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu. Autorki rozważają też możliwość wykorzystania skali Wechslera w diagnozie dysleksji, powołując się przy tym na kategoryzację skali, której dokonał Alexander Bannatyne, głównie ze względu na jej zastosowanie i prognostyczność w odniesieniu do osiągnięć szkolnych.

K. Gruszczyńska i G. Krasowicz-Kupis w rozdziale pt. *Diagnozowanie funkcji wzrokowych w dysleksji* prezentują dostępne narzędzia przeznaczone do diagnozy funkcji wzrokowych, integracji wzrokowo-ruchowej i sensoryczno-motorycznej. Omawiają narzędzia przydatne w diagnozie dysleksji, zaznaczając, że diagnoza funkcji wzrokowych odnosząca się do percepcji wzrokowej nie ma charakteru różnicującego dysleksję od innych typów trudności w uczeniu się, jednak stanowi ważny element pełnej diagnozy poznawczej, pozwalający na trafne przygotowanie terapii.

Nie sposób pominąć kwestii pamięci jako funkcji poznawczej, której optymalne działanie jest niezbędne do prawidłowego funkcjonowania człowieka. Temat ten w rozdziale pt. *Ocena procesów pamięciowych* porusza A. Kaliszewska. Autorka omawia wybrane modele pamięci, przedstawia najnowsze doniesienia z badań oraz zapoznaje czytelnika z wieloma metodami diagnozy pamięci w praktyce psychologicznej.

Ostatni rozdział tej części autorstwa M. Roślawskej-Daniluk i J. Jatkowskiej pt. *Diagnozowanie stanu słuchu fonemowego* przedstawia szczegółowe zagadnienia związane z diagnozą umiejętności językowych. Autorki prezentują wyniki badań przeprowadzonych w roku szkolnym 2007/2008 wśród 28 dzieci z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Tczewie.

Czwarta część książki pt. *Diagnoza dysleksji – ważne zmienne dodatkowe* dotyczy elementów nieuwzględnianych bezpośrednio w kryteriach diagnostycznych wynikających ze współczesnych definicji dysleksji,

ale odnoszących się do tych czynników diagnozy, które mogą mieć istotne znaczenie dla jej wyniku i interpretacji.

W rozdziale pt. *Leworęczność a dysleksja w świetle współczesnych badań* M. Gut dokonuje bardzo interesującej weryfikacji poglądów na temat mechanizmów warunkujących dysleksję i jej związku z leworęcznością. Wyjaśnia neurobiologiczne podłoże leworęczności, różnice płciowe i wpływy hormonalne na to zjawisko. Powołując się na doniesienia z badań, rozważa istnienie wspólnego mianownika dla ręczności i dysleksji.

Problematykę szczególnie ważną dla praktyki pedagogicznej zawiera również rozdział *Ocena poziomu graficznego pisma dzieci w wieku 7–13 lat* A. Domagały i U. Mireckiej. Przedstawione w nim zostały zagadnienia związane z rozwojem graфомotorycznym i jego zaburzeniami w kontekście ryzyka dysleksji. Prezentowany jest autorski program badania sprawności graфомotorycznej uczniów klas I–VI.

E. Koźniewska w rozdziale pt. *Gotowość szkolna – ciekawość, aktywność, samodzielność* przekonuje czytelników, że ocena gotowości szkolnej nie może ograniczać się wyłącznie do diagnozy stopnia przygotowania dziecka do nauki czytania, pisania i matematyki. Podkreśla, że na stan gotowości szkolnej dziecka wpływ mają takie czynniki, jak samodzielność, zaradność czy umiejętność współdziałania. Prezentuje projekt zrealizowany przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w 2006 r., w ramach którego powstała *Skala Gotowości Szkolnej*.

Ostatnim tekstem tej części jest tekst J. Wrońskiej pt. *Dysleksja i płęć*. Zawiera on przegląd badań na temat różnic płciowych w częstości występowania dysleksji, w poznawczych mechanizmach i neurobiologicznym podłożu dysleksji.

Książka adresowana jest przede wszystkim do pedagogów i psychologów zajmujących się teoretycznie lub praktycznie zagadnieniem specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu. Może stanowić również doskonałe źródło wiedzy dla studentów tych dziedzin i być praktycznym kompendium wiedzy dla rodziców dzieci z trudnościami w uczeniu się.

Wartość omawianej pozycji wzmacnia to, że prezentuje ona najnowszą wiedzę na temat dysleksji rozwojowej.

Kamila Poczesna

RUPERT ISAACSON: *Opowieść ojca. Przez mongolskie stępy w poszukiwaniu cudu*. Wydawnictwo Nasza Księgarnia, Warszawa 2010, ss. 382.

Pięcioletni Rowan był dzieckiem autystycznym. Rodzice stosowali w związku z tym wszelkie dostępne metody, ale nie złagodziły one destrukcyjnych zachowań chłopca, jak przeraźliwe krzyki, brak kontaktu, stałe zanieczyszczanie się. Ojciec Rowana działał jako obrońca praw Buszmenów, zapoznał się więc z praktyką szamanów i postanowił szukać pomocy u nich.

W tytule książki czytamy o poszukiwaniu cudu. Oczekiwany cud spełnił się. Po powrocie całej rodziny z Mongolii Rowan bawił się już z rówieśnikami, a jego zachowania

destrukcyjne zanikły. Oczywiście nie był to cud, ale klinicznie wytłumaczalny proces działania określonych czynników leczących.

Przy wjeździe do Mongolii doszło do spotkania chłopca z dziewięcioma szamanami. Zaaplikowali oni wtedy Rowanowi intensywną, uderzeniową dawkę stymulacji ciała przy użyciu bębnow, w które uderzali przed jego twarzą, by wywołać wibrację¹, a prawdopodobnie również infradźwięki, silnie działające na psychikę, choć nie sięgające poziomu świadomości. Były też ogłuszające okrzyki. Wszystkie inne stymulacje to doznania wyłącznie cielesne. Nie wymagały dekodowania na poziomie koryowym. Nie było obrazów ani słów. Szamani dmuchali na Rowana, pluli na niego wódką, uderzali pałeczką w głowę, chwyтали za rękę lub nogę. Dużo czasu poświęcili na stymulację dłoni Rowana. Wkładali mu do rąk różne „święte” przedmioty, układali jego dłonie na pięści ojca, a ręce matki na jego pięści. Były też doznania bliskości: Rowan znalazł się w objęciach kobiety, która nuciła mu cicho rytmiczną pieśń. Zmysł równowagi stymulował taniec w ramionach ojca. Na koniec chłopiec otrzymał trzy mocne uderzenia kijkiem po grzbiecie. Wtedy zareagował, ale nie doszło do ataku wrzasku i prężenia się (nie wiemy, czy u Rowana występowało zniesienie czucia bólu, często notowane u dzieci autystycznych).

Dlaczego Rowan względnie spokojnie zniósł tę – jak się wydaje – przeciążającą dozę stymulacji? Otóż

¹ Przypomnę solowy występ głuchej perkusistki, która była boso, aby móc wyczuwać także wibrację podłogi.

nie było przeciążenia, gdyż bodźce adresowane były kolejno do różnych sfer wrażliwości. Stwarzało to możliwość integracji doznań. Każde z nich było krótkotrwałe, nie nastąpiła koncentracja bodźców w jednym obszarze, który mógłby stać się punktem zapalnym. Najważniejsze okazało się prawdopodobnie to, że nie stosowano bodźców, które angażowały sferę najbardziej podatną na przeciążenie, tzn. wyższe czynności psychiczne, rozumienie, dekodowanie – jak obrazy, słowa lub litery.

Po tym „seansie terapeutycznym” chłopiec po raz pierwszy w życiu podszedł do rówieśnika i objął go. Pojawiły się też fragmenty wypowiedzi, nie będące eholalią.

Następnym etapem terapii była już podróż przez Mongolię. Większość trasy przemierzali konno. Rowan miał więc kontakt z przyrodą. Jak relacjonuje ojciec, szczególnie las magicznie łagodził ataki furii chłopca.

Kolejny czynnik leczący to swoboda. Rowan został uwolniony od ograniczenia w czterech ścianach domu i klasy szkolnej. Doznawał swobody na szerokiej przestrzeni, wśród niezwykle pięknych krajobrazów, podczas postojów mógł swobodnie biegać. Dodajmy, że na mongolskich stepach powietrze było wolne od miejskiego smogu, a także od efektów akustycznych i elektrodynamicznych.

Bardzo istotny czynnik terapeutyczny to doznawanie wstrząsów. Dzieci autystyczne, gdy dręczy je napięcie, podskakują i zeskakują. Gdy zapytałam kiedyś o coś chłopca autystycznego, to zobaczyłam, że moje pytanie wywołało u niego napięcie. Zaczął podskakiwać, a matka spokojnie powiedziała: „on poskacze

i odpowie". I tak się stało. Medycyna ludowa wykorzystywała wstrząsy. Gdy ktoś oszalał, wożono go wozem bez resorów po nierównych drogach.

Otóż Rowan otrzymał uderzeniem dawkę wstrząsów w minibusie, którym przemierzał przez wiele godzin dziennie drogi i bezdroża pełne wybojów. Ojciec zauważył, że choć dorośli byli tym zmęczeni, Rowan spokojnie spoglądał przez okno.

W drugiej części podróży, już tylko na końskim grzbiecie, chłopiec doznawał podobnych bodźców zmysłu równowagi: kołysania i wstrząsów. Wtedy działał jeszcze jeden – być może najistotniejszy – czynnik leczący. Na końskim grzbiecie chłopiec siedział przywarty plecami do ojca i mocno przez niego jedną ręką objęty. Dzieci autystyczne nierzadko odmawiają wzięcia na ręce, ale wtulone plecami, wolne od przeciążającego równoczesnego kontaktu wzrokowego i dotykowego, są zadowolone. Doznanie ciasnego, mocnego dociśnięcia jest doznaniem odtwarzającym sytuację występującą w łonie matki, gdy płód jest mocno obciśnięty przez ścianki macicy, do której przywiera właśnie plecami. W domu ojciec mógł syna tak obejmować przez kilka lub kilkanaście minut. Teraz Rowan spędzał w tej „terapeutycznej kolebce” długie godziny, kołysany na końskim grzbiecie.

Następny czynnik leczący to woda. Jak wiadomo, zabawy z wodą są z wyboru metodą kojącą niepokój dzieci autystycznych. Uczestnicy wyprawy biwakowali często na brzegu rzek, gdzie Rowan mógł pluśkać się do woli. Właśnie nad wodą Rowan zaczął bawić się z rówieśnikiem, małym Mongołem. Na otwartej przestrzeni obaj chłopcy mogli

razem biegać i fechtować się. Rowan zaczął dotykać wtedy twarzy kolegi.

Odnotujmy też wpływ spokoju otaczających go ludzi, ekipy wyprawy i mieszkańców Mongolii, którzy wiedzieli, że chłopiec jest chory, a nie źle wychowany.

Następny czynnik leczący to cierpliwość rodziców. Rodzice nie stawiali synowi żadnych wymagań, nie stosowali kar, tolerowali jego ustawiczne zanieczyszczanie się, był on więc w pełni odciążony. Gdy Rowan miał swoje paroksyzmy przerażających wrzasków, przeczekiwali je albo, gdy to było możliwe, prowadzili go w pobliże drzew, co go niezawodnie uspokajało.

Kolejny czynnik leczący to kontakt ze zwierzętami. Przed wyjazdem pierwszym skutecznym terapeutą Rowana była klacz imieniem Betsy. W czasie podróży w pasterskiej okolicy Rowan miał możliwość bawienia się z wieloma zwierzętami, przepadał zwłaszcza za kozami. Okazywał czułość małemu reniferkowi (dzieci autystyczne z delikatnością odnoszą się do ludzkich niemowląt i fascynują się nimi). Rowan był zawsze zafascynowany zwierzętami, zabawki, którymi się bawił, były to wyłącznie zwierzątka. Wpadał w szal, gdy któraś z nich ginęła.

Kontakt ze zwierzętami jest głęboko zakorzeniony w naturze człowieka, przypomnę utożsamianie się ze zwierzęciem totemicznym, rysunki zwierząt w paleolitycznych jaskiniach i zwierzęce bóstwa. Dzieci autystyczne reagują specyficznie na głosy zwierząt; dzieci, u których obserwowano głuchotę korową, tj. brak reakcji na głos i dźwięki mechaniczne, odbierały wybiórczo dźwięk zwierzęcy, np. miauczenie. Znałam

chłopca autystycznego bardzo zaniebanego, do którego nie było żadnego dostępu. Przebłysk normalności pojawił się jedynie w momencie, gdy pogłaskał chomika.

Związek emocjonalny ze zwierzętami wskazuje na, wciąż u nas żywą, warstwę przeżyć atawistycznych. Są one stłumione przez intelekt, ale u dziecka autystycznego, z powodu zablokowania wyższych czynności psychicznych, uwalniają się i ujawniają w sposób szczególnie widoczny. Znane jest znaczenie kontaktu ze zwierzętami opisanego przez Temple Grandin – kontakt ten był dla niej łatwiejszy niż kontakt z ludźmi, gdyż nie wymagał rozszyfrowywania zmiennych wyrazów twarzy. Leczenie przez kontakt ze zwierzętami, np. dogoterapia i hipoterapia, to uznane metody terapii dzieci autystycznych.

Innym czynnikiem leczącym był śpiew, stale towarzyszący podróży. Rodzice śpiewali piosenki, o które prosił Rowan, śpiewał też on sam. W pewnej chwili, co zaskoczyło rodziców, zaczęła żywo improwizować.

Na koniec o zabiegu szamańskim. Twarz szamana była ukryta pod czapką imitującą głowę jastrzębia, a więc Rowan nie widział jej (kontakty twarzą w twarz bywają dla dzieci autystycznych lękotwórcze). Ucieszył się i wykrzyknął: „to jastrząb!”. Taniec szamański był wirujący. Dzieci autystyczne interesują się wirowaniem, obsesyjnie wprowadzają przedmioty w ruch wirowy.

Następowała gra na bębnie. Dźwięk bębnowy ma szczególne oddziaływanie. Badano np. zdrowych ochotników, u których po wysłuchaniu bębnowy stwierdzono określone zmiany świadomości – poczucie

czyjejś obecności. Doceniona jest też rola perkusji w muzyce pop, która wprowadza w trans tłum słuchaczy.

Bada się też wpływ na psychikę niesłyszalnych świadomie infradźwięków, których działanie na mózg wykrywa jednak aparatura (pobudzenie obszarów związanych z lękiem).

Pozostaje do omówienia wpływ „siły duchowej”, mającej działać na pacjenta podczas ceremonii szamańskiej. Nie można wykluczyć, że zachodzi wtedy zjawisko podobne do zdalnego oddziaływania bioenergoterapeutów. Trans, w jaki wprowadza się szaman, mógł amplifikować podobne oddziaływania. Można też rozpatrywać możliwość działania feromonów, które nie docierają do świadomości.

Rowan przyjął od szamana jastrzębi strój głowy i włożył go na swoją głowę, a następnie na głowę ojca. Było to pierwsze jego działanie o charakterze symbolicznym.

Niezależnie od tego, co możemy sądzić obiektywnie o zastosowanej „terapii”, musiała być ona dla Rowana przeżyciem pozytywnym, które chciał przedłużyć. Gdy ceremonia zakończyła się, protestował przed wyprowadzeniem go, wołał, że chce do szamana. Wtedy nastąpiło zdarzenie, które jestem skłonna uznać za przełomowe. Rowan wybuchnął płaczem, nie jak dotychczas wrzaskiem. Niezdolność do takiego płaczu jest jednym z objawów autyzmu. Wielu zachodnich terapeutów wywołuje celowo szloch u pacjentów neurotycznych, stosuje nawet małe dawki insuliny, by miał on charakter oczyszczający.

Rowan instynktownie dążył do kontaktu z szamanem, co trzeba

traktować jako dążenie autoterapeutyczne. Następnego dnia po ceremonii wskoczył szamanowi na kolana, a wtedy szaman wykonał kilka ruchów ponad kręgosłupem Rowana, strzepując palce. Zapowiedział, że chłopiec już od tego momentu przestanie się zanieczyszczać. Istotnie, tego dnia Rowan pierwszy raz w życiu wypróżnił się kucając. Odtąd stale korzystał z toalety. Można spekulować, że także płacz ze szlochem mógł się przyczynić do rozluźnienia napięcia, co umożliwiło mu ugięcie kolan podczas defekacji.

Podsumowując, wymienione czynniki leczące były fizycznym oddziaływaniem na ciało Rowana (wyjątkiem było tylko wręczenie mu sza-

mańskiej czapki). Nietypowe bodźce psychofizjologiczne, jakich doznawał Rowan, są obecnie przedmiotem badań neurofizjologów. Upoważnia to do rozumienia ewolucji Rowana w sposób racjonalny.

Wszystkie oddziaływania mogły odnieść skutek dlatego, że rodzice Rowana byli cały czas przy nim, towarzyszyła mu ich ustawiczna uwaga. „Cudowne” uzdrowienie Rowana może stać się inspiracją dla terapeutów dzieci autystycznych bez doszukiwania się działania sił nadnaturalnych.

Dokumentację filmową wyprawy udostępnia Towarzystwo Polsko-Mongolskie.

Hanna Olechnowicz

SPROSTOWANIE

W numerze 1/2011 ukazał się artykuł Emilii Śmiechowskiej-Pertovskij *Nowe technologie wspierające edukację i komunikację – serwis RoboBraille* (s. 50-56). Redakcja informuje, że artykuł był autorstwa Marleny Kilian i Emilii Śmiechowskiej-Pertovskij. Za pomyłkę przepraszamy Autorkę i Czytelników.

ABY DOKONAĆ PRENUMERATY CZASOPISMA NALEŻY:

1. Wybrać jednego spośród trzech kolporterów:

I. PUPP „POCZTA POLSKA” W BYDGOSZCZY,

II. RUCH S.A.,

2. Zapoznać się dokładnie z warunkami prenumeraty odpowiadającymi wybranemu kolporterowi.

3. Wypełnić dokładnie i czytelnie blankiet pocztowy w taki sposób, aby zawierał:

- tytuł czasopisma,
- okres, na jaki dokonujemy prenumeraty (od numeru do numeru),
- liczbę zamawianych egzemplarzy każdego numeru,
- indeks,
- prenumeratorzy zbiorowi dołączają wykaz czasopism do przelewu bankowego.

4. Dokonać wpłaty w dowolnym urzędzie pocztowym.

W I półroczu 2009 roku ukażą się 3 numery czasopisma w cenie 10,00 zł. W II półroczu ukażą się 2 numery również w cenie 10,00 zł.

WARUNKI PRENUMERATY:

I. CENTRUM USŁUG POCZTOWYCH ODDZIAŁ REGIONALNY W BYDGOSZCZY

1. Wpłaty należy dokonać na konto Centrum Usług Poczтовых Oddział Regionalny w Bydgoszczy. 85-950 Bydgoszcz. ul. Jagiellońska 6. Bank Pocztowy S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych nr: 98132000190099001120000022.

2. Wpłaty na prenumeratę roczną i I półroczu przyjmowane są do 6 grudnia, a na II półroczu do 10 czerwca. Wpłaty należy dokonać z 8-tygodniowym wyprzedzeniem kalendarzowego okresu prenumeraty.

3. Prenumeratę można opłacić na okres dowolnie krótszy, ale mieszczący się w roku kalendarzowym. Wpłaty należy dokonać na 8 tygodni przed ukazaniem się pierwszego z opłaconych numerów czasopisma.

4. Przyjmowane są wpłaty na prenumeratę zagraniczną. Do ceny w prenumeracie należy doliczyć 7,50 zł za każdy egzemplarz, a także

ODCINEK DLA POCZTY zł słownie złotych	ODCINEK DLA POSIADACZA RACHUNKU zł słownie złotych	ODCINEK DLA WPLACAJĄCEGO zł słownie złotych	ODCINEK DLA WPLACAJĄCEGO zł słownie złotych
BLANKIET WPLAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY	BLANKIET WPLAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY	BLANKIET WPLAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY	BLANKIET WPLAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY
Nazwisko i imię	Nazwisko i imię	Nazwisko i imię	Nazwisko i imię
Adres	Adres	Adres	Adres
Ulica, nr domu i mieszkania	Ulica, nr domu i mieszkania	Ulica, nr domu i mieszkania	Ulica, nr domu i mieszkania
-	-	-	-
Kod pocztowy	Kod pocztowy	Kod pocztowy	Kod pocztowy
Miejscowość	Miejscowość	Miejscowość	Miejscowość
Nazwa i siedziba posiadacza rachunku	Nazwa i siedziba posiadacza rachunku	Nazwa i siedziba posiadacza rachunku	Nazwa i siedziba posiadacza rachunku
Centrum Usług Pocztowych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6	Centrum Usług Pocztowych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6	Centrum Usług Pocztowych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6	Centrum Usług Pocztowych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6
BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022	BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022	BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022	BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022
Opłata pocztowa	Opłata pocztowa	Opłata pocztowa	Opłata pocztowa
Podpis przyjmującego PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ	Podpis przyjmującego PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ	Podpis przyjmującego PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ	Podpis przyjmującego PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ
Data/mik	Data/mik	Data/mik	Data/mik

podać dokładny adres odbiorcy.
5. Wszelkich informacji udziela
Wydział Kolportażu (052) 322 90 86.

II. „RUCH” S.A.

1. Wpłaty na prenumeratę przyjmują:

- jednostki kolportażowe „RUCH” S.A. właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby prenumeratora.
- od osób lub Instytucji zamieszkałych lub mających siedzibę w miejscowościach, w których nie ma jednostek kolportażowych RUCH. wpłaty należy wnosić na konto:

„RUCH” S.A. w PKO S.A.
IV O/W-wa.

151240105311110000044304118
lub „RUCH” S.A. Oddział
Krajowej Dystrybucji Prasy. ul.
Jana Kazimierza 31/33. 00-958
Warszawa, sk. 12, tel. (22) 532
81 31, 532 88 20, 532 88 16, fax
532 8132, www.ruch.pol.pl

2. Cena prenumeraty ze zleceniem dostawy za granicę jest powiększona o rzeczywiste koszty wysyłki. Wpłaty przyjmuje „RUCH” S.A. Oddział Warszawa na konto w kasach Oddziału. Dostawa odbywa się pocztą zwykłą w ramach opłaconej prenumeraty, z wyjątkiem zlecenia dostawy pocztą lotniczą, której koszt w pełni pokrywa zamawiający.

3. Termin przyjmowania wpłat na rok 2010 na prenumeratę krajową i zagraniczną ze zleceniem dostawy za granicę od osób zamieszkałych w kraju upływa z dniem 5.10.2009 r.

Prenumerata CUP Bydgoszcz			
Tytuł	Polie egz. każdego numeru	Okres prenumeraty od nr-u do nr-u	Wartość
Adres wysyłkowy:			
nazwisko/firma			
ulica, nr domu			
miejscowość			
kod pocztowy			
tel. kontaktowy			
Prenumerata CUP Bydgoszcz			
Tytuł	Polie egz. każdego numeru	Okres prenumeraty od nr-u do nr-u	Wartość
Adres wysyłkowy:			
nazwisko/firma			
ulica, nr domu			
miejscowość			
kod pocztowy			
tel. kontaktowy			
Prenumerata CUP Bydgoszcz			
Tytuł	Polie egz. każdego numeru	Okres prenumeraty od nr-u do nr-u	Wartość
Adres wysyłkowy:			
nazwisko/firma			
ulica, nr domu			
miejscowość			
kod pocztowy			
tel. kontaktowy			
Prenumerata CUP Bydgoszcz			
Tytuł	Polie egz. każdego numeru	Okres prenumeraty od nr-u do nr-u	Wartość
Adres wysyłkowy:			
nazwisko/firma			
ulica, nr domu			
miejscowość			
kod pocztowy			
tel. kontaktowy			