



**SOCJOLOGICZNO-PEDAGOGICZNE ASPEKTY
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

WYBRANE PROBLEMY I KWESTIE SPOŁECZNE

TOM II

**PIOTR DOMŻAŁ, MACIEJ GITLING,
IRENEUSZ WOJACZEK
REDAKCJA NAUKOWA**

RACIBÓRZ 2017

Wydawnictwo naukowe

Polska Edukacja

© Copyright by Polska Edukacja, 2017

Redakcja naukowa

Piotr Domżał, Maciej Gitling, Ireneusz Wojaczek

Recenzja naukowa

dr hab. Zbigniew Domżał, prof. UNS

Projekt okładki

Polska Edukacja

Użyte zdjęcie w projekcie okładki i strony tytułowej

fotolia.com (zakup do celów komercyjnych)

Skład i łamanie tekstu

Polska Edukacja

Liczba arkuszy wydawniczych i forma wydania

6,05 [Książka na nośniku elektronicznym – płyta CD]

Wydawnictwo naukowe

Polska Edukacja

47-400 Racibórz, Wojska Polskiego 2/1

tel. 32 4150797

e-mail: kontakt@polskaedukacja.pl

www.polskaedukacja.pl

ISBN 978-83-924978-5-1

SPIS TREŚCI

Katarzyna Pawlusek <i>Wybrane metody postępowania terapeutycznego z dzieckiem autystycznym.....</i>	5
Grzegorz Kubiński <i>Kobieta i potwór. O ludowym modelu postrzegania niepełnosprawności.....</i>	23
Zofia Jednak-Jaworska <i>Miejsce dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w przedszkolu.....</i>	36
Marzena Szymczak <i>Poczucie bezpieczeństwa uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim w gimnazjum integracyjnym.....</i>	70
Justyna Musioł <i>Rola zabawy w procesie normalizacji dziecka niepełnosprawnego.....</i>	88
Barbara Karpińska <i>Specyfika kształcenia indywidualnego ucznia z głęboką niepełnosprawnością intelektualną – studium przypadku.</i>	105
Krzysztof Sikora <i>Zastosowanie metody Weroniki Sherborne w pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo.....</i>	121
Agnieszka Gorzyńska <i>Stymulacja procesów sensomotorycznych u dzieci ze spektrum autyzmu w wieku od 2 do 7 lat.....</i>	143

Katarzyna Pawlusek

WYBRANE METODY POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO Z DZIECKIEM AUTYSTYCZNYM

Streszczenie

Autyzm jest jednym z najcięższych zaburzeń w rozwoju i można go zaliczyć do problemów o podłożu neurobiologicznym. Biorąc pod uwagę zainteresowanie, jakie budzi, nadal pozostaje nie do końca poznany. Początkowo autyzm był traktowany jako zespół chorobowy o podłożu psychicznym. Obecnie opisywany jest szerzej i klasyfikowany łącznie z podobnymi zaburzeniami neurorozwojowymi jako spektrum autyzmu. Zaliczamy do niego autyzm, zaburzenie Aspergera i nieswoiste całościowe zaburzenia rozwojowe. Głównym celem artykułu jest przedstawienie charakterystyki zaburzenia jakim jest autyzm tak, aby uświadomić innym z jak ważnym problemem mamy do czynienia oraz najważniejszych metod, które mogą okazać się kluczowe w postępowaniu terapeutycznym dziecka z autyzmem.

Słowa kluczowe

autyzm, dziecko, metody

Abstract

Autism is one from the heaviest disorders of the development and it is possible to count it among problems on neurobiological base. Considering the interest which it is raising up, still the autism stays not entirely known. At first autism was treated as the pathological group on psychological base. At present it is being described more widely and classified including similar neurodevelopmental disorders as the autism spectrum. We include autism,

the Asperger syndrome and non-specific pervasive developmental disorders to it. A main purpose of the article was to present the characterization of disorder – which is autism – in order to make aware other people with which we have to deal, and the most important methods which can turn out to be crucial in therapy with the autistic child.

Keywords

autism, child, methods

*NIE oceniaj NIE krytykuj NIE odrzucaj
SPRÓBUJ mnie ZROZUMIEĆ
Jeśli nie umiesz ZAAKCEPTOWAĆ – spróbuj TOLEROWAĆ
Czasem milczę – bo nie wiem, co powieście.
Czasem krzyczę – bo nie umiem inaczej się wyrazić.
Czasem uciekam – bo nie radzę sobie z tłumem.
Ale ciągle JESTEM I CZUJĘ – choć inaczej niż TY.
www.zaciszzeautyzmu.pl*

Czym jest autyzm? Skąd się bierze? Prowadzone badania nad autyzmem dostarczyły wielu cennych informacji na jego temat, jednak wciąż brak odpowiedzi na podstawowe pytania, co jest jego przyczyną i jak pomóc osobom chorym na autyzm. Ważne jest poznanie specyfiki zachowań dzieci autystycznych, gdyż pozwala to nam zrozumieć ich życie.

Niniejsza praca przedstawia charakterystykę zaburzenia, jakim jest autyzm, a także najważniejsze informacje dotyczące autyzmu tak, aby uświadomić innych z jak ważnym problemem mamy do czynienia. Problematyka autyzmu nakreślona została bardzo ogólnikowo, ujmując istotę problemu i najważniejsze jego zagadnienia. Głównym celem pracy było przedstawienie w sposób dogłębny i dobrze sprecyzowany metod, które można stosować

wać w pracy z dziećmi z autyzmem. Opracowano następujące metody: Metoda Ruchu Rozwijającego Weronki Sherborne, muzykoterapia, dogoterapia, metoda Knillów oraz metoda wymuszonego kontaktu. Rozważania autora oparte zostały na publikacjach naukowych, czasopismach i źródłach internetowych.

Autyzm jest jednym z najcięższych zaburzeń w rozwoju i można go zaliczyć do problemów o podłożu neurobiologicznym. Biorąc pod uwagę zainteresowanie, jakie budzi, nadal pozostaje nie do końca poznany. Tajemnicze i odwołujące do świata magii i baśni określenia dzieci z autyzmem, opisywanych jako zamknięte we własnym świecie lub zamienione przez wróżki jeszcze do niedawna były odbiciem wiedzy na temat autyzmu (Pisula, 2005, s. 13). Termin „*autyzm* (z języka greckiego *autos* – sam) został wprowadzony przez E. Bleurera, jako jeden z osiowych objawów schizofrenii. Bleurer definiował autyzm, jako zamknięcie się we własnym świecie i rozluźnienie dyscypliny logicznego myślenia” (Bobkowicz-Lewartowska, 2005, s. 11). Nieco później, w 1943 roku austriacki pediatra Leo Kanner, jako pierwszy wprowadził autyzm do osobnej kategorii diagnostycznej. „Autyzm charakteryzuje się deficytami w sferze społecznej i komunikowania się oraz występowaniem ograniczonego i powtarzającego się repertuaru zachowań lub zainteresowań” (red. Winczura, 2012, s. 13). Autyzm jest zaburzeniem rozwojowym charakteryzującym się występowaniem nieprawidłowości w zakresie trzech sfer funkcjonowania człowieka:

- interakcji społecznych,
- komunikacji,
- zachowania charakteryzującego się sztywnością i powtarzalnością (stereotypią).

„Kanner, opisując autyzm wczesnodziecięcy, podał następujące symptomy jako kryterialne dla diagnozy:

- głęboki brak kontaktu afektywnego z innymi ludźmi, wycofywanie się z kontaktów społecznych lub niezdolność do ich tworzenia,
- obsesyjna potrzeba zachowania identyczności otoczenia,
- fascynacja obiektami (przedmiotami),
- mutyzm lub taki rodzaj języka, który nie służy do komunikacji interpersonalnej,
- zachowania inteligentne, które wskazują na potencjalne możliwości intelektualne dziecka” (Jaklewicz., 1993, s. 11, 12).

Początkowo autyzm był traktowany jako zespół chorobowy o podłożu psychicznym. Obecnie opisywany jest szerzej i klasyfikowany łącznie z podobnymi zaburzeniami neurorozwojowymi jako spektrum autyzmu (autism spectrum disorders, ASD). Zalicza się do niego autyzm, zaburzenie Aspergera i nieswoiste całościowe zaburzenia rozwojowe, czyli wszystkie te choroby, którym towarzyszą najłżejsze nawet objawy triady zaburzeń w obrębie interakcji społecznych, komunikowania się i zachowania (Markiewicz, 2012, s. 35). Autyzm jest zaburzeniem trwającym całe życie, ale jego objawy nie są stałe i zmieniają się wraz z rozwojem człowieka. Zazwyczaj pierwsze objawy pojawiają się u dzieci do trzeciego roku życia, ale mogą wystąpić praktycznie już po urodzeniu. Choroba występuje częściej u chłopców niż u dziewczynek, chociaż u dziewczynek charakteryzuje się cięższym przebiegiem. Wyróżnia się dwie postacie autyzmu: wczesną, w której objawy pojawiają się w pierwszym roku życia i późną, gdy dziecko ukończy roczek (<http://autyzmasd.pl>, dostęp: 2013).

W inny sposób ujmuje istotę autyzmu Joanna Kruk-Lasocka, według niej autyzm to : „[...] zespół poważnych zaburzeń rozwojowych dziecka manifestujących się do 30 miesiąca życia, związanych z wrodzonymi dysfunkcjami układu nerwowego” (Ma-

ciarz, 2000, s. 11). Autorka uzupełnia definicję o przyjętą powszechnie tzw. triadę zaburzeń, czyli:

- Zaburzenie więzi międzyludzkich przejawiające się niewystarczającą świadomością egzystencji czy uczuć innych ludzi, trudnością naśladowania innych, wchodzenia z nimi w kontakty i więzi oraz rozumienia konwencji w interakcjach społecznych.
- Zaburzenie komunikacji i fantazji sprowadzające się do: braku porozumiewania się werbalnego i pozawerbalnego, trudności w odgrywaniu ról i zabaw fikcyjno-iluzyjnych, upośledzenia zdolności inicjowania i podtrzymywania rozmowy.
- Ograniczony repertuar aktywności i zainteresowań wyrażający się stereotypiami ruchowymi, uporczywym zajmowaniem się tymi samymi przedmiotami czy sprawami, zawężeniem, zainteresowań i przejawami niepokoju przy nieznacznych już zmianach w otoczeniu (Maciarz, 2000, s. 11).

„Autyzm dziecięcy jest nadal najtrudniejszym heurystycznie zaburzeniem poznawczym, behawioralnym i równocześnie stanem psychotycznym przedstawianym w wielu podręcznikach psychiatrii – błędnie – jako »model schizofrenii w okresie dziecięcym «” (Madeja, s. 64).

W przypadku autyzmu dziecięcego bardzo ważne jest postawienie diagnozy w jak najwcześniejszym okresie rozwoju. Wczesnie rozpoczęta intensywna, wielokierunkowa terapia, dzięki tzw. plastyczności mózgu stwarza warunki do znacznej poprawy funkcjonowania dziecka. Przyjmuje się, że wczesnie podjęta interwencja terapeutyczna powinna być podjęta przed ukończeniem przez dziecko 3. roku życia (Jagielska, 2010, s. 9).

„Zdiagnozowanie autyzmu może zająć sporo czasu, jako że zależy ono od współpracy i wymiany opinii wielu specjalistów.

Nauczyciele, psychologowie szkolni, logopedzi, lekarze i rodzice, wszystkie te osoby przyczyniają się do skrupulatnej oceny dziecka opartej na jego historii rozwoju oraz obecnym poziomie funkcjonowania” (Seach, 2006, s. 11). „Podstawowymi metodami i technikami badawczymi stosowanymi w diagnozowaniu autyzmu wczesnodziecięcego według Hanny Jaklewicz są:

- ustrukturuwany wywiad kliniczny,
- spotkanie z rodziną,
- badania psychiatryczne, neurologiczne i somatyczne dziecka,
- obserwacja zachowania dziecka i jego relacji z matką oraz innymi osobami z otoczenia,
- ocena poziomu rozwoju mowy,
- obserwacja psychologiczna.

Metodami dodatkowymi, które wzbogacają wiedzę o dziecku, są:

- ocena kompetencji społecznej dziecka,
- analiza psychologiczna spontanicznego rysunku.

Badania pomocnicze w diagnozie:

- badanie elektroencefalograficzne,
- badanie tomokomputerowe mózgu,
- badanie genetyczne,
- badania określające poziom mikroelementów w ustroju dziecka.

Diagnoza autyzmu wczesnodziecięcego jest zazwyczaj opracowywana przez zespół specjalistów, w którego skład wchodzi: lekarz psychiatra dziecięcy, psycholog, terapeuta. W przypadku wątpliwości diagnostycznych korzystamy z pomocy specjalistów innych dyscyplin medycznych” (Jaklewicz, 1993, s. 56).

Specyfika zaburzeń funkcjonowania dzieci z autyzmem, szczególnie w sferze kontaktów społecznych i komunikacji jest ogromnym wyzwaniem dla rodziców, nauczycieli i terapeutów. W związku z dość szerokim zakresem deficytów rozwojowych

metody pracy z dzieckiem autystycznym powinny być odpowiednio dobrane. Możemy wyróżnić wiele metod terapii autyzmu. Stosowane są zazwyczaj rodzaje terapii takie jak: indywidualna lub grupowa, dyrektywna lub niedyrektywna, z udziałem rodziny lub bez itd.

Pierwszą ważną metodą do pracy z dziećmi autystycznymi jest Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne. „Weronika Sherborne wypracowała w latach sześćdziesiątych własny system ćwiczeń. Ma on zastosowanie we wspomaganie prawidłowego rozwoju dzieci i w korygowaniu jego zaburzeń. (...) Opracowany przez W. Sherborne system ćwiczeń wywodzi się z naturalnych potrzeb dziecka, zaspokajanych w kontakcie z dorosłymi” (Bogdanowicz, 2003, s. 37).

Ćwiczenia w metodzie Weroniki Sherborne są przydatne w stymulowaniu rozwoju każdego dziecka, a szczególnie w wyrównywaniu zaburzeń psychoruchowych oraz niwelowaniu deficytów rozwojowych. Udział w ćwiczeniach ma na celu stworzyć dziecku okazję do poznania własnego ciała, usprawniania motoryki, poczucia siły, sprawności oraz możliwości ruchowych. Dzięki temu zaczyna mieć ono zaufanie do siebie, a tym samym zyskuje poczucie bezpieczeństwa. W czasie ćwiczeń ruchowych dziecko poznaje przestrzeń, w której się znajduje, przestaje ona być dla niego groźna. Dlatego czuje się w niej bezpiecznie, staje się bardziej aktywne, przejawia większą inicjatywę, może być twórcze. W zależności od potrzeb i możliwości dzieci, cele metody realizowane są poprzez następujące formy pracy: ćwiczenia gimnastyczne w grupach integracyjnych; zajęcia grupowe dla dzieci niepełnosprawnych z aktywnym udziałem rodziców; propozycje ćwiczeń do realizacji w domu w parze rodzic – dziecko (<http://autystyczni.pl/metoda-ruchu-rozwijajacego-weroniki-sherborne>, dostęp: 2013).

Prowadząc zajęcia tą metodą, powinniśmy wziąć pod uwagę następujące czynniki:

1. Wiek dziecka (im młodsze dziecko, tym bardziej efektywna staje się terapia).
2. Terapia Ruchu Rozwijającego jest najbardziej efektywna w pierwszym okresie jej zastosowania, co można wykorzystać do inicjowania i podtrzymywania kontaktów społecznych z otoczeniem.
3. Metoda Ruchu Rozwijającego może być początkiem wprowadzenia dobranych do możliwości i potrzeb terapii wspierających osoby z autyzmem.
4. Istotne jest dopasowywanie terapii do indywidualnych możliwości.
5. Włączanie środowiska rodzinnego.
6. Wykorzystanie metody Ruchu Rozwijającego do wspierania innych terapii (Bełszyński, 2005, s. 140, 141).

Założenia metody wskazują na korzyści, jakie płyną z udziału w zajęciach prowadzonych tą metodą. Ukazują jej szerokie możliwości stosowania w pracy z dziećmi z różnego rodzaju odchyleniami w rozwoju. Może okazać się ona bardzo przydatna do pracy z dziećmi z zaburzeniami intelektualnymi, motorycznymi, emocjonalnymi i trudnościami w nawiązywaniu kontaktów społecznych (Bogdanowicz, 2003, s. 39).

Następną metodą, którą chcę omówić jest muzykoterapia, czyli stosowanie muzyki jako narzędzia terapeutycznego do przywrócenia, utrzymania i polepszenia zdrowia psychologicznego, psychicznego i fizycznego człowieka. Ogólnie, stwarza ona możliwość przeżycia pozytywnych, przyjemnych doświadczeń niedostępnych w inny sposób; rozwija świadomość siebie, innych i otoczenia, a to polepsza funkcjonowanie na wszystkich poziomach, sprzyja uczuciu samozadowolenia i osiągnięciu autonomii (Kościelska, 2005, s. 623-648). Muzykoterapię możemy podzielić

na receptywną i aktywną. Receptywna polega na słuchaniu muzyki i przekazywaniu odczuć muzycznych, zaś aktywna obejmuje śpiew.

Muzyka jest częstym elementem wykorzystywanym do pracy z dziećmi z zaburzeniami. Może być wykorzystywana na wiele sposobów, więc: „jako zachęta do komunikowania się, środek sprzyjający wypracowaniu umiejętności społecznych, przezwyciężanie lęku czy nieprawidłowości integracji sensorycznej” (Jurtrzyzna, 2005, s. 61). Terapia muzyką przyczyna się do rozwoju mowy dziecka autystycznego, może też być wykorzystywana jako środek ułatwiający zdobycie doświadczeń dotykowych i sensorycznych a także kinestetycznych, dotykowych i słuchowych. Należy pamiętać, że stosując muzykoterapię w pracy z dzieckiem z autyzmem mogą wystąpić reakcje pozytywne, ale także reakcje negatywne wręcz skrajnie niebezpieczne. Dlatego też, istotną rolę w muzykoterapii jest przestrzeganie pewnych zasad:

1. Indywidualizacji, co oznacza opracowanie programu terapeutycznego dla każdej poszczególnej jednostki, koniecznie uwzględniając zarówno diagnozę, jak i różnice indywidualne.
2. Kontroli i strukturyzacji całego procesu terapii muzyką; w tym celu terapeuta powinien być wtajemniczony we wszystkie szczegóły diagnozy każdego dziecka i na tej podstawie winien wyszczególnić przebieg każdej konkretnej części terapii; poza tym powinien on być gotowy na szybkie reagowanie i wprowadzenie do procesu terapii niezbędnych, natychmiastowych zmian; konieczna jest także umiejętność pewnego prognozowania możliwych, niepożądanych sytuacji.

3. Uzgodnienia programu muzykoterapeutycznego z innymi programami terapii, ponieważ do każdego dziecka autystycznego podejście musi być indywidualne; każde dziecko preferuje swój własny poziom intelektualnej i emocjonalnej tolerancji bodźców muzycznych i właśnie dlatego od muzykoterapeuty wymagana jest obszerna wiedza z zakresu nie tylko autyzmu i muzyki, ale i pewna zdolność wycucia tych indywidualności u dziecka, intuicja pedagogiczna (Jutrzyzna, 2005, s. 63).

Zajęcia z muzykoterapii mogą przybierać schemat Mobilnej Rekreacji Muzycznej, stworzony przez M. Kieryła, który składa się z pięciu etapów, a mianowicie:

1. Odreagowanie – początek procesu redukcji wzmożonego procesu napięcia psychofizycznego, który kończy się po zakończeniu zajęć;
2. Zrytmizowanie – integracja poprzez skoordynowany rytm, muzykowanie perkusyjne i ruch;
3. Uwrażliwienie – muzyczne, plastyczne, poetyckie itp.
4. Relaksacja – nauka różnych form odpoczynku;
5. Aktywizacja – muzyczna, ruchowa, oraz uzupełnienie rehabilitacji, korekta wad, ujawnienie zdolności twórczych itp.

Układ ten jest bardzo mobilny, co umożliwia szybką zmianę charakteru i rodzaju ćwiczeń w zależności od reagowania i sprawności grupy (małej grupy – od 1. do 5. dzieci), oraz celów działań (Seta, 2005, s. 83-104).

Kolejną metodą jest metoda wymuszonego kontaktu czyli tzw. holding therapy. Holding – z ang. *hold* – *trzymać* – została opracowana przez M. Welch, która opierała się na swoich doświadczeniach w pracy terapeutycznej, którą prowadziła z dziećmi z zaburzeniami relacji emocjonalnych. „Metoda ta opiera się na

założeniu, że jedną z podstawowych przyczyn autyzmu jest brak poczucia bezpieczeństwa dziecka w jego relacji z matką. Pierwszym naturalnym kontaktem noworodka z matką jest jego kontakt fizyczny. Stanowi on podłoże dla budowania więzi emocjonalnych i społecznych. Jeżeli związek ten jest niedostatecznie silny lub zaburzony, dziecko wycofuje się z niego. Matka, nie rozumiejąc zachowania dziecka, czuje się coraz bardziej bezradna wobec niego. Dziecko postrzega matkę jako osobę słabą, która nie zapewnia mu bezpieczeństwa” (Juszczak, 1993, s. 75).

Terapia ma na celu odbudowanie właśnie tego kontaktu. Dziecko autystyczne unika fizycznego kontaktu, panicznie się go boi. Dziecko ucieka, płacze, reaguje krzykiem na próby dotykania, przytulania, noszenia na rękach. Holding jest jedyną metodą terapeutyczną, która ma wymuszony charakter. Na początku sesja terapeutyczna wygląda na bardzo agresywną natomiast prowadzona regularnie daje pozytywne efekty terapeutyczne.

Najważniejszym warunkiem stosowania tej metody jest to, aby dziecko było trzymane przez matkę w pozycji umożliwiającej bezpośredni kontakt wzrokowy przy jednocześnie zapewnionej kontroli podejmowanych przez dziecko prób protestu, walki, ucieczki. Metoda przewiduje konfrontację, walkę, mające na celu rozwiązanie problemów w relacji matka-dziecko (<http://ludzie-serca.pl/forum/index.php?topic=235.0;wap2>).

W interakcji z matką, która zachodzi w czasie sesji wymuszonego kontaktu, ujawnia się naturalna potrzeba dziecka dotycząca nawiązywania kontaktów społecznych. Aby ta interakcja stała się skuteczna, musi być powtarzana i wielokrotnie przepracowywana. Decyzję o rozpoczęciu sesji podejmuje matka, kierując się oceną zachowania dziecka, zazwyczaj wówczas, gdy demonstruje ono nasilony lęk. Wyraża się on zwiększonym niepokojem ruchowym, stereotypiami zachowaniem agresywnym lub krzykiem.

Moment rozpoczęcia sesji powinien być jednoznaczny (Juszczyk, 1993, s. 79, 80).

Aby terapia „holdingu” była skuteczna, nie można dopuścić do przerwania kontaktu dziecka z matką oraz doprowadzić do pełnego odprężenia dziecka. Jest to terapia bardzo różnie odbierana przez specjalistów oraz rodziców. Mimo braku empirycznie udokumentowanej skuteczności tej metody, ma ona wielu zwolenników, które opierając się na relacji rodziców, podkreślają, że metoda ta pomaga pokonać pewne bariery w rozwoju dzieci i tu wymienić można rozwijającą się empatię, oraz umiejętność rozpoznawania mowy ciała u matki (<http://autyzmzlotoryjachojnow.pl>, dostęp: 2013).

Autorka książki na temat metody holdingu H. Juszczyk przedstawia w następujący sposób swoje doświadczenia w pracy z dziećmi autystycznymi. I tak dzięki tej metodzie doszła ona do następujących konkluzji:

- w ciągu pierwszych miesięcy terapii obserwuje się szybki postęp w rozwoju społecznym i emocjonalnym dziecka autystycznego,
- postęp w rozwoju mowy i używanie jej jako formy komunikacji społecznej jest przełomem w przebiegu terapii,
- wychodzenie z autyzmu jest powolnym i bardzo trudnym procesem.
- Jego powodzenie zależy od:
 - wieku życia dziecka, w którym podjęta jest terapia – im młodsze dziecko, tym efekty leczenia są lepsze,
 - odbudowania związków emocjonalnych z matką i takiego dalszego ich rozwoju, który umożliwi dziecku tworzenie się jego własnej indywidualności,
 - stymulacji rozwoju mowy jako formy komunikacji,
 - stymulacji procesów poznawczych dziecka.

- w programie postępowania terapeutycznego niezbędne jest włączanie dodatkowych form terapii, których wybór zależy od oceny funkcjonowania rodziny i aktualnie pojawiających się problemów dziecka,
- u dzieci z wczesnym rozwojem autyzmu (przed 12 m. ż.), u których nie było wczesnego etapu rozwoju mowy, terapia holdingu nie jest zbyt efektywna (Juszczak, 1993, s. 79, 80).

Kolejną metodą, o której warto wspomnieć jest metoda M. i Ch. Knillów, która oparta jest na integracji polisensorycznej. Pracując przez długi czas z osobami niepełnosprawnymi doszli do przekonania, że odpowiednio dobrany program terapeutyczny daje możliwość obudzenia inicjatywy nawet w osobach najbardziej upośledzonych. Prawidłowy rozwój człowieka uzależniony jest od znajomości własnego ciała. Praca z ciałem, stanowi fundament terapii. Poprzez dotyk i naśladowanie dziecko buduje obraz samego siebie i uczy się nadawania i odbierania informacji od osoby, z którą wchodzi w interakcję (Gałkowski, Kossewska, 2004, s. 148).

Według Knillów najważniejszym kanałem sensorycznym jest skóra, gdyż dotyk jest pierwszym wrażeniem, jakie doznajemy. I to właśnie od wrażliwości dotykowej zależy umiejętność nawiązania kontaktu z otoczeniem. W swoich programach autorzy skojarzyli ruch i dotyk ze specjalnie skomponowaną muzyką. Wykonując przy muzyce określone ćwiczenia, dziecko uczy się odczuwania własnego ciała i otwiera się na doznania dotykowe z otoczenia. Program Aktywności składa się z 6 części:

1. programu wprowadzającego;
2. programu specjalnego dla dzieci ze znaczną niepełnosprawnością ruchową;
3. programu pierwszego, koncentrującego się na ćwiczeniach górnej partii ciała;

4. programu drugiego, koncentrującego się na ćwiczeniach dolnej partii ciała;
5. programu trzeciego, wymagającego od uczestnika większej sprawności i koordynacji ruchowej, a także uwagi;
6. programu czwartego – najtrudniejszego – gdzie dużą rolę odgrywa już własna inicjatywa dziecka (Bozek, s. 87, 88).

Niezwykle ważnym elementem metody jest muzyka specjalnie dostosowana do poszczególnych programów, towarzyszy wykonywanym czynnościom w sposób nieodłączny przez czas trwania zajęć. Muzyka stymuluje uwagę dziecka, kieruje nią i motywuje do określonej aktywności. Muzyka podpowiada dziecku jaki będzie kolejny wykonany przez nie ruch. Proponowane przez Knillów programy, rozwijają kontakt społeczny, ruch, a równocześnie są formą zabawy dla podopiecznych. Dają podstawy rozwoju i rozumienia języka ciała. Dzieci nabywają wiedzę o sobie i stosują ją w praktyce. Ćwiczenia pozwalają na rozwijanie świadomości własnego ciała, oraz pozwalają na coraz lepszą kontrolę nad ruchami. Programy można stosować w każdym wieku, a ich poziom należy dostosować do poziomu rozwoju intelektualnego, oraz rodzaju niepełnosprawności fizycznej (http://autyzmrazem.pl/ukvqv_metoda_knillow.htm).

Ostatnią metodą, którą przedstawię, jest dogoterapia. Wybrałam ją spośród innych metod, gdyż jest dla mnie intrygująca. Tak więc wyjdziemy od pojęcia dogoterapia. Przyjęta definicja mówi, że „dogoterapia to metoda wykorzystująca psy w rehabilitacji osób niepełnosprawnych, ale również dająca wspaniałe efekty w terapii osób samotnych, starszych. Głównie działanie tego rodzaju terapii kontaktowej polega na kontakcie fizycznym (głaskanie, przytulenie się do psa, ujęcie podanej łapy) i na nawiązaniu psychicznej więzi ze zwierzęciem, co przyspiesza leczenie lub ułatwia przejście choroby” (Filozof, s. 17). Generalnie dzieci

z autyzmem są bardzo różne. Nie istnieje „typowy” autyzm ani też typowa osoba z autyzmem, dlatego przebieg zajęć musi być dostosowany do potrzeb i możliwości konkretnego dziecka. W odniesieniu do osób z autyzmem nie istnieją szczególne przeciwwskazania do prowadzenia dogoterapii, z wyjątkiem alergii na sierść lub ślinę psa, obecność otwartych ran, choroby skóry, choroby infekcyjne, pasożytnicze, podwyższona temperatura a także nasilona epilepsja. Ewentualny lęk przed psem zwykle ustępuje po kilku zajęciach.

Wyróżnić możemy dwie główne koncepcje pracy dogoterapeutycznej z dziećmi ze spektrum autyzmu. Pierwsza z nich to oparta na humanistycznym podejściu metoda „swobodnego kontaktu”, która szczególnie polecana jest dla osób niżej funkcjonujących. Metoda ta polega na systematycznych, trwających około 30-45 minut sesjach, w czasie których terapeuta poprzez swoją zabawę z psem, która spontanicznie wymusza kontakt psa i dziecka. Zwykle po kilku takich spotkaniach dziecko nie tylko nawiązuje kontakt wzrokowy z psem, ale również dąży do kontaktu bezpośredniego, jednym słowem zaczyna otwierać swój świat na psa. Ten właśnie kontakt określany jest pojęciem *rapport*, rozumianym jako umiejętność zwierzęcia do stworzenia kanału emocjonalnego z człowiekiem. Zjawisko to tłumaczy zrozumienie niewerbalnych przekazów psa i dziecka – dziecko czuje podświadomie, że nic mu nie grozi ze strony psa i otwiera się na niego. W tym momencie może przystąpić do działania terapeuta, umiejętnie kierując dalszą terapią.

Druga metoda jest przeznaczona głównie dla osób wyżej funkcjonujących i polega na włączeniu psa do tradycyjnych zajęć prowadzonych metodą behawioralną. Wprowadzenie psa na zajęcia wzbudza zainteresowanie i ciekawość. Dzieci na ogół na zajęciach spotykają różne osoby, które ciągle czegoś chcą, czegoś wymagają, a tu nagle pojawia się coś zupełnie innego – zwierzę:

pies, który akceptuje dziecko takim, jakie jest, nie ocenia, nie wyznacza reguł i granic, jest bezinteresowny i zabawny. Ze względu na zaburzenia sensoryczne, występujące powszechnie u autystów, pies jest idealnym stymulatorem. W jednym miejscu mamy pełne spectrum możliwych do dotknięcia różnorodnych powierzchni: mokry i zimny nos, mokry szorstki i ciepły język, ostre twarde pazury, szorstkie poduszki psich łap, specyficzny zapach sierści. Poza tym pies ma temperaturę ciała wyższą o około 1°C od temperatury ciała człowieka. Czynniki termiczne – obok wrażenia przyjemnej miękkości sierści psa – ma dla osób z autyzmem duże znaczenie, ponieważ łączy się ze wspomnieniami z okresu niemowlęstwa. Oczywiście każde dziecko ze swoimi specyficznymi potrzebami inaczej reaguje na tego typu specyficzną formę stymulacji. Możemy wówczas rozwijać zachowania pożądane społecznie (por. <http://kta.lublin.pl/index.php> dostęp: 2013).

BIBLIOGRAFIA

- [1] BŁESZYŃSKI, J. (2005). *Wykorzystanie metody Ruchu Rozwijającego w terapii dziecka z głębokimi deficytami rozwojowymi – autystycznego* [w:] Błeszyński, J. (red.) *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem*, Kraków .
- [2] BOBKOWICZ-LEWARTOWSKA, L. (2005). *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków.
- [3] DANIELEWICZ, D., PISULA, E. (2003). *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*. Warszawa.
- [4] FILOZOF, J. (2005) *Dogoterapia Co to jest?* Jarosław.
- [5] GAŁKOWSKI, T., KOSSEWSKA, J. (2004). *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*. Kraków.

- [6] JAGIELSKA, G. (2010). *Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów.*
- [7] JAKLEWICZ, H. (1993). *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnostyka, przebieg, leczenie.* Gdańsk.
- [8] JUTRZYNA, E. (2005). *Dziecko autystyczne w kręgu muzyki, autystycznego* [w:] Błęszyński, J. (red.) *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem.* Kraków.
- [9] KOŚCIELSKA, M. (2000). *Psychologia kliniczna dziecka.* [w:] STRELAU, J. (red.) *Psychologia* (t. 3, s. 623-648). Gdańsk.
- [10] MACIARZ, A. (2000). *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera: studium przypadku.* Kraków .
- [11] MACIARZ, M., BIADASIEWICZ, M. (2000). *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera.* Kraków.
- [12] MADEJA, Z. Autyzm dziecięcy – etiologia i patogeneza. Dylemat integracji wyników badań nad całościowym zaburzeniem rozwojowym – część I. *Kwartalnik pedagogiczno-terapeutyczny Nasze Forum*, nr 1-2(33-34)/2009, s. 64-77.
- [13] MARKIEWICZ, K. (2012). *Autystyczne spektrum zaburzeń a dysfunkcje semantyczno-pragmatyczne* [w:] WINCZURA, B. (red.) *Dzieci z zaburzeniami łączonymi, trudne ścieżki rozwoju.* Kraków.
- [14] PISULA, E. (2005). *Małe dziecko z autyzmem. Diagnostyka i terapia.* Gdańsk.
- [15] PRZASNYSKA, M., KISIEL, B., BOGDANOWICZ, M. (2003). *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka.* Warszawa.
- [16] SEACH, D., LLOYD, M. (2006). *Pomóż dziecku z autyzmem.* Warszawa.

- [17] SŁOMIŃSKA, D. Podstawy terapii i edukacji dzieci z autyzmem. *Życie szkoły*, nr 6, 2003, s. 328-332.
- [18] http://autyzmrazem.pl/ukvqv_metoda_knillow.htm
[dostęp: 26.05.2013 r.]
- [19] <http://autyzmasd.pl> [dostęp: 26.05.2013 r.]
- [20] <http://pomagamyszymbkowi.pl/> [dostęp: 26.05.2013 r.]
- [21] <http://autystyczni.pl/metoda-ruchu-rozwijajacego-weroniki-sherborne>
[dostęp: 26.05.2013 r.]
- [22] <http://ludzie-serca.pl/forum/index.php?topic=235.0;wap2>
[dostęp: 26.05.2013 r.]
- [23] <http://autyzmzlatoryjachoynow.pl> [dostęp: 26.05.2013 r.]
- [24] http://kta.lublin.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=63&Itemid [dostęp: 26.05.2013 r.]

Grzegorz Kubiński

KOBIETA I POTWÓR. O LUDOWYM MODELU POSTRZEGANIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Streszczenie

Głównym założeniem tekstu jest opisanie tradycyjnego, kulturowego podejścia do niepełnosprawności. Artykuł pokazuje w jaki sposób niepełnosprawność była konstruowana w kontekście ludowym, oraz jak istotną rolę przypisywano kobiecie. Była on traktowana jako osoba niezwykle ważna w powstawaniu niepełnosprawności, choć postrzegana w zdecydowanie negatywny sposób. Takie postrzeganie kobiecości oraz niepełnosprawności może być odkryte we współczesnych stereotypach.

Słowa kluczowe

kobieta, niepełnosprawność, kultura, społeczeństwo, etnografia

Abstract

The main goal of the text is to describe a traditional, cultural approach to disability. The article focuses on how the disability was constructed in a folk context, and how important a role was attributed to a woman. He was regarded as a very important person in the development of disability, though perceived in a strongly negative way. Such perceived femininity and disability can be discovered in modern stereotypes.

Keywords

women, disability, culture, society, ethnography

Tradycyjne pojęcie „odmienności”

Jakkolwiek powszechnie przyjmuje się, że definiowane niepełnosprawności odbywa się za pomocą dwóch modeli, medycznego i społecznego, można powiedzieć, że pierwotnym był model, który możemy określić jako tradycyjny bądź ludowy. Model ten występujący w społecznościach tradycyjnych, ale także w średniowiecznych społeczeństwach zachodnich, opisywał nie tyle osoby niepełnosprawne ile raczej wszelką odmienność. W społecznościach tradycyjnych holistyczna wizja świata b oparta była na boskich prawach, opisanych czy to w opowieściach mitycznych czy też w świętych księgach. Wszelkiego rodzaju anormalne ciała, osoby niewidome, zdeformowane, upośledzone, a nawet odmienne i anormalne zwierzęta wpisywane były przez tradycyjny umysł w świat społeczny. Takie anormalne istoty traktowane były jak znaki, przepowiednie czy omeny zwiastujące rozmaite wydarzenia. Od dawna osoby niepełnosprawne jawiły się w społecznościach nie tylko jako ludzie, ale jako symbole i nosiciele ponadnaturalnych mocy. Św. Augustyn wpisując odmienność w boski porządek pisał: „Jako tedy nie było podobna Bogu zmieniać natur, które on sam chciał ustanowić, tak również nie jest dlań niepodobna zmienić je, w cokolwiek zechce. Stąd też roi się od mnóstwa cudów owych, które rozmaicie nazywamy: poczwary (*monstra*), zjawiska (*ostetnta*), dziwotwory (*portenta*) znaki (*prodigia*); gdybym je chciał wszystkie przypominać i opisywać, to to kiedyż bym to działo skończył? Monstra (poczwyary, dziwne okazy) pochodzą od wyrazu *monstrare*, pokazywać, okazywać, bo coś przed siebie okazują i czegoś dowodzą (*demonstrant*); *ostetna*, zjawiska, od słowa *ostendre*, wyjawić, pokazać; *portenta*, wróżebne zjawy, dziwy, od *portendere* – wskazywać przyszłość, obwieszczać; *prodigia* – znaki wieszczby tak się nazywają, bo *porto dicunt*, mówią nadal, czyli przyszłość wieszczą” [1, 659]. Dużo wcześniej Arystoteles, a następnie także św. To-

masz, Seneka, Pliniusz czy Montaigne opisywali odmienności właśnie w kategoriach czysto intuicyjnych odczuć, uwzględniających takie emocje jak strach, niepokój, ciekawość czy odrazę w stosunku do osób anormatywnych, zwłaszcza posiadających zmiany fizyczne. Jednakże pomimo strachu, osoby odmienne funkcjonowały jako pełnoprawni przedstawiciele społeczeństwa choć owa pełnoprawność powinna być rozumiana inaczej niż współcześnie. Odmieńcy zasiedlali raczej przestrzeń sakralno-mityczną, tworząc swoiste połączenie pomiędzy światem bogów, przodków i ludzi. Były to postaci o charakterze ambiwalentnym, których opis wymykał się wszelkim normom. Klasycznym przykładem takiej postaci może być karzeł, często występujący w roli błazna – postaci dwuznacznej, której rolą jest zabawiać i rozśmieszać, ale także dosadnie komentować i kpić ze społeczności. Dwuznaczność takiej postaci często wynikała z przypisywanej jej mocy, którą posiadała ze względu na swą przypadłość. Elementy takie odnajdziemy w mitycznych opowieściach o chromym He-fajstosie czy jednoookim Odynie, ale także o szpetnych szeptuchach czy „wioskowych głupkach”. Wszystkie te mityczno-religijne postaci były elementem ówczesnego folkloru i miały pełne prawo funkcjonować w społeczności. Literacki opis takiego postrzegania wszelkich odmienności dał Wiktor Hugo opisując paryski Dziedziniec Cudów. Miejsce to, w którym nocowali wszelkiej maści odmieńcy co ciekawe, znajdował się w zasadzie w samym centrum francuskiej stolicy co pokazuje, iż od dawna wszelka odmienność traktowana była nie tylko jako margines, ale również jako element konstytutywny dla całego społeczeństwa. Ambivalentna odmienność, marginalizowana, ale jednakże wciąż obecna w samym centrum społecznej rzeczywistości, jest głównym elementem modelu tradycyjnego niepełnosprawności. Podkreśla on specyficzny rodzaj współegzystencji osób odmiennych z normatywnymi jednostkami. Wydaje się, że kultura choć nie

mogła się obejść bez odmienności, jednocześnie chciała ją odsunąć i ukryć, jednakże ta zawsze powracała w opowieściach, legendach czy mitach. Pomimo stuleci rozwoju wiedzy medycznej, można powiedzieć, że ta ludyczna forma odmienności obecna jest również w czasach współczesnych. Wykorzystuje ją chyba najefektywniej kultura popularna. To właśnie w tego typu przedsięwzięciach jak popularne kino czy komiksy pojawiają się najczęściej istoty odmienne, bazujące na atawistycznych lękach i fascynacji współczesnego odbiorcy. Ludowa odmienność została odpowiednio sformatowana, opisana w stereotypowy, często negatywny sposób, jednakże wciąż jest tym elementem kultury, który w zasadzie niezmienny trwa od wieków. Współczesna kultura popularna doskonale zdaje sobie sprawę z fascynacji odmiennością i wydaje się ją eksploatować w bardzo intensywny sposób. Oczywiście takie działanie nie pozostaje społecznie obojętne, to przecież właśnie popkultura krytykowana jest często za kształtowanie negatywnego obrazu odmienności.

Niepełnosprawność jako aspekt moralności

Dan Goodley opisuje takie kulturowe ujęcie odmienności jako jej „moralny aspekt” [2, 7]. Zawraca w swoim opisie uwagę na kilka cech, które wydają się dobrze definiować wspomniany model. Zdaniem Goodleya niepełnosprawność jest tu postrzegana jako „defekt spowodowany przez moralny upadek lub grzech”, co jest niezwykle istotne z perspektywy społeczno-kulturowej. Należy bowiem zwrócić uwagę, że występuje tu odniesienie do klasycznego, binarnego i opozycyjnego widzenia świat, występującego w społecznościach tradycyjnych i przednowożytnych. Dochodzi tutaj do pierwotnego podziału pomiędzy dobrem a złem tworzącym klasyczny sposób myślenia, w którym to właśnie zło jest tym co brzydkie, ułomne, anormalne. Człowiek brzydki lub niepełnosprawny z założenia zatem był osobą, u której przeważa-

ły cechy negatywne. Współcześnie zaobserwować można takie atawistyczne przekonania właśnie w popularnych hollywoodzkich superprodukcjach, w których złoczyńcy często posiadają różnorodne defekty psychofizyczne. Powraca również kwestia ambiwalentności osoby odmiernej, ponieważ bardzo często to właśnie defekt skazuje ją na społeczną banicję, a w efekcie zejście a drogę zła. Klasycznym przykładem jest tu praca Cesare Lombroso, który na podstawie fizycznych anomalii był w stanie wskazać kto będzie dobrym, a kto złym człowiekiem, uczciwym obywatelem lub przestępcą. Prace dziewiętnastowiecznych uczonych wyraźnie podkreślały psychofizyczną odmienność, którą dziś opisuje się jako upośledzenie. Osoby takie traktowane były raczej jako „monstra” niż pacjenci. Wraz z rozwojem medycyny takie ujęcie problemu zmienia się na rzecz definiowania osób niepełnosprawnych w znany obecnie sposób. Jednakże rzut oka na tytułu dawnych prac medycznych pozwala zauważyć, że defekty traktowano raczej jako pewne formy kulturowej transgresji niż przypadki czysto medyczne. Publikacje uznane już za klasyczne, ukazujące proces medykalizacji odmienności, to na przykład dzieła Pyle’a *Anomalies and Curiosities of Medicine*, Martina *Historie des monstres. Depuis l’antiquite jusqu’a nos jours*, Bucklanda *Curiosities of Natural History*, Hirsta *Human Monstrosities* czy Rosenkranza *Aesthetics of Ugliness* [3; 4; 5; 6; 7]. Pochodzące z przełomu wieku dziewiętnastego i dwudziestego opracowania naukowe, wyraźnie wskazują, że odmienność nie była tylko i wyłącznie kwestią medyczną. W odniesieniu do tego rodzaju odmienności, definiującej ludzi jako monstra czy dziwadła, stosowano raczej typowo ludyczną zasadę ambiwalentnej akceptacji będącą mieszaniną współczucia, wstrętu i ciekawości. Jak pisze Elizabeth Grosz: „Odmieniec nie jest zatem ani niezwykle utalentowany ani niezwykle uzdolniony. Nie jest on przedmiotem tylko i wyłącznie podziwu lub litości, ale jest by-

tem, który postrzegany jest jednocześnie jako fascynujący i wstrętny, kuszący i odrażający. (...) Odmieniec jest przedmiotem przeżywania jednocześnie grozy i fascynacji ponieważ jest on dwuznacznym bytem, którego istnie zagraża kategoriom i opozycjom funkcjonującym i dominującym w życiu społecznym” [8, 56]. Odmienność, choć medycyna podejmuje próby jej opanowania, wciąż uwikłana jest w dwuznaczność i funkcjonuje pomiędzy przestrzeniami boskiego ładu i szatańskiego występku oraz społecznej normy i dewiacyjnej anomalii. W fizycznym ciele odmieńców dochodzi do pomieszania porządków rzeczywistości uniemożliwiając ich dookreślenie. Sposobem odróżnienia staje się wprowadzenie kategorii moralnej winy i grzechu. O tym pomieszanu porządków Georges Canguillhem pisze w sposób następujący: „Anomalia jest rzeczownikiem, któremu nie odpowiada żaden przymiotnik, podczas gdy anormalny jest przymiotnikiem bez odpowiadającego mu rzeczownika; ostatecznie praktyka językowa połączyła właśnie oba terminy, czyniąc z anormalnego przymiotnika anomalii.(...) ‘Anomalia’ pochodzi od greckiego słowa *anomalía* oznaczającego nierówność, chropowatość; słowo *omalos* oznacza w greckim to, co jest równomiernie gładkie, równe, toteż ‘anomalía’ oznacza etymologicznie *an-omalos*, to, co jest nierówne, chropowate, nierównomierne, w takim znaczeniu, w jakim mówi się o terenie. Otóż często zapoznaje się etymologię słowa *anomalía*, wywodząc je nie z *omalos*, lecz z *nomos*, oznaczającego prawo, a w następstwie ze złączenia *a-nomos*. (...) Greckie *nomos* i łacińskie *norma* mają bowiem podobne znaczenie; prawo i reguła są niemal identyczne. Toteż pod względem ściśle semantycznym *anomalía* oznacza stan faktyczny, jest terminem opisowym, podczas gdy *anomalne* implikuje odniesienie do wartości, jest terminem oceniającym, normatywnym; jednakże odstępianie od regułą gramatycznych doprowadziło do mimowolnego połączenia znaczeń słów ‘*anomalía*’

i ‘anormalny’. Pierwsze stało się pojęciem normatywnym, drugie opisowym” [9, 101]. Paradoksalnie zatem to właśnie odmienności pojawiające się zarówno w cielesności, psychice czy seksualności stanowią o tym w jaki sposób rozumiana jest norma społeczna. Kształtowanie społecznego uniwersum oparte jest nie tyle na prostych wkluczeniach ile raczej na funkcjonowaniu grup moralnie wykluczonych i stygmatyzowanych w samym jego centrum. Jednocześnie droga jaką przeszły jednostki anormatywne, od ciał monstrialnych po niepełnosprawne, pokazuje próby opanowania tychże odmienności przez społeczeństwo. Michael Foucault analizując powyższe kwestie zaznaczy bardzo wyraźnie: „Różnica pomiędzy niepełnosprawnością (*disability*) a monstrialnością (*monstrosity*) ukazuje się w punkcie przecięcia, pomiędzy prawem naturalnym a prawem bożym lub społecznym, jest to punkt, w którym oba te prawa spotykają się. Niepełnosprawność może być czymś, co niepokoi i narusza naturalny porządek, lecz niepełnosprawność nie jest monstrialnością ponieważ ma ona miejsce w prawie cywilnym i kanonicznym. Osoba niepełnosprawna może nie być zgodna z naturą, ale jest akceptowana przez prawo. Monstrialność, jest rodzajem naturalnej nieregularności, która wypacza samo prawo. Musi ono zatem albo zakwestionować swoje własne założenia, albo w milczeniu abdykować” [10, 64].

Kobiecość a stygmat niepełnosprawności

Prawo jednak nie odchodzi i nie znika, ponieważ w społecznościach przednowożytnych wciąż jest ono obecne nie tylko w jurydycznych klasyfikacjach ale także ciałach. Prawo jako norma jest obecne w zdrowych ciałach mężczyzn jako dominującego elementu patriarchalnej, normatywnej heteroseksualnej struktury społecznej. Jednakże jest również obecne w zdrowym ciele płodnej kobiety. To właśnie ona przez długi czas będzie

postrzegana jako ta, która doprowadza do tworzenia odmieńców, kobieta stanie się w oczach społeczności osobą bezpośrednio odpowiedzialną za powołanie do życia „potworów”. Goodley za jedną z cech opisujących niepełnosprawność jako kondycję moralną, wskazuje właśnie wstyd, jaki spada na osobę niepełnosprawną oraz jej rodzinę [11, 7]. Upośledzenie, zwłaszcza fizyczne i widoczne ciała, to jeden z elementów ewokujących społeczną stygmatyzację, jak wskazuje Erving Goffman. Pisze on: „Zasadniczo można wyróżnić trzy rodzaje piętna. Po pierwsze, brzydotę cielesną, czyli rozmaite deformacje fizyczne. Po drugie, wady charakteru przypisywane słabej woli, nieujarzmionym bądź nie-naturalnym namiętnościom (...). Trzecią odmianą piętna są grupowe piętna rasy, narodowości i wyznania, przekazywane z pokolenia na pokolenie i nakładające jednakową skazę na wszystkich członków rodziny” [12, 34]. W tym klasycznym opisie stygmatu można odnaleźć elementy, które mimo, że sformułowane przez socjologa w kontekście racjonalnej i konkretnej dziedziny naukowej, wskazują na intuicje silnie obecne w tradycyjnym, ludowym modelu niepełnosprawności. W dużej mierze opierając się na przekonaniu o sakralno-religijnym znaczeniu upośledzenia oraz na kategorii wstydu jaki osoba upośledzona ze sobą niesie, ludyczny model niepełnosprawności wyraźnie wskazuje, że zdeformowane fizycznie dziecko staje się liminalną i monstrialną istotą, a winę za jego kondycję ponosi kobieta-matka. Kwestia dlaczego i skąd bierze się to zło powodujące moralny upadek jaki wyraża się w kalekiej osobie, zostaje w ludowej świadomości rozwiana w sposób najprostszy – to kobieta jako matka, ponosi całą winę za urodzenie upośledzonego dziecka. Warto w tym momencie zwrócić uwagę, na jeszcze inny element wymieniony przez Goodleya, otóż niepełnosprawność może być odczytana jako „boska lub duchowa akceptacja i wzmocnienie wiary” i faktycznie, w kulturach dalekowschodnich urodzenie upośle-

dzanego dziecka, często wiąże się z poczuciem błogosławieństwa przez bóstwo, bądź traktowaniem dziecka lub osoby dorosłej jako inkarnacji bóstwa [13, 7]. Podobnie działo się w wiekach średnich w kręgu kultury zachodniej jednakże pamiętać należy, iż nawet tego typu sakralizacja upośledzenia czy szerzej niepełnosprawności, jest wciąż traktowana jako złamanie społecznego porządku a rola kobiety jako katalizatora niekorzystnej modyfikacji płodu pozostaje niezaprzeczalna. Ta tradycyjna tendencja traktowania kobiety jako osoby przynoszącej wstyd rodzinie, jest wciąż obecna w społeczeństwach współczesnych lecz warto zwrócić uwagę, iż podobna sytuacja ma miejsce w relacji kobiecość - niepełnosprawność. Bardzo często niepełnosprawność jest traktowana jako feminizacja ciała, podkreślenie jego słabości, submisywności i brak sprawczości. Wracając do modelu Goffmana, zwrócić należy uwagę na stygmat jako kwestię „brzydoty” ciała, fizycznych anomalii na skutek których autorzy tacy jak Pyle czy Martin mogli określić zdeformowany płód jako „monstrum”. Piętno zawiera w sobie także kategorię wstydu, w postaci cech „przekazywanych z pokolenia na pokolenie”, w której wyrażone jest nie tylko czasowe, lecz można powiedzieć wieczne stygmatyzowanie określonej grupy.

W kontekście kobiecości istotny jest również drugi element wymieniony przez Goffmana, to jest „nieujarzmiona i nienaturalna namiętność” oraz „słaba wola”. Kobiecość od wieków kojarzona była z tymi cechami, była wręcz przez nie definiowana. Cała współczesna, patriarchalna i heteronormatywna kultura jest zbudowana na wyparciu kobiecych „namiętności”, podobnie zresztą jak odrzucone były upośledzone ciała, wprowadzone w kulturę już jako ciała niepełnosprawne. Odmienność ciała kobiecego jako zagrożenia dla porządku społecznego dookreślona została w wiekach średnich, lecz interesujące związki pomiędzy kobiecością a monstrialnością jako ludowym rozumieniem nie-

pełnosprawności sięgają dużo dalej [14]. W klasycznym dziele „*O rodzeniu się zwierząt*” w rozdziale pod znamienym tytułem „*Dziedziczność. Potwory*” Arystoteles pisze: „Pierwsze odchylenie od normy ma miejsce wtedy, gdy zamiast mężczyzny przychodzi na świat kobieta, chociaż jest to koniecznością natury” [15, 175]. Fragment ten zdefiniował postrzeganie kobiety jako „odchylenia od normy” na długie wieki. W kontekście studiów nad niepełnosprawnością należy jednak zwrócić uwagę nie tylko na deprecjację kobiety (choć jak podkreśliłem ma to wpływ na postrzeganie niepełnosprawności w ogóle), lecz przede wszystkim na kobietę jako istotę w całości odpowiedzialną za powstawanie fizycznych ułomności płodu, a w konsekwencji zaistnienie niepełnosprawnego osobnika. W koncepcji Arystotelesa, obecnej w zasadzie w całej późniejszej myśli zachodniej, mężczyzna jest stroną aktywną i zasadą mającą opanować kobietę jako materię pasywną. „Nasienie samca” - pisze Arystoteles - „posiada tę charakterystyczną cechę, że ma w sobie zasadę zdolną wywoływać ruch wewnątrz samego zwierzęcia (...) podczas gdy nasienie samicy dostarcza tylko materii. Jeśli nasienie męskie zdobywa przewagę, pociąga materię za sobą; jeśli jest słabsze od niej, zamienia się w swoje przeciwieństwo lub ginie. Otóż przeciwieństwem samca jest samica” [16, 171]. Filozof podkreśla niezwykle istotną różnicę pomiędzy aktywnym nasieniem męskim jako zasadą oraz nasieniem kobiety jako bierną materią. Zatem pytając o to, skąd biorą się anomalie Arystoteles odpowiada, że dzieje się tak ponieważ „ruchy pochodzące od samca ustają i materiał dostarczony przez samicę nie jest przez nie opanowany” zatem „gdyby trzeba było przypisać wzmiankowaną przyczynę nasieniu, które pochodzi od samca, to istotnie w ten sposób należałoby nasz problem tłumaczyć. Lecz na ogół lepiej jest przyjąć, że przyczyna znajduje się w materii i w embryonach gdy się formują” [17, 181-183]. Pomimo faktu, iż to na skutek braku aktywno-

ści męskiego nasienia, kobieca materia nie może zostać opanowana i odpowiednio uformowana, Arystoteles zakłada, iż to właśnie ona jest odpowiedzialna za formowanie anomalii. Męskie ciało, męska płodność wiązana jest od początku z aktywnością i formą, która zostaje nadawana kobiecemu pierwiastkowi, jako pasywnej materii. Wszelkie błędy w materii jako fizycznym ciele kształtującego się płodu, będą zatem przypisane kobiecie jako tej, która powoduje ułomności i anomalie. Koncepcja ta przetrwała do czasów nowożytnych, w których jak pisze Marie-Helen Huet, odmienność pojawia się w ludowej formule połączenia „zbocznej matki” oraz „zdeformowanego dziecka” [18, 24]. To właśnie arystotelesowskie „zepsucie” materii, uobecnia się w pojęciu kobiety-matki, która ulegając swoim chuciom, namiętnościom i pragnieniom staje się odpowiedzialna za wydanie na świat upośledzonego dziecka. Kobiece „namiętności” w prosty sposób kojarzone były z namiętnością seksualną i pożądliwością. Takie podejście zakładało natomiast otwarcie na wszelkie stosunki seksualne, w tym także z istotami demonicznymi a nawet zwierzętami. To właśnie ta niepokonana chęć kobieca i jej zaspokojenie we wszelki możliwy sposób, miała powodować płodzenie „monstrów” będących dziećmi pochodzącymi z anormalnych aktów seksualnych. Huet wskazuje na obecny w kulturze wspomniany już element wstydu pisząc: „Monstrum nie wskazuje błędu lecz odkrywa, nie ukrywa swojej natury lecz eksponuje wstydlive źródło jego deformacji”, którym jest „matka rodząca potwora” [19, 26]. Kobiecość jest w ludowym modelu postrzegania niepełnosprawności jako odmienności elementem źródłowym i całkowicie odpowiedzialnym za deformacje płodu i dalsze konsekwencje.

Zakończenie

Choć wydawać by się mogło iż ludyczna koncepcja niepełnosprawności jako odmienności przestała współcześnie funkcjonować, elementy jej przetrwały w społecznych stereotypach. Definicja Goffmana uważana za klasyczną pokazuje, że stygmat odmienności psychofizycznej wciąż może być odczytywany jako zależność pomiędzy tym co dobre i złe, tym co moralnie dopuszczalne i zakazane. Bardzo często w życiu codziennym spotkać się można z nakazami i zakazami dotyczącymi kobiet w ciąży, których zadaniem jest zapobiec malformacjom płodu. Często za naukowo uzasadnionymi medycznymi zarządzeniami, kryją się moralnie wartościujące sądy dotyczące zachowań kobiet. Analizując zatem kwestię ludowej odmienności i jej przekształcania we współczesną niepełnosprawność, dostrzec można jak mocno związana jest ona z postrzeganiem kobiecości i moralności. Osoby niepełnosprawne są w tej perspektywie wciąż jeszcze odbierane jako wynik określonych kobiecych zachowań, a sama niepełnosprawność jest silnie związana z kobiecością i moralnością. Wydaje się, iż zmiana podejścia społecznego do osób niepełnosprawnych będzie się musiała wiązać również ze zmianą sytuacji kobiet. Tylko wtedy gdy heteronormatywne normy patriarchalnej struktury zostaną rozluźnione, niepełnosprawność i kobiecość nie będą już od siebie tak silnie zależne.

BIBLIOGRAFIA

- [1] ŚW. AUGUSTYN, *Państwo Boże*, Hachette, Warszawa 2010.
- [2] GOODLEY D., *Disability Studies. An Interdisciplinary Introduction*, Sage, London 2011.
- [3] PYLE W.L., GOULD G.M., *Anomalies and Curiosities of Medicine*, Eds. W.A.Saunders&Company, London 1901.

- [4] MARTIN E., *Historie des monstres. Depuis l'antiquite jusqu'a nos jours*, Eds. C.Reinwald&Co., Paris 1880.
- [5] BUCKLAND F.T., *Curiosities of Natural History*, Eds. Richard Bentley&Son, London 1882.
- [6] HIRST B.C., PIERSOL G.A., *Human Monstrosities*, Lea Brothers&Co., Philadelphia 1892.
- [7] ROSENKRANZ K., *Aesthetics of Ugliness*, Bloomsbury Academic, Bloomsbury 2015.
- [8] GARLAND THOMSON R.,(eds.) *Freakery. Cultural Spectacles of the Extraordinary Body*, New York University Press, New York 1996.
- [9] CANGUILHEM G., *Normalne i patologiczne, słowo/obraz terytoria*, Gdańsk 2000.
- [10] FOUCAULT M., *Abnormal. Lectures at the College de France 1974-1975*, Verso, London 2003.
- [11] GOODLEY D., *Disability Studies...dz.cyt.*
- [12] GOFFMAN E., *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, GWP, Gdańsk 2005.
- [13] GOODLEY D., *Disability Studies...dz.cyt.*
- [14] ULIŃSKI M., *Kobieta i mężczyzna. Dzieje refleksji filozoficzno-społecznej*, Aureus, Kraków 2001.
- [15] ARYSTOTELES, *O rodzeniu się zwierząt*, PWN, Warszawa 1979.
- [16] *Tamże.*
- [17] *Tamże.*
- [18] HUET M-H., *Monstrous Imagination*, Harvard University Press, London 1993.
- [19] *Tamże.*

Zofia Jednak-Jaworska

MIEJSCE DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W STOPNIU LEKKIM W PRZEDSZKOLU

Streszczenie

W myśl aktualnie obowiązujących przepisów dzieci z zaburzeniami, które są lub mogą być w przyszłości zdiagnozowane jako upośledzenie w stopniu lekkim, pozostają w przedszkolach masowych. W związku z tym przed nauczycielem wyłania się ważne zadanie, a mianowicie czuwanie nad procesem szeroko pojętej integracji społecznej w grupie dzieci przedszkolnych. Po słowach wprowadzenia, w rozdziale drugim czytelnik zapoznaje się ze specyfiką placówki przedszkolnej i jej miejscem w systemie edukacji. Trzeci rozdział to rozwinięcie pojęcia upośledzenia umysłowego, podział upośledzeń i charakterystyka dzieci z upośledzeniem umysłowym. W następnym rozdziale opisany jest aktualny stan pomocy psychologiczno-pedagogicznej, jaką zapewnia się dzieciom w przedszkolu. Piąty rozdział to studium przypadku dziecka z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim. Ostatni rozdział zawiera metody, formy i zasady obowiązujące w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną.

Słowa kluczowe

dziecko, przedszkole, niepełnosprawność intelektualna, terapia

Abstract

Under current legislation, children with disorders, who – currently, or in the future – could be diagnosed with mild disability, are to remain in non-integrated preschools. Therefore, the teacher is faced with an important task of overseeing the process of broadly

defined 'social integration' within the group of pre-schoolers. Following the introduction, the second chapter gets the reader acquainted with the specifics of the preschool institution and its place in the education system. In the third chapter, the concept of mental retardation is expanded, different kinds of disabilities are broken down, and the characteristics of children with mental retardation are presented. The following chapter describes the current state of psychological and pedagogic help that is given to children in a preschool. The fifth chapter is a case study of a child with mild mental retardation. The final chapter outlines processes and methods of working with children with mentally disabled children.

Keywords

child, preschool, intellectual disorder, therapy

Wszechstronny i harmonijny rozwój dziecka jest procesem złożonym i uwarunkowanym wieloma czynnikami. Wszelkie starania pedagogów powinny zmierzać do tego, by rozwój dziecka przebiegał jak najpomyślniej, by mogło ono w pełni rozwinąć swoje zdolności, zainteresowania, by zawsze było akceptowane. Problem ten dotyczy przede wszystkim dzieci charakteryzujących się pewną innością, często też dzieci niepełnosprawnych. Praca ta traktuje o sytuacji dziecka z niepełnosprawnością umysłową w pierwszej zinstytucjonalizowanej placówce oświatowej jaką jest przedszkole. Potrzeba wyboru takiego właśnie tematu wynika z wieloletnich doświadczeń w pracy nauczyciela i wychowawcy w przedszkolu masowym. Wiek od 3 do 6 lat to czas intensywnego rozwoju dzieci, wyrównywania poziomu wiedzy i umiejętności, rozwoju zdolności i predyspozycji, czas niwelowania ewentualnych zaniedbań środowiskowych. Diagnostyka w zakresie istniejącej niepełnosprawności intelektualnej u dziec-

ka w wieku przedszkolnym jest trudna i niejednokrotnie przesuwana się ją w czasie do wieku wczesnoszkolnego. Niezależnie od problemów diagnostycznych, a w myśl zasady humanitaryzmu, że każdy człowiek ma prawo do godnego życia, nauczyciel w przedszkolu staje przed zadaniem społecznej integracji, czyli wdrażania dzieci do pełnej akceptacji i współdziałania.

Przedszkole w systemie edukacji

System edukacji, zwany także systemem oświaty, to różne instytucje wywierające wpływ na ukształtowanie osobowości człowieka, jak na przykład rodzina, przedszkole, szkoła, organizacje młodzieżowe, środki masowego przekazu, zakłady pracy (Kwiatkowska, 1985 s. 32).

Miejsce przedszkola w systemie edukacji określa ustawa o systemie oświaty. Przedszkole to podstawowa forma organizacyjna wychowania przedszkolnego, które swoją ofertą obejmuje dzieci w wieku od 3 do 6 lat.

Przedszkola mogą być publiczne i niepubliczne. Przedszkole publiczne to takie, które prowadzi bezpłatne nauczanie i wychowanie w zakresie co najmniej realizacji podstawy programowej wychowania przedszkolnego, nie krócej niż 5 godzin dziennie. Rekrutacja do przedszkola publicznego odbywa się w oparciu o zasadę powszechnej dostępności. Zatrudnia się wykwalifikowaną kadrę nauczycielską (Książek 2000, s. 5).

Podstawowym dokumentem przedszkola jest statut uchwalony przez radę przedszkola lub radę pedagogiczną. Statut określa cele i zadania placówki, kompetencje jej organów, zasady ich współdziałania, organizację przedszkola, zadania nauczycieli i pozostałych pracowników.

Najważniejszym celem edukacji przedszkolnej jest wszechstronny rozwój osobowości dziecka. Wiek przedszkolny to czas kiedy kształtują się możliwości intelektualne dziecka, rozwija się

większość zdolności i wrodzonych predyspozycji. Właśnie w tym wieku wyjątkowo pozytywne rezultaty przynoszą oddziaływania wychowawcze, stymulowanie intelektu, oraz wdrażanie do zachowań społecznych. Jest to najlepszy okres na zapobieganie ewentualnym trudnościom w nauce, niwelowanie dysharmonii rozwojowych, terapię zaburzeń, wyrównywanie zaniechań środowiskowych. Postawy i umiejętności, które małe dzieci wynoszą z przedszkola, procentują w szkole lepszymi wynikami w nauce, a dorosłym życiu lepszym funkcjonowaniem społecznym i zawodowym (Marciniak, 2009, s. 14). Szczegółowe cele edukacji w przedszkolu określa podstawa programowa wychowania przedszkolnego. W oparciu o podstawę programową tworzone są programy do realizacji w placówkach wychowania przedszkolnego.

Podstawową formą aktywności dzieci w wieku przedszkolnym jest zabawa. W czasie zabawy dzieci zaspokajają swoje potrzeby. Wzmoczoną potrzebą dzieci w wieku 3-6 lat jest potrzeba ruchu. Oprócz tego dzieci potrzebują towarzystwa rówieśników, budują pierwsze kontakty społeczne oraz poczucie przynależności do grupy. Uczą się współdziałania i współpracy. Poprzez umiejętnie zorganizowaną zabawę dzieci poznają świat, rozwijają wyobraźnię, wykazują twórczą aktywność plastyczną i konstrukcyjną, bawią się muzyką i słowem.

Przedszkole jest pierwszą instytucją edukacyjną w życiu dziecka, łączy pełnienie zadań wychowawczych i opiekuńczych, umacnia w środowisku dziecka działanie czynników sprzyjających jego rozwojowi i eliminuje czynniki szkodliwe, zatem spełnia wobec swego wychowanka następujące funkcje: opiekuńczo-zdrowotną, stymulacyjną, profilaktyczną, korektywną, kompensacyjną, dydaktyczną, socjalizacyjną.

Funkcja opiekuńczo-zdrowotna obejmuje sprawowanie opieki nad dzieckiem, dbanie o jego zdrowie i bezpieczeństwo na czas

nieobecności rodziców lub opiekunów. Przedszkole jest tak zorganizowane i wyposażone, by zaspokajało wszystkie potrzeby dziecka.

Funkcja stymulacyjna ma na celu pobudzanie i ukierunkowanie procesów rozwojowych przedszkolaka. Przedszkole stwarza odpowiednie warunki edukacyjne, by dzieci mogły bezpiecznie zaprezentować swoją indywidualność.

Funkcja profilaktyczna ma na celu zapobieganie i przeciwdziałanie wszelkim zagrożeniom dla zdrowia i psychiki dziecka i rozwoju osobowości.

Funkcja korektywna to działanie edukacyjne mające na celu korygowanie wad rozwojowych dziecka, eliminowanie problemów rozwojowych.

Funkcja dydaktyczna obejmuje wyposażenie przedszkolaków w wiedzę, umiejętności i nawyki, czyli przygotowanie dziecka do roli ucznia na kolejnych etapach edukacyjnych.

Przedszkole pełni też funkcję socjalizacyjną, czyli włącza dziecko w życie środowiska społecznego w szeroko rozumianym znaczeniu, pokazuje wartości kultury (Kowar-Pogoń, 2009).

Upośledzenie umysłowe

Pojęcie upośledzenia umysłowego stosuje się zamiennie z pojęciami niedorozwoju umysłowego, opóźnienia rozwoju umysłowego, niepełnosprawności umysłowej albo oligofrenii, a ostatnio także niepełnosprawności intelektualnej. Pojęciami tymi określa się znacznie niższą od przeciętnej sprawność umysłową powstałą w okresie rozwojowym jednostki a objawiającą się zaburzeniami w dojrzwaniu, uczeniu się i społecznym funkcjonowaniu.

Upośledzenie umysłowe to szerokie pojęcie, gdyż może być zróżnicowane ze względu na określony jej stopień, a także na towarzyszące mu dysfunkcje i zaburzenia: zachowania, motywacji i emocjonalności. Upośledzenie umysłowe odnosi się nie tylko

do sfery poznawczej człowieka, ale obejmuje całą jego osobowość (Sękowska, 1985, s. 78).

Problemem kształcenia osób upośledzonych umysłowo zajmuje się nauka zwana oligofrenopedagogiką. To jeden z działów pedagogiki specjalnej. „Dla jednostek o obniżonej sprawności umysłowej ustala się taki metodyczny tok działalności wychowującej, aby osiągały wszechstronny rozwój do szczytu swoich indywidualnych możliwości i aby równocześnie zdobywały umiejętności w zakresie adaptacji społecznej. Tak więc przedmiotem oligofrenopedagogiki są wychowankowie odchyleni od normy w stopniu zróżnicowanym, ale mający jedyną wspólną cechę: obniżoną sprawność intelektualną” (Wyczesany, 2009, s. 13).

Stopień niepełnosprawności umysłowej danej osoby określa się na podstawie badań psychologicznych przeprowadzanych za pomocą testów inteligencji. Ich celem jest zbadanie i poznanie przebiegu procesów umysłowych badanych osób. Test zawiera zadania o wzrastającym stopniu trudności i dostosowane do wieku badanego. Uzyskany na podstawie testu wynik, jeśli wskazuje różnicę między wiekiem umysłowym, a wiekiem faktycznym kalendarzowym, wskazuje na stopień upośledzenia umysłowego badanej osoby (Tomkiewicz-Będkowska, Krztoń, 2001, s. 17). Powszechnie stosuje się przykład test inteligencji D. Wechslera, wg którego przeciętny rozwój umysłowy wyraża iloraz inteligencji równy liczbie 100. W Światowej Organizacji Zdrowia w roku 1968 przyjęto, że znacząco niższy poziom intelektu to ten, którego charakteryzują ponad dwa standardowe odchylenia, co wynosi w skali D. Wechslera 30 punktów. w ten sposób możemy uznać osobę za upośledzoną umysłowo, jeśli jej iloraz inteligencji został określony na niższy niż 70. Stopnie upośledzenia umysłowego przedstawiają się następująco:

- iloraz inteligencji od 55 do 69 – upośledzenie umysłowe

- w stopniu lekkim,
- iloraz inteligencji od 40 do 54 – upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym,
 - iloraz inteligencji od 25 do 39 – upośledzenie umysłowe w stopniu znacznym,
 - iloraz inteligencji poniżej 25 – upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim.

Należy tu jeszcze nadmienić, że jeśli iloraz inteligencji znajduje się w przedziale od 70 do 84, to określa się go jako niższy niż przeciętny i uznaje za pogranicze normy.

W populacji upośledzonych umysłowo najliczniejszą grupę stanowią upośledzeni w stopniu lekkim – około 75%. Charakterystyka upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim jest niełatwa, gdyż wśród takich dzieci występują ogromne różnice jednostkowe. Zasadniczo stwierdza się, że u osób upośledzonych umysłowo występuje defekt myślenia, głównie operacji abstrahowania i uogólniania, mają ubogi słownik co niekorzystnie wpływa na tworzenie oraz przyswajanie pojęć. Myślenie dzieci upośledzonych umysłowo ma charakter konkretno-obrazowy i sytuacyjny. Dzieci te mają zwolnione tempo myślenia, trudności w skupieniu uwagi, zwolniony i utrudniony rozwój procesów poznawczych. Występują u nich zaburzenia analizatorów: wzrokowego, słuchowego i ruchowego. Czasami zdarza się, że dzieci z oligofrenią wykazują dobrą pamięć mechaniczną, ale nawet duży zasób przyswojonych słów nie przekłada się na ich rozumienie i logiczne zastosowanie. Występują u nich zaburzenia zdolności uogólniania i abstrahowania. Definicje podawane przez dzieci z upośledzeniem umysłowym są na poziomie opisowym, wybierają cechy o znaczeniu szczegółowym, często odnoszą się do własnych doświadczeń, nie potrafią dostrzec ogólnych cech danego pojęcia. Czynności klasyfikowania, szeregowania, przyporządkowania wykonują poprawnie na konkretach. Wyszukiwa-

nie podobieństw sprawia im większy trud niż wyszukiwanie różnic. Zasadniczo można stwierdzić, że wykonywanie nowych zadań stanowi problem. Dzieci z upośledzeniem umysłowym charakteryzują się nietrwałą uwagą, łatwo odwracalną i słabo podzieloną. Najczęściej mogą skupić się na jednej prostej czynności. Słaba pamięć powoduje, że szybko zapominają o tym, co zobaczyły, czego doświadczyły, czego się nauczyły.

Zaburzenia intelektu mają wpływ na rozwój osobowości osób upośledzonych. Dzieci często mają kłopoty z przystosowaniem się do otoczenia i podporządkowania się określonym normom. Zauważyć można zwolnione tempo rozwoju społecznego, jednakże osoby upośledzone umysłowo posiadają potrzebę kontaktów społecznych. Ich poprawność układu się jednak bardzo różnie i jest sprawą indywidualną. Zaburzenia emocjonalne najczęściej ujawniają się w nieadekwatnych do bodźca reakcjach. Wy różnić można dzieci zbyt pobudliwe i dzieci zahamowane. Dzieci zbyt pobudliwe w sferze poznawczej z trudem koncentrują uwagę. Można zaobserwować u nich silne reakcje uczuciowe, niewspółmierne do bodźca. Słowa krytyki lub zastosowana kara powodują u nich silny wzrost napięcia. Nadpobudliwość utrudnia dzieciom zdobywanie nowych wiadomości oraz budowanie właściwych relacji w grupie. Dzieci zahamowane są mało ruchliwe, często lękliwe. Reagują emocjonalnie tylko na bardzo silne bodźce. Dzieci te mają zmniejszone tempo rozwoju sfery poznawczej, co się przekłada na problemy z nabywaniem nowych wiadomości i umiejętności. Zahamowanie ujemnie wpływa także na dostosowanie społeczne (tamże, s. 22).

Z powodu zaburzeń sfery poznawczo-motywacyjnej dzieci upośledzone umysłowo mają ograniczone możliwości uczenia się. W procesie nauczania i uczenia się wymagają systematyczności, konsekwencji, ustalenia zasad wykonania zadania, kilkakrotnego powtarzania polecenia, pomocy i motywowania ze strony

nauczyciela. Tempo pracy oligofreników jest wolne, przyswajanie wiedzy i umiejętności wymaga więcej czasu. Często sukcesy pedagogiczne zależą od indywidualnie dostosowanych metod i sposobów pracy oraz nawiązania kontaktu emocjonalnego z nauczycielem.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Najnowsze uregulowania prawne dotyczące pomocy psychologiczno-pedagogicznej w placówkach oświatowo-wychowawczych to te wprowadzone rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 roku. W myśl tej ustawy pomoc psychologiczno-pedagogiczna nakierowana jest na potrzeby konkretnego dziecka poprzez usystematyzowane działanie zespołów specjalistów w każdym przedszkolu, szkole i placówce. Pomoc tą organizuje się jak najbliżej dziecka, w konkretnych realiach, w bezpośrednim otoczeniu i warunkach naturalnego środowiska ich funkcjonowania. Zadaniem zespołów do spraw pomocy psychologiczno-pedagogicznej jest planowanie i koordynowanie udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w placówce. Według rozporządzenia pomoc psychologiczno-pedagogiczna powinna być zorganizowana dla dzieci:

- niepełnosprawnych,
- niedostosowanych społecznie,
- zagrożonych niedostosowaniem społecznym,
- szczególnie uzdolnionym,
- ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się,
- z zaburzeniami komunikacji językowej,
- z chorobami przewlekłymi,
- w sytuacji kryzysowej i traumatycznej,
- z niepowodzeniami edukacyjnymi,
- zaniedbanych środowiskowo (sytuacje związane z situa-

cją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego, kontaktami środowiskowymi),

- z trudnościami adaptacyjnymi związanymi z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanymi z wcześniejszym kształceniem za granicą.

W kontekście pomocy psychologiczno-pedagogicznej za niepełnosprawne uznaje się dzieci posiadające orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego oraz opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju. Te dokumenty wydają poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Jasno wynika tego, że dzieci z niepełnosprawnością umysłową mają prawo do pomocy psychologiczno-pedagogicznej zorganizowanej w placówce, do której uczęszczają. Zespół do spraw pomocy psychologiczno-pedagogicznej powinien dokonać wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania dzieci posiadających orzeczenie poradni i dostosować indywidualne programy edukacyjno-terapeutyczne. Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny określa:

- zakres dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu wychowania przedszkolnego do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych dziecka,
- rodzaj i zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem, w tym przypadku dziecka niepełnosprawnego – zakres działań o charakterze rewalidacyjnym,
- formy i metody pracy z dzieckiem,
- formy, sposoby i okres udzielania dziecku pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin, w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane

- zakres współpracy z rodzicami dziecka oraz zakres współdziałania z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi.

Zespół opracowując program uwzględnia zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego, a także okres, na jaki zostało wydane orzeczenie, nie dłuższy jednak niż etap edukacyjny (Mądrowska, 2011, s. 4-8). Dziecko z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego może pozostać w przedszkolu do 8. roku życia. W ustawie o pomocy psychologiczno-pedagogicznej określa się, że nie organizuje się przedszkoli specjalnych i oddziałów specjalnych w przedszkolach ogólnodostępnych dla dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim. Rodzaj i poziom zaburzeń rozwojowych u tych dzieci wynika z faktu, iż etiologia upośledzenia umysłowego stopnia lekkiego, zdaniem wielu autorytetów naukowych (m. in. H. Borzyszkowskiej i J. Wyczesany) zawiera oddziaływanie kilku czynników patogennych. w większości opracowań naukowych podkreślany jest wpływ nieprawidłowego funkcjonowania środowiska rodzinnego dziecka na występowanie niedorozwoju umysłowego w stopniu lekkim. W związku z tym, w sytuacji gdy wynik badania inteligencji dziecka jest na granicy normy i upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim lub różni się niewielką liczbą punktów, bardzo trudno jest rozstrzygnąć, czy poziom funkcjonowania w momencie badania małego dziecka wynika z rzeczywistego upośledzenia, czy tylko z braku stymulacji. Gdy diagnoza jest jednoznaczna, dziecko z upośledzeniem w stopniu lekkim może otrzymać orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z zaleceniem kształcenia w przedszkolu ogólnodostępnym lub integracyjnym (Wojtyła, 2010, s. 21).

Dla uczniów posiadających opinię lub wobec których nauczyciel-wychowawca grupy lub specjalista stwierdził potrzebę objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną, wynikającą z prze-

prowadzonych działań pedagogicznych, zespół opracowuje plan działań wspierających. W planie działań wspierających określa się cele do osiągnięcia w pracy z uczniem oraz działania z nim realizowane, a także metody pracy. Plan taki może zostać opracowany również dla grupy uczniów, jeśli rozpoznano u nich jednorodne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne. Zespół do spraw pomocy psychologiczno-pedagogicznej zakłada i prowadzi dla każdego ucznia u którego zdiagnozowano potrzebę takiej pomocy tak zwaną Kartę Indywidualnych Potrzeb Ucznia. Karty takiej nie zakłada się dla dziecka posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego oraz orzeczenie o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego, dlatego że wszystkie informacje zawarte w karcie umieszczane są w indywidualnych programach edukacyjno-terapeutycznych, opracowywanych dla dzieci niepełnosprawnych (Wojtyła, 2010, s. 14-16).

Według przepisów oświatowych każde dziecko z niepełnosprawnością ma prawnie zagwarantowaną pomoc psychologiczno-pedagogiczną. Polega ona na stworzeniu dostępu do zajęć: dydaktyczno-wyrównawczych, specjalistycznych (korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, terapeutycznych). W związku z tak zorganizowaną pomocą psychologiczno-pedagogiczną w placówkach oświatowych, w tym również w przedszkolach, konieczne jest zatrudnienie specjalistów, posiadających odpowiednie kwalifikacje w zakresie pedagogiki specjalnej.

Studium przypadku dziecka z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim

Identyfikacja problemu

Bartek trafił do naszego przedszkola na początku listopada, właśnie wtedy rodzina zmieniła miejsce zamieszkania. Został zapisany do grupy 5-6 latków, gdyż w tym roku skończył 6 lat i

według prawa powinien być objęty rocznym przygotowaniem przedszkolnym przed podjęciem nauki w szkole. Wraz z Bartkiem do tej samej grupy uczęszczał jego brat Jacek, młodszy od niego o rok. Wygląd i zachowanie na pierwszy rzut oka nie wskazywały na deficyty rozwojowe Bartka. Dopiero dłuższa obserwacja, nawiązanie bezpośredniego kontaktu ujawniło jego trudności w rozwoju. Chłopiec najczęściej bawił się sam, niechętnie brał udział w zabawach zorganizowanych i zajęciach, najczęściej przybierał rolę obserwatora lub sprawiał wrażenie osoby nieobecnej, miał trudności ze skupieniem uwagi. Szybko zaadoptował się w grupie, ale zasadniczo zawsze trzymał się na uboczu. Pierwsze inicjatywy dzieci do nawiązania bliższego kontaktu i do zorganizowania wspólnej zabawy spotkały się z obojętnością i wycofaniem Bartka. Chłopiec niechętnie się wypowiadał, na forum grupy wcale, a w kontaktach z nauczycielką odpowiadał jedynie na pytania proste, kierowane bezpośrednio do niego. Mowa chłopca również budziła niepokój, gdyż zauważyć można było wady wymowy i ubóstwo słownictwa. Na sytuacje niekomfortowe, typu: konieczność posprzątania zabawek, chęć posiadania zabawki, którą bawił się ktoś inny Bartek reagował emocjonalnie-zdenerwowaniem i płaczem. Przejawiał wyraźne zainteresowanie elektroniką, środkami technicznymi, komputerem, telefonem komórkowym. Potrafił precyzyjnie nazywać sprzęty rolnicze i w dużym stopniu określić ich przeznaczenie. Wiedza Bartka nie była jednak spójna, a wiadomości które posiadał nie potrafił wiązać w logiczną całość.

Geneza i dynamika zjawiska

Rozmowa z matką Bartka potwierdziła, że już wcześniej rozwój chłopca był nieharmonijny i to skłoniło ją do szukania pomocy, głównie w służbie zdrowia. Jeszcze na oddziale noworodkowym lekarze zwrócili uwagę na proporcje ciała chłopca i ze

względu na nieco większą głowę, zalecili matce aby lekarz rodzinny podjął ewentualne kroki diagnostyczne. Według matki chłopca, dziecko bardzo dużo spało, co też ją niepokoiło. Dodatkowo Bartuś później niż jego rówieśnicy zaczął przewracać się na bok, siadać, chodzić. Wcale nie pęzał i nie raczkował. W wieku poniemowlęcym i wczesnym przedszkolnym nie biegał, nadal potrzebował wyjątkowo dużo snu. Kiedy chłopiec miał 5 lat trafił do poradni neurologicznej i neurochirurgicznej. Diagnoza lekarska stwierdzała nieprawidłowości w budowie struktury mózgowej w formie torbieli pajęczynówki w okolicach skroniowych, bez cech ciasnoty, na ówczesnym etapie nie wymagające interwencji neurochirurgicznej. Według informacji neurologa zmiany te jednak nie były przyczyną zaburzeń w rozwoju. Rozmowa z mamą Bartosza dostarczyła nam, nauczycielom przedszkola dodatkowych wiadomości na temat sytuacji rodzinnej i socjalnej naszego wychowanka. Matka Bartosza postanowiła zmienić miejsce zamieszkania ze względu na trudną sytuację życiową w jakiej się znalazła wraz z dziećmi. Jej mąż i ojciec czwórki jej dzieci nadużywał alkoholu, nie zapewniał rodzinie ani właściwych warunków finansowych, ani poczucia bezpieczeństwa, wręcz przeciwnie zdarzały mu się akty przemocy. Dzieci i ich matka przeżyły niejedną sytuację traumatyczną. Mimo nierzadkich interwencji policji, ojciec dzieci nie przejawiał tendencji do zmiany swojego postępowania. Po kilku latach tak ciężkiego życia, z pomocą osób dobrej woli matka z dziećmi odeszła od męża, zamieszkała w innej miejscowości, otrzymała pomoc socjalną. Niezależnie od wcześniejszych trudności życiowych matka przejawiała pozytywną postawę rodzicielską, pełną troski oraz dbałości o swoje dzieci. Chętnie współpracowała z nauczycielkami. Zaproponowaliśmy kontakt z poradnią psychologiczno-pedagogiczną i badanie Bartosza. Mimo krótkiego pobytu chłopca w naszym przedszkolu, sporządziliśmy opinię o dziecku, w której zawarte były spo-

strzeżenia dotyczące zachowania i umiejętności chłopca z uwzględnieniem mocnych i słabych stron.

W opinii tej nauczycielka napisała: *Bartosz uczęszcza do naszego przedszkola od niespełna miesiąca. Szybko się zintegrował z grupą, łatwo nawiązuje kontakty z dorosłymi. Uczęszcza do grupy łączonej wraz ze swym młodszym bratem. Bartek w grupie najczęściej bawi się sam, są to zabawy samochodami, klockami, oglądanie książeczek. Podczas oglądania książeczek zadaje pytania i oczekuje odpowiedzi. Sam, opowiadając o obrazku który widzi, wylicza elementy, czasami opowiada prostymi zdaniami, ale tylko w kontaktach indywidualnych z nauczycielką. Przelicza elementy w zakresie 10, rozpoznaje cyfry od 1 do 5. Nie chce uczestniczyć w zajęciach z całą grupą ani zabawach zorganizowanych, trzeba go do nich namawiać, szybko się zniechęca i odchodzi do indywidualnej zabawy. Gdy prosi się go, aby posprzątał po skończonej zabawie, to wtedy reaguje płaczem, denerwuje się. Tak samo reaguje gdy ktoś zabierze mu zabawkę, którą się bawi lub gdy chce zabawkę, którą bawi się ktoś inny. Bartek jest chłopcem, który wymaga wzmożonej uwagi, gdyż może oddalić się od grupy. Zdarza mu się podczas wyjść do toalety zmienić grupę. Opinię sporządzono na prośbę matki.*

Dołączyliśmy również wstępną diagnozę logopedyczną: *Na prośbę mamy Bartek został poddany badaniu logopedycznemu przeprowadzonemu przez logopedę szkolno-przedszkolnego... Badanie i obserwacja wskazują na opóźniony rozwój mowy. Ze względu na mały zasób słów, chłopiec potrafi budować tylko proste zdania. w jego wypowiedziach występują liczne uproszczenia grup spółgłoskowych, elizje i metatezy. Zaburzone jest rozumienie dłuższych i złożonych wypowiedzi.*

Po miesiącu Bartek został przebadany w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Wydano orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego na etap edukacji przedszkolnej, to jest do 8. roku

życia dziecka. W diagnozie zespołu orzekającego można przeczytać: „Diagnoza psychologiczna wykazała, iż w chwili obecnej możliwości intelektualne chłopca kształtują się na poziomie upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim. W zakresie sfery wykonawczej Bartek prezentuje poprawny rozwój spostrzegawczości i myślenia przyczynowo-skutkowego. Natomiast poniżej normy wiekowej jest tempo uczenia się przez niego nowych symboli graficznych w oparciu o integrację pracy ręki i oka. Na niskim poziomie rozwinięte są u chłopca zdolności analizy i syntezy wzrokowej. W zakresie sfery werbalnej Bartosz posiada ubogi zasób słownictwa i ogólnej wiedzy o otaczającym świecie. Słabo także funkcjonuje bezpośrednia pamięć słuchowa chłopca. Znaczne trudności sprawiły mu zadania wymagające rozumowania arytmetycznego i liczenia w pamięci. Na badaniu psychologicznym Bartosz chętnie podjął działanie, pracował w poprawnym tempie, przejawiał jednak trudności w rozumieniu poleceń i koncentracji uwagi na wykonywanych zadaniach. Na badaniu pedagogicznym stwierdzono, że Bartosz wie jak się nazywa, rozpoznaje podstawowe kolory (m.in. niebieski, czerwony zielony, czarny, żółty), rozpoznaje podstawowe figury geometryczne: koło, kwadrat, przelicza elementy zbioru w zakresie 10, układa puzzle 2-3 elementowe i wkładanki. Trudności miał z: podaniem ile ma lat, wymienieniem dni tygodnia i pór roku, kolorowaniem, kreśleniem po śladzie. Badania i obserwacja wskazują na opóźniony rozwój”.

W zaleceniach ujęto takie wskazania: *Wnioskuje się o dostosowanie wymagań programowych do możliwości psychofizycznych dziecka z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim. Konieczne są również dodatkowe zajęcia rewalidacyjne ukierunkowane na doskonalenie osłabionych funkcji. Program pracy rewalidacyjnej powinien uwzględniać utrwalenie umiejętności już*

nabytych oraz rewalidację nowych zadań. Dodatkowo wskazana jest terapia logopedyczna.

Uzasadnienie: Kształcenie specjalne z dostosowaniem wymagań programowych do możliwości dziecka z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, na terenie grupy przedszkolnej, metodami dostosowanymi do możliwości psychofizycznych Bartka, jest obecnie najkorzystniejszą formą pomocy chłopcu umożliwiającą mu dalszy rozwój i nabywanie wiedzy.

Prognozy

W przypadku niepodjęcia działań diagnostycznych praca nauczycielki z grupie przedszkolnej okazałaby się dla Bartosza niewystarczająca. Zaburzenia w koncentracji uwagi, trudności w rozumieniu poleceń kierowanych do całej grupy, zwolnione tempo uczenia się utrudniałyby chłopcu procesy nabywania nowych wiadomości i umiejętności. W dalszej perspektywie mogłyby to prowadzić do obniżenia aktywności chłopca, pogłębienia trudności procesów rozwojowych, pogłębienia zaburzeń w rozwoju emocjonalnym i społecznym. Nieudzielenie pomocy ze strony specjalistów doprowadziłoby do tego, że Bartosz nie osiągnąłby dojrzałości do podjęcia nauki w szkole, a na dalszym etapie edukacji do poważnych niepowodzeń. W tej sytuacji samodzielne funkcjonowanie Bartosza w życiu społecznym po osiągnięciu dorosłości może obfitować w różnego rodzaju trudności, a nawet poważne problemy.

Wydłużenie czasu edukacji przedszkolnej, prowadzenie systematycznych wieloaspektowych oddziaływań rewalidacyjnych przyniesie zaktywizowanie procesów intelektualnych chłopca, wzbogacenie wiedzy o otaczającym świecie, podniesienie umiejętności rozumienia i stosowanie się do bardziej złożonych poleceń, rozwoju mowy i poprawy wymowy chłopca. Dostosowanie wymagań do możliwości do psychofizycznych, dodatkowe zaję-

cia indywidualne ukierunkowane na doskonalenie osłabionych funkcji doprowadzą do podniesienia poziomu procesów poznawczych i operacyjnych Bartka, co również pozytywnie wpłynie na jego rozwój. Wzrośnie samoocena chłopca, co sprzyja rozwojowi społecznemu i prawidłowemu funkcjonowaniu w grupie rówieśników. Pozytywne zmiany wynikające z dodatkowych oddziaływań edukacyjnych zaowocują gotowością do podjęcia nauki na dalszym etapie, czyli w szkole, osiąganiem sukcesów stosownie do możliwości psychofizycznych chłopca, a w dalszej perspektywie także przygotowaniem do dorosłego samodzielnego życia w społeczeństwie.

Wdrażanie oddziaływań.

Według obowiązujących przepisów został powołany zespół do spraw pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Zespół opracował Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny dla Bartosza. Program został opracowany na podstawie wydanego przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Program zawiera:

- Zakres dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z orzeczenia: dostosowanie wymagań programowych do możliwości psychofizycznych dziecka z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, dodatkowe indywidualne zajęcia rewalidacyjne ukierunkowane na doskonalenie osłabionych funkcji, terapię logopedyczną.
- Rodzaj i zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem: ćwiczenia na koordynację wzrokowo-ruchową, ćwiczenia analizy i syntezy wzrokowej, wzbogacanie wiedzy o otaczającym świecie, kształcenie bezpośredniej pamięci słuchowej, doskonalenie umiejętności matematycznych, ćwiczenia służące poprawie koncentracji uwagi, terapia

logopedyczna, doskonalenie umiejętności społecznych i współpracy w grupie.

- Ustalone przez dyrektora formy i sposoby udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin, w których te formy pomocy będą realizowane: zajęcia o charakterze terapeutycznym – rewalidacyjne 2 godziny tygodniowo, zajęcia logopedyczne – indywidualne 15 minut tygodniowo.
- Działania wspierające dla rodziców: rozmowy i konsultacje na temat pracy z dzieckiem.
- Zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami dziecka w zakresie realizacji zadań: określany na bieżąco po konsultacjach.
- Zakres współdziałania z poradniami i innymi instytucjami: np. z poradnią specjalistyczną wg. zaistniałych potrzeb.

Pedagog specjalny planujący zajęcia rewalidacyjne określił potrzeby Bartosza i cele pracy indywidualnej z chłopcem. Za cel główny rewalidacji przyjął: rozwój i aktywizowanie tych wszystkich właściwości intelektualnych i osobowości dziecka, które umożliwią mu podjęcie nauki w szkole, a w dalszej kolejności przygotowują go do dorosłego życia.

Cele szczegółowe pracy rewalidacyjnej:

- wzbogacanie zasobu słownictwa,
- ćwiczenie pamięci,
- rozwijanie procesów myślenia,
- ćwiczenie zdolności wnioskowania i różnicowania arytmetycznego poprzez liczenie w pamięci,
- ćwiczenia umiejętności zastosowania wiedzy matematycznej w konkretnych sytuacjach życiowych - posługiwanie się pieniędzmi, zegarem itp.,
- kształtowanie społeczno-emocjonalnej sfery rozwoju

dziecka.

Szczegółowy program działań rewalidacyjnych opierał się na kształceniu umiejętności chłopca w poszczególnych sferach rozwoju w ciągu całego roku szkolnego:

1. Usprawnianie w zakresie percepcji kategorii słowno-słuchowych:
 - a. ćwiczenia w rozpoznawaniu i różnicowaniu dźwięków otoczenia,
 - b. ćwiczenia w koncentrowaniu uwagi na bodźcach słuchowych,
 - c. rytmiczno-ruchowa realizacja muzyki, zabawy i ćwiczenia rytmiczne,
 - d. rozumienie i stosowanie pojęć szybko – wolno, głośno – cicho,
 - e. rozpoznawanie brzmienia instrumentów muzycznych.
2. Ćwiczenia rozwijające mowę, wzbogacające słownik:
 - a. wykorzystanie interakcji społecznych do porozumiewania się werbalnego,
 - b. użycie języka do komunikacji interpersonalnej z dorosłymi i dziećmi
 - c. wykorzystanie naturalnej konwersacji do: dyskusowania o przeszłych, teraźniejszych i przyszłych zdarzeniach dotyczących dzieci, opowiadania lub rysowania najświeższych zdarzeń, nauki zadawania pytań, odpowiadania na pytania,
 - d. rozwijanie słownika poprzez: poznawanie nowych pojęć i ich znaczeń, tworzenie definicji, zagadki, zabawy w tworzenie słów pokrewnych, pochodnych, rymowanki, tworzenie związków nowego pojęcia z innymi, znanymi słowami, włączanie do czynnego słownika dziecka,

- e. poprawianie rozumienia wypowiedzi poprzez zabawy wymagające wykonywania coraz trudniejszych, czasem zabawnych poleceń dorosłych i rówieśników, tworzenie tekstów,
 - f. dostosowanie tych form zajęć do warunków domowych, współpraca z rodziną dziecka,
 - g. ćwiczenia wydłużające czas koncentracji na bodźcach słownych i wdrażające do aktywnego słuchania (od krótkich poleceń do opowiadań).
3. Doskonalenie pamięciowych mechanizmów mowy:
- a. nauka rymowanek, piosenek, wierszyków, wylicznanek,
 - b. nauka nazw dni tygodnia, pór roku, miesiący itp.,
 - c. powtarzanie grup samogłosek, spółgłosek, sylab, słów i zdań.
4. Wspieranie rozwoju językowego:
- a. różnicowanie dźwięków mowy od innych, głoskowanie, sylabizowanie,
 - b. różnicowanie struktury fonemowej słów (kura – góra, kosa – koza)
 - c. tworzenie aliteracji („jakie słowo rozpoczyna się tak samo jak słowo mama?”),
 - d. kończenie rozpoczętych zdań,
 - e. rozumienie bardziej złożonych poleceń językowych opisujących relacje przestrzenne i kierunkowe („połóż czerwony zeszyt na zielonej książce, a nim weźmiesz zeszyt, podnieś ołówek”),
 - f. rozsypanki wyrazowe, proste.
5. Ćwiczenia sfery percepcji wzrokowej (a także koordynacji wzrokowo-ruchowej):
- a. zabawy paluszkowe,
 - b. wodzenie palcem po wzorze,

- c. kolorowanie, kreskowanie, kropkowanie,
- d. rysowanie po kropkach, po śladzie, rysowanie w ograniczonym polu,
- e. wycinanie po linii prostej, łamanej, po łuku, po kole,
- f. manipulowanie, sortowanie elementów ze względu na kształt, kolor, wielkość,
- g. układanie klocków według wzoru, odwzorowanie układów przestrzennych, konstruowanie,
- h. wykonywanie czynności codziennych – samoobsługa, nalewanie płynów, przesypanie cukru, piasku,
- i. ćwiczenia w orientacji w schemacie własnego ciała i innych osób,
- j. wykonywanie czynności wg poleceń: przeskakiwanie nad, chodzenie dookoła, czołganie pod – utrwalanie związku między słowem, czynnością i położeniem ciała,
- k. zabawy lokomocyjne – rytmika, zabawy z piłką, chodzenie po wyznaczonej linii,
- l. określanie relacji między przedmiotami, określenia: nad, pod, między,
- m. wyszukiwanie kształtów, różnic, podobieństw, stałość spostrzegania takich kształtów: koło, kwadrat, trójkąt, krzyż, gwiazda, półkole, elipsa, prostokąt,
- n. składanie obrazków z części, puzzle, składanie figur,
- o. ćwiczenia precyzji ruchów, ćwiczenia kierowania ruchów do celu: zabawy manipulacyjne, nawlekanie, rysowanie, wycinanie, kolorowanie, kreślenie figur i elementów literopodobnych, modelowanie z mas plastycznych, zamykanie, otwieranie, za-

- kręcanie, odkręcanie, przelewanie, przesypywanie, czynności samo-obslugowe,
- p. ćwiczenia płynności ruchów, uczenie przyspieszania i zwalniania ruchów,
 - q. ćwiczenia rytmu, koordynacji obu rąk i koordynacji wzrokowo-ruchowej,
6. Rozwijanie myślenia arytmetycznego:
- a. wykorzystanie gier i zabaw dydaktycznych, gier planszowych, określanie zasad w grach, wprowadzanie zmian zasad w znanych dziecku grach (gry „Pamięć”, „Piotruś”, „Domino”, gry planszowe typu ściganki),
 - b. utrwalanie nazw dni tygodnia, pór roku, miesięcy we właściwej kolejności, uświadamianie cykliczności występowania,
 - c. liczenie pieniędzy, zabawy w zakupy (liczenie, ważenie, mierzenie), robienie zakupów w warunkach naturalnych.

Bartek poddany był również edukacyjnym wpływom w grupie przedszkolnej. Realizował roczne przygotowanie przedszkolne, którym są objęte wszystkie starsze przedszkolaki przed podjęciem nauki w szkole. Nauczycielka dostosowała wymagania do możliwości chłopca. Stosowała indywidualne komunikaty specjalnie do Bartka, jeśli to było konieczne. Powtarzała polecenia chłopcu, jeśli zachodziła taka potrzeba, udzielała dodatkowych instrukcji. Podczas zajęć i zabaw grupowych zachęcała chłopca do aktywności. Starła się wdrażać Bartka w życie grupy przedszkolnej, powierzała mu zadania, role do wypełniania, z którymi radził sobie coraz lepiej. Ważne, istotne dla rozwoju społecznego było wzmacnianie pozytywne pożądanych zachowań chłopca. Były to pochwały, podkreślanie codziennych sukcesów, zauważanie postępów w nabywaniu nowych wiadomości i umiejętności.

Bartek uczestniczył w terapii logopedycznej. Specjalista logopeda systematycznie pracował z nim na terenie przedszkola – raz w tygodniu 15-minutowe zajęcia terapeutyczne.

Efekty oddziaływań

Po półtorarocznej pracy z Bartoszem, zarówno w grupie, jak i na zajęciach rewalidacyjnych indywidualnych, można zauważyć istotne zmiany w zachowaniu dziecka oraz duże postępy w osiągnięciu umiejętności i wiedzy.

Chłopiec wie, jak się nazywa, potrafi napisać swoje imię, dzieli je na głoski, potrafi wskazać pierwszą głoskę w wielu słowach, interesuje się pismem i systematycznie przyswaja znajomość liter. Jeśli chodzi o rozpoznawanie kolorów, to oprócz podstawowych zna niektóre pochodne, a także rozróżnia i nazywa odcienie poszczególnych barw, używając określeń typu: jasny, ciemny zielony. Poza tym adekwatnie dobiera barwy do kolorowanych obrazków.

Rozpoznaje podstawowe figury geometryczne, potrafi narysować koło, kwadrat, trójkąt, prostokąt. Wie jakie cechy mają te figury: trójkąt zawsze ma trzy boki, kwadrat wszystkie boki równe, prostokąt dwa boki dłuższe i dwa krótsze, koło zawsze jest okrągłe, chociaż może mieć różną wielkość. Potrafi na rysunku wyszukać wszystkie te figury.

Na podstawie opisanych cech odgaduje nazwę przedmiotu. Przedmioty z najbliższego otoczenia, z gospodarstwa domowego potrafi prawidłowo rozróżnić i sklasyfikować odpowiednio do ich przeznaczenia. Bartek potrafi prawidłowo przeliczać elementy do 15, a wspanie prawidłowo wymienia liczebniki od 6 do 1. Potrafi powiedzieć ile ma lat, pokazuje też na palcach. Umiejętności przeliczania, rozpoznawania cyfr, porównywania liczb nauczył się na praktycznym działaniu, podczas gier. Potrafi w pamięci bez przeliczania określić, która liczba jest większa w zakresie od 1 do

12. Rozumienie arytmetyczne jest na poziomie przedoperacyjnym. Chłopiec chętnie i z powodzeniem układa puzzle nawet 20-elementowe. Umie wymienić dni tygodnia i nazwy pór roku. Poprawiła się sprawność manualna. Bartek prawidłowo trzyma ołówek i kredkę. Precyzyjniej rysuje po śladzie, chętniej i staranniej koloruje obrazki. Jego praca manualna trwa dłużej, jest bardziej wytrwały. Można zauważyć rozwój emocjonalny chłopca. Nie rezygnuje tak szybko z zadanego mu zadania, niektóre prace podejmuje z chęcią i wykazuje duże zaangażowanie. Potrafi cieszyć się sukcesem, jest zadowolony z pochwały, przyjmuje ją podmiotowo wobec siebie.

Obserwacja dziecka wskazuje na to, że bardzo dobrze, nawet powyżej przeciętnej dziecka w jego wieku radzi sobie z urządzeniami elektronicznymi. Potrafi uruchomić komputer nauczycielki, rozpoznaje logo systemu Windows, interesuje się wszystkimi ikonkami na włączonym komputerze. Podobnie z telefonem komórkowym. Mimo, że telefon nauczycielki miał pierwszy raz w rękach, potrafił go włączyć, wejść w menu, wybrać odpowiednią opcję gier, rozpocząć określoną grę i kontynuować ją, podejmować grę powtórnie po czasie.

Mimo wielu sukcesów, nadal u chłopca są sfery wymagające pracy rewalidacyjnej. Werbalnie chłopiec odstaje od swoich rówieśników. Mimo ćwiczeń logopedycznych, mowa chłopca jest niewyraźna. Bartek ma mały zasób słów, niechętnie się wypowiada, odpowiada na pytania wybiórczo, buduje zdania proste, często mało poprawnie gramatycznie. Opowiadając o czymś nie dostarcza odpowiedniej ilości informacji, przez co jego przekaz jest mało czytelny. Do nauczycielek zwraca się bezosobowo, chociaż każdą z nich zna i wie, jak się każda z pań nazywa. Jest dzieckiem ciekawym, jak go coś zainteresuje, to sięga po to by obejrzeć, nawet gdy stanowi to własność kogoś z kolegów lub nauczycielki. Upomniany wycofuje się w samotną zabawę. Kon-

centracja uwagi nadal nie jest prawidłowa. Rozumie i stosuje się do polecenia skierowanego bezpośrednio do niego, komunikaty słowne skierowane do całej grupy nie zawsze trafiają do jego świadomości. Mimo wszystko nadal dominuje u niego pamięć mechaniczna i uwaga mimowolna. Czasami zadania wykonuje szybko i bez należytej staranności, nie wykazuje zainteresowania, ale ma poczucie obowiązku.

W związku z tym, że jest chłopcem wrażliwym, potrzebuje ciągłych wzmocnień pozytywnych. Przede wszystkim powinien być zachęcany do pracy i chwalony, trzeba budować jego wiarę we własne możliwości oraz wzmocnić jego pozycję w grupie.

Metody, formy i zasady pracy z dziećmi o obniżonej sprawności intelektualnej w przedszkolu

Koniec XX wieku i początek nowego stulecia to czas, gdy w edukacji doszły do głosu idee integracji dzieci niepełnosprawnych ze sprawnymi, włączając wychowanków z niepełnosprawnością do placówek oświatowych ogólnodostępnych. Ten typ szeroko pojętej integracji, nazywa się inkluzją i w placówkach przedszkolnych jest często spotykany. Dzieci z różnymi niepełnosprawnościami przebywają w grupach ze swoimi rówieśnikami. Taka sytuacja dotyczy również dzieci z upośledzeniem umysłowym. Na wczesnym etapie przedszkolnym, diagnoza upośledzenia umysłowego jest trudna, a ewentualne deficyty czy dysharmonie rozwojowe mogą wynikać nie tylko z zaburzeń umysłowych, ale również z zaniedbań środowiskowych. Trudny decyzyjnie proces diagnozy i orzecznictwa zmusza ciągle do poszukiwania możliwie optymalnych rozwiązań w zakresie takich problemów:

- kiedy wkraczać z diagnozą upośledzenia umysłowego, szczególnie w przypadkach upośledzenia lekkiego stopnia?

- jakie metody diagnozy stosować, by poznanie dziecka było efektywnym ogniwem procesu rehabilitacyjnego?

To tylko niektóre problemy, przed którymi staje komisja diagnozująca i orzekająca (Głodkowska, 1999, s. 13).

Wspólne przebywanie dzieci upośledzonych umysłowo z dziećmi w normie intelektualnej, to swoista metoda, która ma na celu integrację, by w przyszłości dzieci te mogły funkcjonować w społeczeństwie.

W procesie adaptacji do życia społecznego dzieci upośledzonych umysłowo należy tworzyć odpowiednie dla nich warunki poznawania świata. Materiał programowy, treści nauczania dzieci upośledzone muszą poznawać wielozmysłowo. Trudności powinny być stopniowane, a zdobyte wiadomości należy wiązać z praktyką. Ważne, aby zadania rewalidacyjne nie ograniczały się do terenu placówki, ale żeby były realizowane w każdym środowisku, w którym przebywają dzieci.

Nauczyciel-wychowawca w przedszkolu powinien posiadać pedagogiczne umiejętności, dzięki którym można pomóc dziecku o szczególnych potrzebach. Sam musi umieć się bawić, być dobrym kompanem i uczestniczyć w zabawie dzieci. Wspólne wychowanie w przedszkolu dzieci zdrowych i niepełnosprawnych wymaga współpracy wychowawców z rodzicami - współpracy opartej na działaniu dla dobra dzieci. Większość rodziców czuje się kompetentnymi wychowawcami swoich dzieci (Wyczesany, 2009, s. 122).

Wszystkie dzieci, także dzieci specjalnej troski, posiadają wrodzone mechanizmy poznawcze: naśladownictwo i popęd poznawczy. Dostrzeżenie dążeń rozwojowych, potrzeb i możliwości dzieci, a także wyjście im naprzeciw, pozwoli nauczycielowi skutecznie wspomagać ich rozwój, przy tym dając przedszkolakom wiele radości i przyjemności (Franczyk, Krajewska, 2012, s. 7).

Metody pracy z dziećmi z upośledzeniem umysłowym są różnorodne, a ich dobór zależy od: celu i zadań oddziaływań, sytuacji dziecka, realnych warunków w jakich odbywają się zajęcia. Mimo, że metody te można dzielić według wielu różnych kryteriów, na ogół wzajemnie nie wykluczają się lecz dopełniają.

Wśród metod, które może wykorzystać pedagog można wyróżnić takie grupy:

- metody wspierające rozwój dziecka,
- metody stymulujące rozwój dziecka,
- metody aktywizujące,
- metody korygujące,
- metody usprawniające.

Łącząc te grupy metod, można wszechstronnie rozwijać dzieci o specyficznych potrzebach edukacyjnych, korygując i usprawniając zaburzone lub opóźnione funkcje psychiczne i fizyczne. Dzieci poprzez podstawową formę aktywności, jaką jest zabawa, zdobywają nowe wiadomości i umiejętności. W tak zorganizowanej zabawie przedszkolaki poznają świat poprzez przeżywanie i samodzielne doświadczanie, uczą się współdziałania i współżycia w gronie rówieśników, mając zapewnione poczucie bezpieczeństwa i wsparcie terapeutów. Bogaty wybór metod, jaki oferuje metodyka wychowania przedszkolnego, metodyka kształcenia specjalnego czy terapii pedagogicznej, pozwala nauczycielowi na dobranie metody do indywidualnych potrzeb dzieci z zaburzeniami. Znajomość tych metod pozwala na wybieranie oraz łączenie ich elementów (Franczyk, Krajewska, 2012, s. 14, 15). Najczęściej stosowane metody, których elementy można wykorzystać w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym:

- metoda oparta na koncepcji pedagogiki Marii Montessori,
- metoda Ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne,
- metoda Wspierania Rozwoju - Terapia bajką,

- metoda Pedagogika Zabawy,
- metoda Dobrego Startu wg. Marty Bogdanowicz,
- techniki parateatralne,
- techniki relaksujące,
- kinezyjologia edukacyjna P. Denisona,
- muzykoterapia.

System Montessori jest zwartą i udokumentowaną dziedziną naukową z zakresu pedagogiki nauczania i wychowania dzieci zdrowych, a dzieci specjalnej troski. Pedagogika Montessori podaje gotowe i sprawdzone rozwiązania teoretyczne, a także praktyczne metody nauczania. Określa precyzyjnie czego i kiedy uczyć, a także jak uczyć. Obudowana jest określonymi pomocami dydaktycznymi. Sedno pracy według tej metody zawiera się w prośbie dziecka: „Pomóż mi to zrobić samodzielnie”. Ponieważ działania pedagogiczne skierowane są na dzieci, bez większego trudu możliwe jest wspieranie procesu uczenia się zarówno u przedszkolaków o normalnej inteligencji, jak i u dzieci z zaburzeniami, czy upośledzonych umysłowo (Jordan, 1998, s. 2-32).

Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne to wspomaganie rozwoju dziecka poprzez kontakt emocjonalny, fizyczny i ruch. Metoda nawiązuje do wczesnodziecięcego doświadczenia człowieka: turlanie, baraszkowanie, kołysanie. Wykorzystuje dotyk i ruch oraz wzajemne relacje fizyczne, emocjonalne i społeczne do rozszerzania świadomości samego siebie i pogłębiania kontaktu z innymi ludźmi (Bogdanowicz, 1997, s. 8).

Metoda Wspierania Rozwoju - Terapia bajką, czyli bajkoterapia, to metoda profilaktyczna i terapeutyczna adresowana do małych dzieci w wieku od czterech do dziewięciu lat. Oddziaływanie polega na zapoznaniu małego słuchacza ze specjalnie do tego celu ułożonymi bajkami, zwanymi terapeutycznymi (Molica, 2011, s. 223).

Pedagogika Zabawy to metodyka pracy z grupą, oparta przede wszystkim na przeżyciu angażującym wszystkich uczestników grupy i prowadzącego. Głównym celem pedagogiki zabawy jest harmonijny i wszechstronny rozwój jednostki funkcjonującej w ramach określonej grupy, a także pomoc w odkrywaniu jej najlepszych cech. Ta metoda angażuje uczestników, pobudza do twórczego działania, inspirowanie do maksymalnego wykorzystania swoich możliwości, a jednocześnie jest źródłem radości i satysfakcji (Żyżyńska, 1998, s. 1-6).

Metoda Dobrego Startu służy korygowaniu zaburzeń percepcji wzrokowej i słuchowej, motoryki oraz integracji percepcyjno-motorycznej, orientacji w schemacie ciała i przestrzeni. Metoda ta ma za zadanie uzupełnienie stosowanych już metod oddziaływania pedagogicznego o charakterze stymulującym i terapeutycznym. W metodzie dobrego startu można wyodrębnić trzy rodzaje ćwiczeń: ruchowe, ruchowo-słuchowe, ruchowo-słuchowo-wzrokowe (Bogdanowicz, 1989, s. 12-15).

Techniki parateatralne to takie, które wykorzystują różne formy zabawy w teatr jako metody terapii dzieci: teatrzyk paluszkowy, pacynkowy, kukielkowy itp. Ta zabawa, odpowiednio pokierowana, angażuje uczestników, uczy współpracy, pobudza do twórczości, głównie werbalnej, rozładowuje napięcie emocjonalne u dzieci, kształtuje empatię, stymuluje rozwój społeczny dzieci (Wiącek, 2010, s. 24, 25).

Techniki relaksujące polegają na wykonywaniu przez dzieci czynności rozluźniania oraz napinania mięśni podczas zaproponowanej przez nauczyciela zabawy. Ma to szczególne znaczenie w pracy z dziećmi nadpobudliwymi, gdyż pozytywne wrażenia płynące z rozluźnionego mięśnia są dla tych dzieci rzadkie, ich mięśnie znajdują się w stanie stałego napięcia (Kaja, 2001. s. 45). Dzieci relaksują się słuchając bajki, napinają i rozluźniają mię-

śnie podczas opowiadań nauczycielki, gdyż identyfikują się z bohaterami opowieści.

Kinezylogia edukacyjna P. Denisona to proste ćwiczenia ruchowe stosowane w celu zwiększenia możliwości uczenia się całym mózgiem, stymulujące pracę obu półkul mózgowych. Ćwiczenia te wspomagają odbiór informacji, ekspresję i stabilizują emocje (Raszewska, Szoć, 2010, s. 11).

Muzykoterapia kompleksowo wspiera rozwój i usprawnia funkcje psychiczne i motorykę. Odpowiednio dobrana muzyka może pobudzać, wyzwalać aktywność, porządkować ruch, może też rozluźniać, obniżać napięcie mięśni. Wpływa na uczucia, wyobrażenia i zainteresowania (Mihilewicz, 2010, s. 57).

Nauczyciel-terapeuta wykorzystuje różne formy pracy:

- praca zbiorowa to jest w grupie, tu znaczącą rolę odgrywa współpraca dzieci zdrowych i niepełnosprawnych, nauka przez naśladownictwo, współdziałanie,
- praca w zespołach,
- praca indywidualna, bardzo znacząca w procesie stymulacji rozwoju.

Podczas pracy indywidualnej poprzez zabawę i ćwiczenia można wyrównywać, kompensować i usprawniać opóźnione lub zaburzone funkcje, dostosować ćwiczenia do tempa rozwoju dziecka, uwzględnić jego zainteresowania i mocne strony. Dziecko podczas takich zajęć buduje swoją świadomość, motywację do dalszej nauki, dostrzega swoje sukcesy, przygotowuje się do zabawy w grupie i współdziałania z rówieśnikami w małej społeczności grupy przedszkolnej (Franczyk, Krajewska, 2012, s. 16).

Zasady dydaktyki, które służą realizacji celów kształcenia ogólnego, akceptowane i realizowane w pedagogice specjalnej:

- życzliwej pomocy, stworzenia warunków poczucia bezpieczeństwa,
- kształtowania pozytywnej atmosfery,

- akceptacji,
- aktywności,
- systematyczności,
- pogłębowości,
- samodzielności,
- związku indywidualizacji z uspołecznieniem,
- dostosowania treści kształcenia do potrzeb każdego dziecka,
- stopniowania trudności,
- korekcji zaburzeń,
- wiązania teorii z praktyką.

Dziecko z niepełnosprawnością umysłową niejednokrotnie wymaga wzmoczonej uwagi i indywidualnego podejścia. Niezależnie od tego jest ono pełnoprawnym członkiem grupy przedszkolnej, powinno się od niego wymagać zachowania wszystkich wprowadzanych norm i zasad. Podczas zabaw i inscenizowanych sytuacji edukacyjnych dziecko z szeroko pojętymi zaburzeniami, szybciej się męczy i zniechęca. Nie należy dziecka przemoczyć, ale wskazane jest zachęcać, mobilizować do wysiłku i przezwyciężania trudności. Zajęcia prowadzone w formie zabawowej, urozmaica się je pomocami, mając na uwadze fakt, że dziecko najefektywniej poznaje i uczy się wielozmysłowo. W pracy wychowawczo dydaktycznej najczęściej należy stosować nagrody i pochwały.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BOGDANOWICZ M. (1989), Metoda Dobrego startu, Warszawa.
- [2] BOGDANOWICZ M. Przedmowa [w:] SHERBORNE W. (1997), Ruch rozwijający u dzieci, Warszawa.

- [3] FRANCZYK A., KRAJEWSKA K. (2012a), Program stymulacji dzieci w wieku przedszkolnym z deficytami i zaburzeniami rozwoju, Kraków.
- [4] FRANCZYK A., KRAJEWSKA K. (2012b), Zabawy i ćwiczenia na cały rok. Propozycje do pracy z dziećmi młodszymi o specjalnych potrzebach edukacyjnych, Kraków.
- [5] GŁODKOWSKA J. (1999), Poznanie ucznia szkoły specjalnej, Warszawa.
- [6] KAJA B. (2001), Zarys terapii dziecka, Bydgoszcz.
- [7] KSIĄŻEK W. [w:] MEN (2000), Biblioteczka reformy. O przedszkolach, Warszawa.
- [8] KWIATKOWSKA M. (1985), Podstawy pedagogiki przedszkolnej, Warszawa.
- [9] MARCINIĄK Z., GRUSZCZYK-KOLCZYŃSKA E. [w:] MEN (2009), Podstawa programowa z komentarzami. Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna, Warszawa.
- [10] MIHILEWICZ S. (2010), Psychologiczno pedagogiczne problemy wspomagania dzieci niepełnosprawnych, Kraków.
- [11] MOLICKA M. (2011), Biblioterapia i bajkoterapia, Poznań.
- [12] RASZEWSKA M., SZOĆ K. (2010), Wzrastajcie z nami a nie obok nas. Program pracy terapeutycznej z dziećmi z niepełnosprawnością sprzężoną i z dziećmi z autyzmem, Gdańsk.
- [13] SĘKOWSKA Z. (1985), Pedagogika specjalna. Zarys, Warszawa.
- [14] TOMKIEWICZ-BĘDKOWSKA A., KRZTOŃ A. (2011), ABC pedagoga specjalnego, Kraków.
- [15] WIĄCEK R. (2010), Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo w wieku przedszkolnym, Kraków.

- [16] WOJTYŁA E. Nowe regulacje prawne w obszarze kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi [w:] MEN (2010), Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, Warszawa.
- [17] WYCZESANY J. (2009), Pedagogika upośledzonych umysłowo, Kraków.
- [18] JORDAN J. (1998), Pomóż mi to zrobić samodzielnie czyli podstawy funkcjonowania Przedszkola Montessori [w:] Edukacja w przedszkolu, wrzesień, Warszawa.
- [19] MAĐROWSKA W. (2010), Nowe zasady organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej [w:] Doradca Dyrektora Przedszkola, nr 15, Poznań.
- [20] ŻYŻYŃSKA U. (1998), Jak uczyć żeby nie zanudzić. o wykorzystaniu metod pedagogiki zabawy w procesie wychowawczo-dydaktycznym [w:] Edukacja w przedszkolu, styczeń, Warszawa.
- [21] KOWAR-POGOŃ E., Przedszkole – pierwsza instytucja edukacyjna w życiu dziecka, http://biuletyn.kuratorium.krakow.pl/index.php?art_id=51&menu_item=2&numer=4, pobrano: 16.03.2013.

Marzena Szymczak

POCZUCIE BEZPIECZEŃSTWA UCZNIÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH INTELEKTUALNIE W STOPNIU LEKKIM W GIMNAZJUM INTEGRACYJNYM

Streszczenie

Niniejszy artykuł określa rozmiar i intensywność występowania zagrożeń w szkole i stanowi próbę udzielenia odpowiedzi na pytanie: „Jakie jest poczucie bezpieczeństwa w gimnazjum integracyjnym uczniów upośledzonych w stopniu lekkim?”. Aby przybliżyć się do wyjaśnienia tego problemu, przeprowadzono badania ankietowe wśród uczniów niepełnosprawnych w stopniu lekkim w gimnazjum integracyjnym w Chorzowie. Celem badań było określenie poczucia bezpieczeństwa w gimnazjum integracyjnym uczniów niepełnosprawnych w stopniu lekkim. Badania miały określić również wielkość zjawiska agresji i przemocy, pokazać liczbę uczniów, którzy na terenie szkoły stali się ofiarami przemocy.

Słowa kluczowe

gimnazjum integracyjne, niepełnosprawność w stopniu lekkim, przemoc, bezpieczeństwo, uczeń

Abstract

The following article aims at defining the scope and intensity of risks at school and tries to give an answer to the question: To what extent do pupils with mild mental disability feel safe in integrated junior high schools? To this end, a questionnaire has been carried out among the pupils with mild mental disability in an integrated junior high school in Chorzów. The purpose of the

research was to discover how safe pupils with mild mental disability feel in integrated junior high schools. The research was meant to show the scope of aggression and school violence and discover the number of pupils who have been victims of school violence.

Keywords

integrated junior high school, mild mental disability, violence, safety, pupil

Współczesny świat nie jest wolny od przejawów agresji i przemocy. Bardzo często zjawiska te występują w filmach, dziełach literackich czy muzycznych a nawet w bajkach i kreskówkach przeznaczonych dla dzieci. Zjawisk tych, niestety nie można zupełnie wyeliminować, ale należy starać się je ograniczyć i stosować takie działania wychowawcze, aby zredukować zachowania agresywne. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku, szkoły zaczęły przyjmować uczniów niepełnosprawnych z różnymi rodzajami zaburzeń do tzw. klas integracyjnych . Uczyli się oni razem ze zdrowymi rówieśnikami. Aby nie obciążać jednej klasy i grona uczących rozpraszano ich po wszystkich klasach. Pojawiła się różnorodność zaburzeń i niepełnosprawności, a były to osoby niesprawne fizycznie, niedowidzące, niedosłyszające oraz uczniowie z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i będących na granicy normy intelektualnej. Od momentu utworzenia klas integracyjnych w gimnazjum, uczniowie z orzeczeniem do kształcenia specjalnego kwalifikowani byli do klas integracyjnych. Tę formę kształcenia zalecała poradnia psychologiczno-pedagogiczna. Wybór natomiast zawsze należał do rodziców uczniów. Rodzice lub prawni opiekunowie dziecka brali pod uwagę najważniejszy atut, a mianowicie to, że uczeń będzie się uczył ze zdrowymi i pełnosprawnymi rówieśnikami w obrębie

swego zamieszkania. Poza tym będzie otrzymywał odpowiednią pomoc psychologiczno-pedagogiczną, niezbędną do osiągnięcia optymalnego rozwoju i właściwego przygotowania do samodzielnego życia.

Posyłając nasze dziecko do szkoły, oczekujemy głównie, że będzie w niej bezpieczne. Jednak, jak wszędzie, i w tym miejscu może być zagrożone. W wielu szkołach problemem jest przemoc wśród dzieci i nastolatków. Dzieci bywają zastraszane, poniżane, a nawet bite. W swojej pracy pedagogicznej stykam się z tym problemem, na co dzień. Zachowania agresywne u dzieci i młodzieży są działaniami niepożądanymi społecznie, godzą w normy moralne, naruszają harmonię stosunków interpersonalnych.

„U dzieci upośledzonych w stopniu lekkim w porównaniu z normalnymi występuje większa niestalość emocjonalna, impulsywność, agresywność, niepokój, niedomaganie w zakresie kontroli, a także samoocena niestabilna i nieadekwatna” (Borzyszkowska, 1989, s. 26). Uczniowie upośledzeni umysłowo charakteryzują się słabą kontrolą emocji, wyrażającą się skłonnościami do zatargów z rówieśnikami, wybuchami gniewu, natychmiastową złością przy napotkaniu jakichkolwiek trudności. Poza tym „zaburzenia emocjonalne związane są ze słabą samokontrolą polegającą na odczuwaniu wrogości do innych i podejrzliwości względem otoczenia” (Nowak-Lipińska, 1989, s. 66). W procesie wychowania istotną rolę odgrywa wnikliwa analiza oraz diagnoza, ustalenie przyczyn i motywów zachowań agresywnych wychowanków. W przypadku zachowań agresywnych należy „usunąć źródło napięć emocjonalnych a dopiero potem, po odzyskaniu przez dziecko równowagi emocjonalnej przystąpić do dalszych działań wychowawczych” (Grochulska, 1993, s. 40). Konieczna jest tutaj znajomość podstawowych potrzeb dziecka i stopnia ich zaspokojenia, uwzględniając w tej mierze różnice indywidualne wychowanków. Wychowawca zobowiązany jest do

zglebienia wiedzy psychologicznej, wspartej obserwacją i analizą zachowania dziecka w grupie. Aby przekonać się, w jakim stopniu zaspakajane są potrzeby emocjonalne, psychiczne i biologiczne uczniów wskazane są częste i szczerze kontakty wychowawcy z rodziną dziecka. Niniejsze opracowanie inspirowane było obserwacjami i wydarzeniami, z którymi zdarzyło mi się zetknąć w czasie odbywania praktyk w gimnazjum integracyjnym w Chorzowie. Moja praca określa rozmiar i intensywność występowania zagrożeń w szkole i stanowi próbę udzielenia odpowiedzi na pytanie: „Jakie jest poczucie bezpieczeństwa w gimnazjum integracyjnym uczniów upośledzonych w stopniu lekkim?”. Aby przybliżyć się do wyjaśnienia tego ogólnie sformułowanego problemu, przeprowadziłam badania ankietowe wśród uczniów upośledzonych w stopniu lekkim w gimnazjum integracyjnym w Chorzowie. Głównym założonym celem niniejszej pracy jest prezentacja wyników badań własnych wraz z wnioskami. Celem badań jest określenie, poczucia bezpieczeństwa w gimnazjum integracyjnym uczniów upośledzonych w stopniu lekkim. Badania mają określić również wielkość zjawiska agresji i przemocy, pokazać liczbę uczniów, którzy na terenie szkoły stali się ofiarami przemocy. Konieczne jest precyzyjne sformułowanie pytań badawczych, ponieważ w dużej mierze wpływa to na poprawność pozostałych etapów badań (Pilch, 1998). Celem zaplanowanych przeze mnie badań będzie uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania badawcze: Czy istnieje w szkole integracyjnej zjawisko przemocy i agresji wśród uczniów upośledzonych w stopniu lekkim? Jak licznej grupy uczniów dotyczy ten problem, ilu z nich doświadczyło przemocy lub zachowań agresywnych na terenie szkoły? Jaki rodzaj przemocy: fizycznej czy psychicznej, jest częściej spotykany na terenie szkoły? Z czyjej strony uczniowie doświadczają przemocy w szkole: ze strony rówieśników czy osób dorosłych? Kiedy i gdzie uczniowie upośledzeni w stopniu

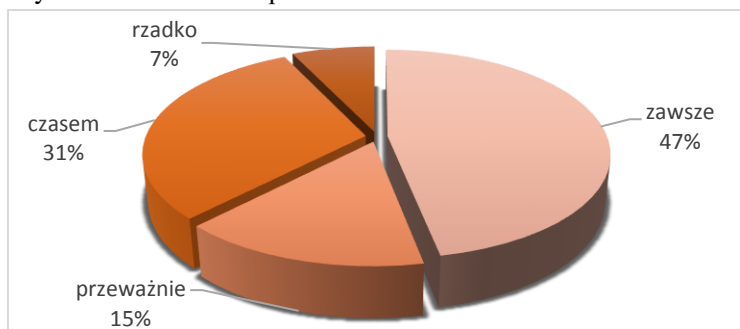
lekkim czują największe zagrożenie, oraz w jaki sposób reagują na krzywdę wyrządzaną drugiemu człowiekowi?

Pierwszym etapem moich badań było przeprowadzenie ankiety wśród uczniów chorzowskiej szkoły integracyjnej (gimnazjum). Badania ankietowe zostały zrealizowane wśród uczniów upośledzonych w stopniu lekkim wyżej wymienionej szkoły, a więc 70% uczniów obecnych w szkole zostało objęte badaniem. Ankieta, zawierała bogaty materiał informacyjny niezbędny do przeprowadzenia badań i odpowiedzi na nurtujące mnie pytania.

Opracowaną ankietę rozprowadziłam osobiście wśród uczniów tej szkoły. Na wypełnienie ankiety uczniowie mieli około 20 minut. Wszystkie ankiety zostały wypełnione poprawnie, więc w całości przeznaczyłam je do dalszej analizy. W wyniku przeprowadzonych badań uzyskane wartości liczbowe uporządkowałam w określony sposób, a następnie przeanalizowałam za pomocą metod statystycznych. Wyniki podałam w formie tabel i wykresów. Badania przebiegały w sprawny sposób, bez żadnych dodatkowych trudności. Przeprowadzone badania miały na celu określenie poczucie bezpieczeństwa w gimnazjum integracyjnym uczniów upośledzonych w stopniu lekkim. Poniżej przedstawiona zostanie analiza poszczególnych pytań badawczych oraz uzyskanych na nie odpowiedzi.

Analizując odpowiedzi na pierwsze pytanie: „Czy w swojej szkole czujesz się bezpiecznie?” zauważyłam, że prawie połowa badanych – 46% czuje się na terenie swojej szkoły zawsze bezpiecznie, 15% przeważnie, 30% czasem, rzadko – 7%. Można zaobserwować, że ogólnie uczniowie czują się bezpiecznie na terenie swojej szkoły.

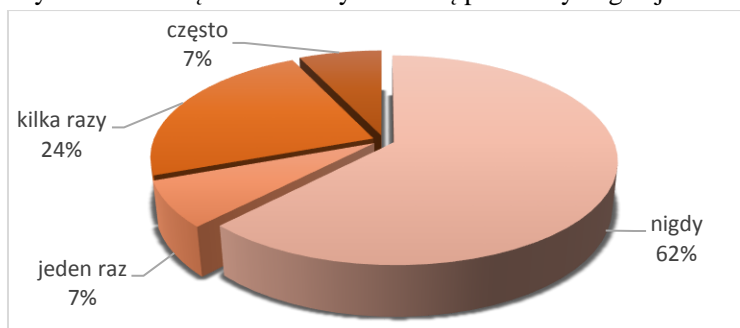
Wykres nr 1. Skala bezpieczeństwa w szkole.



Źródło: opracowanie własne.

Celem kolejnego pytania („Czy byłeś na terenie swojej szkoły ofiarą przemocy i agresji?”) było wskazanie, na podstawie otrzymanych wyników, ilości osób uważających się za ofiarę przemocy i agresji. Aż 63 % nigdy nie była ofiarą, 23 % kilka razy, 7% jeden raz, a tylko jedna osoba napisała, że jest stale ofiarą przemocy i agresji.

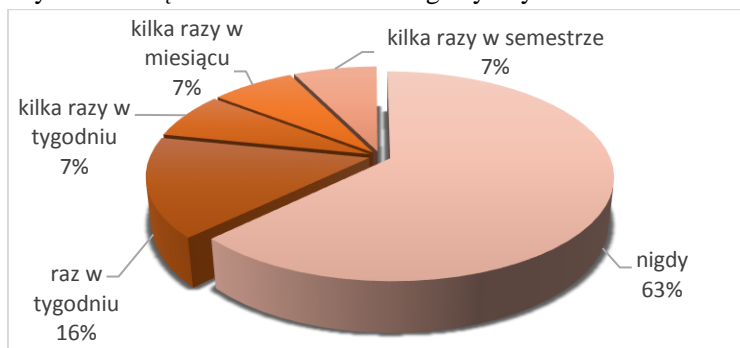
Wykres nr 2. Częstotliwość bycia ofiarą przemocy i agresji.



Źródło: opracowanie własne.

Odpowiadając na kolejne pytanie „Jak często stosowano wobec Ciebie zachowania agresywne?”, aż 61% ankietowanych odpowiedziało nigdy, 15% raz w tygodniu, po 7% kilka razy w tygodniu, w miesiącu, lub w semestrze.

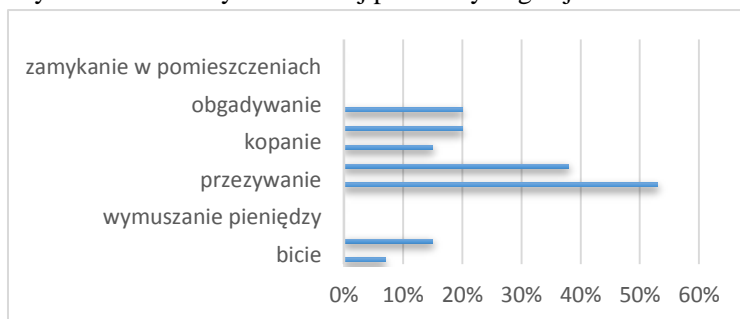
Wykres 3. Częstotliwość zachowań agresywnych.



Źródło: opracowanie własne.

Celem kolejnego pytania („Czy byłeś na terenie szkoły ofiarą?”) było wskazanie, na podstawie otrzymanych wyników, najczęściej występujących aktów przemocy wśród uczniów. Najczęściej udzielaną na to pytanie odpowiedzią było „przezywanie” – 53%, „wyśmiewanie” – 38%, „obgadywanie” – 20%,” zastraszanie i kopanie” – 15%, „bicie” – 7%, żadna z badanych osób nie padła ofiarą „wymuszania pieniędzy”, „wymuszania jedzenia”, „grożenia”, „okradania”, czy „zamykania w pomieszczeniach”. Analizując wyniki, można stwierdzić, że w gimnazjum integracyjnym przeważa przemoc psychiczna, dość charakterystyczna dla wieku dojrzewania i buntu.

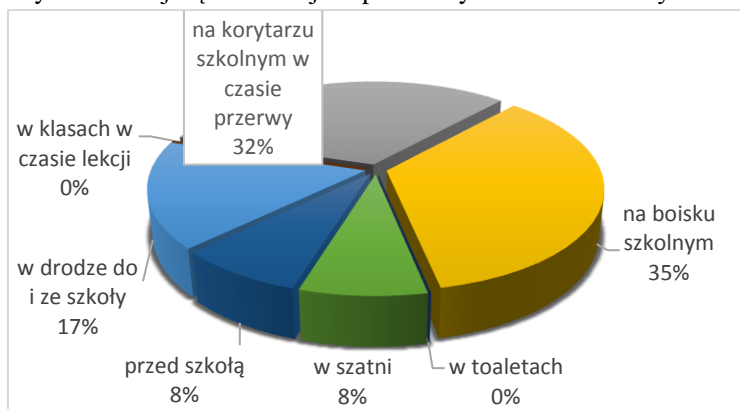
Wykres nr 4. Formy stosowanej przemocy i agresji.



Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane odpowiedzi na kolejne pytanie: „Gdzie te zdarzenia miały miejsce?” pozwoliły mi zapoznać się miejscami niebezpiecznymi, czyli „zakątkami”, gdzie najczęściej dochodzi do zachowań agresywnych. Wyniki przedstawiają się następująco: 32% spotkało się z agresją na korytarzu, 35% na boisku szkolnym, 8% w szatni i przed szkołą, natomiast 17% w drodze między domem a szkołą. Żaden z badanych nie wskazał klasy, ani toalety, jako miejsca niebezpiecznego, w którym dochodzi do agresji czy też wszelakich form przemocy.

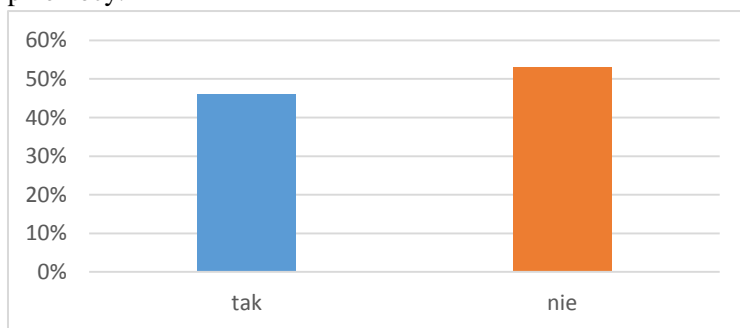
Wykres 5. Najczęstsze miejsca przemocy wśród młodzieży.



Źródło: opracowanie własne.

„Czy nauczyciel dowiedział się o tym?” – to moje kolejne pytanie, jakie zadałam gimnazjalistom. 46% osób przyznało, że nauczyciel dowiedział się o tym, a 53% stwierdziło, że nauczyciel nie dowiedział się o przejawach agresji.

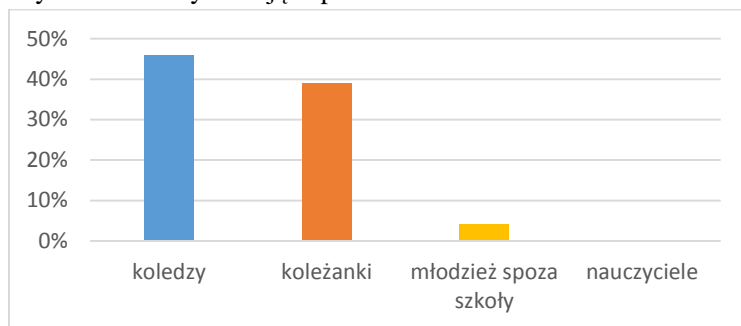
Wykres 6. Wiedza nauczycieli na występujące w szkole akty przemocy.



Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane odpowiedzi na kolejne pytanie: „Kto najczęściej stosował przemoc wobec ciebie?” pozwoliły mi zapoznać się ze skalą tego problemu, która przedstawia się następująco: 46% doznało przemocy ze strony swoich kolegów, 39% ze strony koleżanek, 4% ze strony młodzieży spoza szkoły. Warto zauważyć, analizując odpowiedzi na to pytanie, że żadna osoba nie wskazała nauczyciela, czy rodzica, stosującego wobec badanego przemocy.

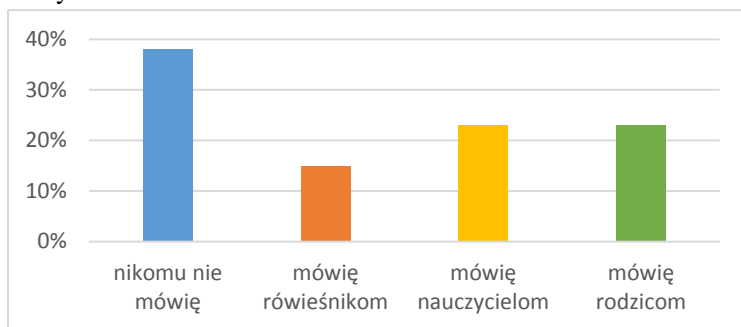
Wykres 7. Osoby stosujące przemoc wobec uczniów.



Źródło: opracowanie własne.

Kolejne pytanie kwestionariusza: „Czy mówisz komuś, kiedy inny uczeń czy uczniowie stosują wobec ciebie przemoc?” – najwięcej, 38% badanych nie mówi o tym nikomu, 23% mówi nauczycielowi i rodzicom, 15% mówi koleżankom i kolegom.

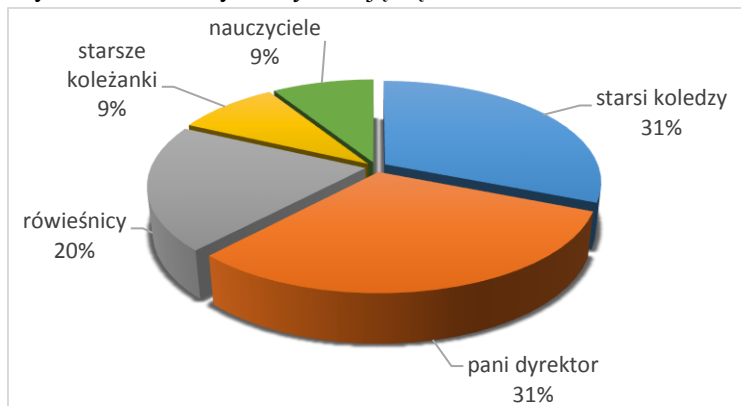
Wykres 8. Reakcja uczniów na występujące w szkole akty przemocy.



Źródło: opracowanie własne.

Kolejne pytanie „Kogo się boisz najbardziej?” pokazało stosunek badanych do innych osób, i tak 31% gimnazjalistów boi się starszych kolegów i pani dyrektor, 20% boi się rówieśników, natomiast tylko 9% wskazało na starsze koleżanki i nauczycieli.

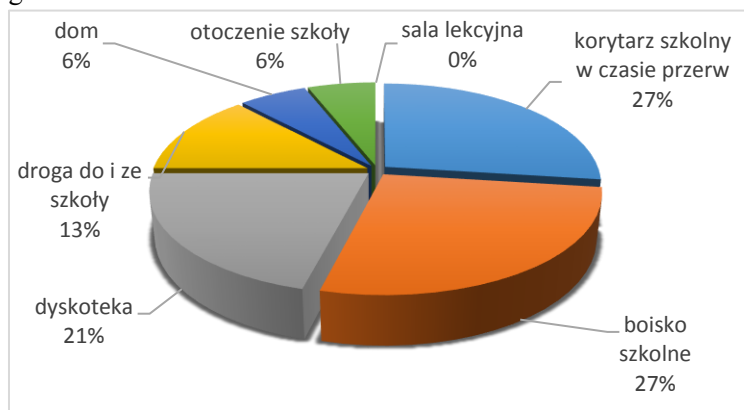
Wykres nr 9. Osoby, których boją się uczniowie.



Źródło: opracowanie własne.

Celem następnego pytania („Kiedy i gdzie czujesz największe zagrożenie?”) było wskazanie, na podstawie otrzymanych wyników, miejsc, których najczęściej obawiają się uczniowie. Udzielone przez badanych odpowiedzi pozwoliły mi na opracowanie następujących wyników: najczęściej udzielana na to pytanie odpowiedź (27%) wskazuje korytarz szkolny w czasie przerw oraz boisko szkolne, 13% czuje zagrożenie w drodze do szkoły, te same wyniki (6%) uzyskały odpowiedzi, według których miejscem, którego boją się badani jest najbliższe środowisko czyli dom, oraz otoczenie szkoły. Miejscem, w którym uczniowie czują się całkowicie bezpiecznie, są według badanych klasy lekcyjne.

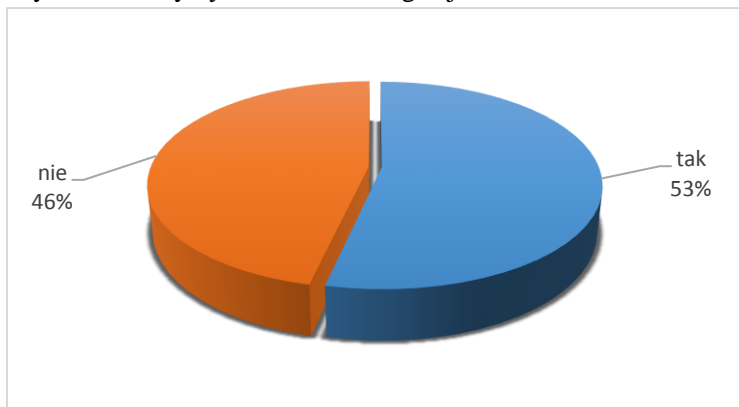
Wykres 10. Miejsca, w których uczniowie czują największe zagrożenie.



Źródło: opracowanie własne.

Kolejne pytanie („Czy byłeś świadkiem agresji w swojej szkole?”) dało mi obraz tego, czy badani byli świadkami agresji w swojej szkole. Większość – 53% – odpowiedziała twierdząco, natomiast 46% przecząco.

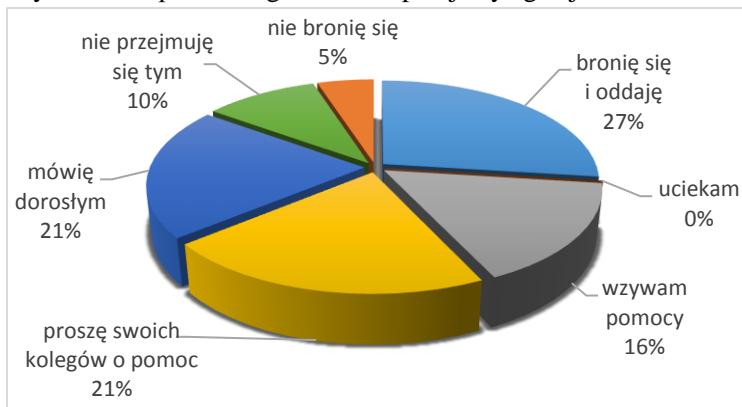
Wykres 11. Czy byłeś świadkiem agresji w szkole?



Źródło: opracowanie własne.

Kolejne pytanie „W jaki sposób reagujesz, gdy ktoś przejawia agresję w stosunku do ciebie?”, pokazało mi sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych z agresorami. 27 % badanych broni się i oddaje, 21% prosi o pomoc swoich kolegów lub mówi o tym dorosłym, 16% wzywa pomocy, 10% nie przejmuje się i lekceważy przejawy agresji, natomiast 5% nie broni się.

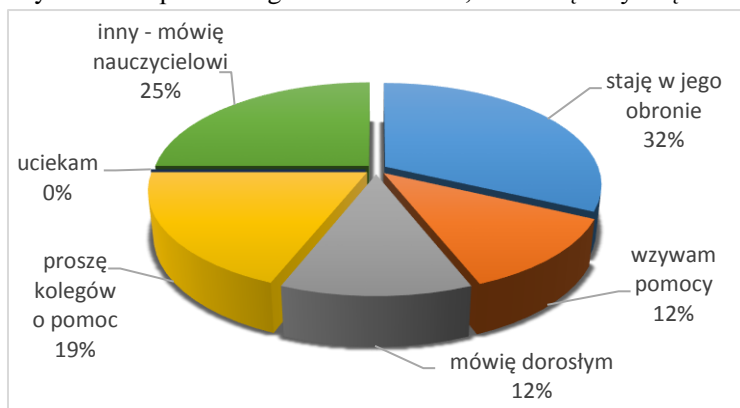
Wykres 12. Sposób reagowania na przejawy agresji.



Źródło: opracowanie własne.

Kolejne pytanie („W jaki sposób reagujesz, gdy widzisz, że ktoś dzieje się krzywda?”), sprawdziło jak zachowują się badani, w sytuacji, kiedy sami stają się świadkami krzywdzenia innych osób, i tak 32 % badanych staje w obronie swoich kolegów, 22% prosi o pomoc nauczycieli, 19 % prosi o pomoc swoich kolegów, 12% wzywa pomoc lub mówi o tym dorosłym, natomiast, co godne zauważenia nikt nie ucieka.

Wykres 13. Sposób reagowania uczniów, na cudzą krzywdę.



Źródło: opracowanie własne.

Kolejne pytanie kwestionariusza („Gdybyś był dyrektorem szkoły, to w jaki sposób rozwiązałybyś problem agresji w szkole (bicia, przezywania, zastraszania, wymuszania itp.)?”) miało formę pytania otwartego. Respondenci mieli w tym przypadku całkowitą swobodę wypowiedzi, ankieta nie zawierała żadnych dodatkowych sugestii ani konkretnych rozwiązań tego problemu. Spowodowało to jednak, że nie wszyscy badani udzielili na to pytanie odpowiedzi, i tak większość uczniów, będąc na miejscu dyrektora, rozmawiałaby z uczniami, prowadziła rozmowy w obecności rodziców, karała zostawianiem na dodatkowe lekcje, bądź w ostateczności wzywała policję.

Wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań stanowią jednocześnie rozwiązanie interesujących mnie problemów badawczych. Dzięki nim uzyskałam odpowiedzi na postawione wcześniej pytania. Czy istnieje w szkole integracyjnej zjawisko przemocy i agresji wśród uczniów upośledzonych w stopniu lekkim? Jak licznej grupy uczniów dotyczy ten problem, ilu z nich doświadczyło przemocy lub zachowań agresywnych na terenie

szkoły? Jaki rodzaj przemocy: fizycznej czy psychicznej, jest częściej spotykany na terenie szkoły? Z czyjej strony uczniowie doświadczają przemocy w szkole: ze strony rówieśników czy osób dorosłych? Kiedy i gdzie uczniowie upośledzeni w stopniu lekkim czują największe zagrożenie, oraz w jaki sposób reagują na krzywdę wyrządzaną drugiemu człowiekowi?

Rozwiązanie pierwszego problemu badawczego potwierdziło istnienie w szkole zjawiska przemocy i agresji. Wyniki badań potwierdziły obecność zjawisk niebezpiecznych w gimnazjum integracyjnym, oraz ukazały skalę tego zjawiska.

Kolejne interesujące mnie zagadnienie dotyczyło faktycznych rozmiarów przemocy występującej w środowisku uczniowskim, widzianej oczyma osób upośledzonych w stopniu lekkim. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że 39% spośród badanych uczniów upośledzonych w stopniu lekkim stało się ofiarą przemocy i agresji, a więc jej doświadczyło osobiście, w gimnazjum dominuje przemoc psychiczna, najczęściej uczniowie wskazywali przezywanie oraz wyśmiewanie. Jeżeli chodzi o przemoc fizyczną to dominuje popychanie i kopanie. W gimnazjum nie występuje okradanie, oraz grożenie innym uczniom, bynajmniej badani nie wskazali takich odpowiedzi. Kolejne pytanie badawcze miało na celu wyjaśnienie, z czyjej strony młodzież częściej doświadczają przemocy w szkole. Otrzymana na to pytanie odpowiedź wykazała, że stosowana wobec niektórych uczniów przemoc fizyczna czy psychiczna występuje najczęściej ze strony kolegów i koleżanek, nigdy ze strony rodziców, czy nauczycieli. Uczniowie najbezpieczniej czują się na lekcjach, natomiast większą niepewność obserwują podczas przerw, czy też na boisku.

Kolejne interesujące mnie zagadnienie dotyczyło reakcji na przejawy agresji w stosunku do osoby zainteresowanej oraz trzeciej, i tak uczniowie zawsze szukają pomocy, jeśli ktoś wobec nich przejawia zachowania agresywne, a także służą pomocą –

stają w obronie pokrzywdzonego jeśli widzą, że dzieje mu się krzywda.

Podsumowując przeprowadzone badania mogę stwierdzić, iż sytuacje niebezpieczne występują w szkole, jednak skala tego zjawiska w gimnazjum integracyjnym nie jest tak duża, jak zakładałam na początku. Należy pamiętać, że przemoc może, rozprzestrzeniać się niebywale szybko i przyjmować najróżniejsze oblicza; może stać się problemem bardzo szerokim i wieloaspektowym (Kuźma J., 1998). W pracy z dziećmi najważniejsze jest doprowadzenie do wysokiego poziomu samoakceptacji i samooceny, które są podstawą prawidłowych kontaktów z ludźmi oraz rozwoju potencjalnych możliwości dziecka. Głównym narzędziem hamowania agresji powinno być komunikowanie się międzyludzkie oparte o umowę. Przede wszystkim zaś „sam wychowawca powinien być modelem nieagresywnego zachowania” (Obuchowska, 1993, s. 8). Ponadto, należy pamiętać, że upośledzeni umysłowo są „bardziej podatni na patologizację emocjonalną niż osoby normalne, lecz czy pojawiają się u nich odchylenia od normy i jakiego będą rodzaju uzależnione jest od środowiska, w jakim przebywają oraz od postaw otoczenia” (Nowak-Lipińska 1989, s. 69).

BIBLIOGRAFIA

- [1] BORZYSZKOWSKA H., Wybrane zagadnienia z metodyki nauczania upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim, Gdańsk 1989.
- [2] GROCHULSKA J., Agresja u dzieci, Warszawa 1993.
- [3] KUŹMA J., Agresja i przemoc wśród dzieci i młodzieży tom I, Kraków 1998.
- [4] NOWAK-LIPIŃSKA K., Wybrane zagadnienia z rehabilitacji osób głębiej upośledzonych umysłowo, Gdańsk 1989.

- [5] OBUCHOWSKA I., Agresja {w:} Encyklopedia pedagogiczna pod red. W. Pomykała, Warszawa 1993.
- [6] PILCH T., Zasady badań pedagogicznych, Warszawa 1998.

ROLA ZABAWY W PROCESIE NORMALIZACJI DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO

Streszczenie

W życiu dziecka zabawa z pewnością nie jest stratą czasu. Dostarcza ona dziecku wartościowych i kształcących doświadczeń. Ma też ogromne znaczenie dla jego wszechstronnego rozwoju. Zabawa w życiu dziecka z niepełnosprawnością nie da się zastąpić innym działaniem, ponieważ jest jednym z elementów właściwego rozwoju psychofizycznego, intelektualnego i społeczno-emocjonalnego. Jest z jednej strony drogą nabywania kompetencji społecznych, a z drugiej – sposobem poszukiwania prawdy o sobie, o swoich ograniczeniach, wiążących się z daną niepełnosprawnością, ale też o swoich możliwościach i uzdolnieniach.

Słowa kluczowe

zabawa, dziecko niepełnosprawne

Abstract

Play is definitely not a waste of time in the life of a child. It provides the child with valuable and educational experience. It is also of great importance for its extensive development. It is impossible to replace play in the life of a disabled child with other activity since it is one of the factors that influences the appropriate psychophysical, intellectual, social and emotional development. On the one hand, it is a way of acquiring social competence, on the other hand, a way of searching for the truth about yourself, about the constraints related to a particular disability as well as your abilities and talents.

Keywords

play, a disabled child

Zabawa jest nie tylko przejawem potrzeby rozrywki czy dowodem lekkomyślności, lecz – nawet wtedy, gdy nie zdajesz sobie z tego sprawy – jest ona okazją do kształtowania charakteru i pielęgnowania wielu cnót.

Jan Paweł II

Zwykle koncepcja celu i sensu istnienia, którą człowiek przyjmuje za swoją, ma niebagatelny wpływ na sposób jego życia, na odbiór siebie i innych. Odkrywczość postrzegania osoby przez Wojtyłę streszcza czasownik „posiada”. Osoba nie jest ciałem i psychiką, jak widzi to wielu psychologów. Osoba ciało i psychikę ma w posiadaniu i w pewnej mierze, na ile jest to możliwe, może nimi kierować. Efektem tego kierownictwa są czyny, które z woli osoby, a przy udziale ciała (bowiem impulsy do ruchu pochodzą z wnętrza osoby) i w wyniku wychowania emocji, stają się działaniem człowieka, równocześnie go rozwijają. To bardzo istotna myśl dla pedagogiki specjalnej. Człowiek nie jest swoim ciałem, jedynie posiada ciało. Zatem braki cielesne to upośledzenia fizyczne, nie moralne. Niedostatki fizyczne niczego nie ujmują sobie. Osoba jest dobra moralnie lub zła, wartościowa lub nie poprzez dzieła (czyny, działania, myśli), jakie tworzy w rezultacie świadomych swych „chceń”. Jak pisze Wojtyła: „Człowiek pozbawiony ręki czy płuca doznaje ściśle określonych przeszkód i zahamowań w działaniu. Są to jednak przeszkody zewnętrzne w tym znaczeniu, że same z siebie nie zakłócają świadomości ani nie utrudniają samostanowienia. Człowiek nawet bardzo zdeintegrowany somatycznie, reprezentuje bardzo często osobowość wysokiej klasy” (cyt. za Ecler-Nocoń , s. 75).

Przykładem tego jest chociażby Helen Keller. Tak też koncepcja osoby w ujęciu Karola Wojtyły zdaje się mieć co najmniej podwójne znaczenie w kreowaniu filozofii życia osób niepełnosprawnych. Po pierwsze, nadaje niezbywalną wartość i godność osobie. Po drugie, wzywa do nieustannego rozwoju. Waga owej filozofii dla osób niepełnosprawnych wynika z przełożenia w niej akcentów. Tutaj człowiek nie jest osobą niepełnosprawną, a ma niesprawne ciało. Zatem nie musi postrzegać siebie przez pryzmat swej niepełnosprawności. Jest osobą, osiąga wartość – jak wszystkie inne osoby – poprzez czyny, które stają się jego udziałem. Co więcej, doskonalenie się nie jest zarezerwowane dla osób na miarę Helen Keller, przeciwnie, jest moralną powinnością każdej osoby niepełnosprawnej (Ecler-Nocoń, 2005, s. 75, 76).

Człowiek z niepełnosprawnością to osoba, która może wykazywać wiele oznak zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego. Pokonując odważnie uciążliwości, niejednokrotnie bliżej właśnie jej niż osobie w pełni sprawnej do osiągnięcia autentycznej wielkości ludzkiej, godnego życia, wzbudzającego powszechny szacunek. Autoterapia oraz proces samowychowania zostały tu zaprezentowane jako psychiczne mechanizmy samoregulacji odbudowujące afirmatywne postawy życiowe. Wola samorozwoju oraz towarzysząca jej radość życia kierują człowieka wprost ku źródłom autentycznego zdrowia psychospołecznego. Ważne jest jednak, by wychowaniu osób niepełnosprawnych nie zaniechać czynności woluntarystycznych, spośród których wyróżnia się chęć autoterapii i uczucia felicytologiczne, takie jak radość istnienia oraz satysfakcja z własnego rozwoju. Akcentowanie tego, co wspólne dla gatunku ludzkiego może zapobiegać zjawisku alienacji osób chorych w środowisku zdrowych lub z pozoru zdrowych (Żywczok, 2005, s. 65, 66).

Od wielu lat głośno i dużo mówi się o osobach niepełnosprawnych. Szuka się rozwiązań umożliwiających im lepsze

funkcjonowanie w społeczeństwie, zapobiega izolacji, pomaga wyrażać siebie, pozwala doznawać sprawczości, przekazywać swoje myśli i uczucia. Dąży się, by osoby te rozwijały się według własnego rytmu, by szły własną drogą. Czy dziecko, które nie porozumiewa się, idzie własną drogą? A może drogą terapeuty, opiekuna, matki czy ojca? Bardzo ważnym warunkiem skutecznego porozumiewania się jest wzajemne zrozumienie obu stron. Wiele osób przebywających dłużej z dzieckiem niemówiącym twierdzi, że właściwie rozumie jego reakcje, wie, jakie ma oczekiwania i potrafi odpowiedzieć na jego potrzeby. Czy rzeczywiście tak jest? Czy potrafimy interpretować myśli drugiej osoby, niezależnie od tego jak jest nam bliska i jak długo ją znamy? A może jest to nasze wygodnictwo? Nikt z nas nie lubi doświadczać skutków nieporozumienia. Dziecko niepełnosprawne również. My potrafimy to wyrazić, ono nie zawsze. Im częściej mają miejsce tego rodzaju sytuacje z udziałem dziecka, tym większe prawdopodobieństwo, że wycofa się ono z dalszego porozumiewania się. W konsekwencji może to prowadzić do zahamowania rozwoju intelektualnego, emocjonalnego i społecznego. To z kolei utrudnia dalszą edukację, tłumi aktywność, motywację i chęć nawiązywania kontaktów. Czy na tym nam zależy? Czy na tym zależy dziecku? Otóż nie! Zależy mu na tym, by być zrozumiałym i niezależnym. Tak samo jak każdemu zdrowemu człowiekowi. Naszym zadaniem jest mu pomóc. Ale pomóc to nie znaczy wyręczać. Nasza pomoc nie może ograniczać samodzielności i aktywności, wręcz przeciwnie, powinna ją rozwijać. Zwykle bywa tak, że za wszelką cenę dążymy do rozwoju samodzielności w zakresie samoobsługi, a każdy jej przejaw nagradzamy. Ta samodzielność dziecka jest bardzo istotna, lecz nie mniej ważna jest samodzielność psychiczna dająca dziecku poczucie wolności, możliwość samodzielnego decydowania o sobie, wyrażania własnych myśli i dokonywania wyborów. Tylko wówczas

będzie można mówić o podmiotowym traktowaniu dziecka. Droga do samodzielności w myśleniu jest odnalezienie skutecznego sposobu porozumiewania się. Sposobu, który dziecko zaakceptuje, polubi i chętnie będzie używało w każdej sytuacji. Niezbędnym warunkiem do tego rodzaju porozumiewania się są chęci, nieograniczony czas poświęcony dziecku, spokój i zrozumienie (Hetman, Świąder, 2005, s. 119, 120).

W związku z koncepcjami społecznymi zagadnienie niepełnosprawności zostało wyraźniej zaliczone w poczet problemów społecznych dotyczących wszystkich. Osoba niepełnosprawna stała się podmiotem działań, przestano ją traktować jako petenta, a stała się fachowcem w zakresie swojej rehabilitacji. W związku z tym zaczęto się dobitniej liczyć z jej zdaniem, a wyznacznikiem procesu rehabilitacji stały się także definiowane przez nią potrzeby i oczekiwania. Typowe dla tego modelu jest odejście od akcentowania zaburzeń i ograniczeń na rzecz uwydatniania potencjału. Między innymi dlatego kwestia rozwoju nabiera tu nowego znaczenia. Nie jest wyznacznikiem wzorca, ale jedynie wskaźnikiem postępowania rehabilitacyjnego. Sam proces rehabilitacji powinien być naturalny, zgodny z prawami rozwoju, ale dopasowany do potrzeb i możliwości samej osoby rehabilitowanej. Kiedy to tylko możliwe, powinien więc przebiegać zgodnie z jej preferencjami (Gajdzica, 2010, s. 93). Bez wątplenia istnieje wiele ważnych aspektów normalizowania środowiska życia omawianej grupy osób. Analogicznie można wskazać wiele narzędzi sprzyjających urzeczywistnianiu tej idei. Jednym z nich jest sztuka (tamże, s. 98). Innym – zabawa. Odgrywa ona ważną rolę w życiu każdego człowieka, także dziecka niepełnosprawnego.

Zabawa zajmuje niezwykle ważne miejsce w działaniu dzieci z niepełnosprawnością. Zrozumienie indywidualnego sensu zabawy dziecka wymaga bardzo uważnej obserwacji nie tylko jej

treści i formy, ale także towarzyszących jej gestów dziecka, wypowiedzianych przez nie słów, a nawet uwidaczniających się ruchów ciała (póz), zwłaszcza mimiki. Wszystkie dzieci, niezależnie od osiąganego poziomu rozwoju tak fizycznego, jak i intelektualnego, mają wrodzoną potrzebę bawienia się (Minczakiewicz, 2001, s. 97).

Zazwyczaj aktywność zabawowa u dzieci z zaburzeniami rozwojowymi ograniczona jest w różnym zakresie w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności. Można ją jednak potraktować jako dialog dziecka z otoczeniem.

Zabawa stanowi naturalną, dobrowolną i bezinteresowną aktywność dziecka, w której znajduje ono radość. W zabawie dziecko nie dąży do osiągnięcia jakiegoś specjalnego celu, ale jest ona celem samym w sobie. Źródłem radości w zabawach aktywnych jest to, co dziecko samo robi, a więc biega dla samej przyjemności biegania bądź tworzy coś z plasteliny i farb.

Z pewnością zabawa nie jest stratą czasu. Dostarcza ona dziecku wartościowych i kształcących doświadczeń. Ma też ogromne znaczenie dla jego wszechstronnego rozwoju. Sprzyja rozwojowi fizycznemu, zwłaszcza mięśni. Stanowi zachętę do komunikowania się z innymi. Pozwala na rozładowanie tłumionych napięć emocjonalnych, jak również jest znakomitym ujściem dla potrzeby i pragnień dziecka. Można zaobserwować, że dziecko, które marzy o psie potrafi go malować na każdym rysunku lub też bawi się w dom i „chodzi z nim na spacer”. Zabawa stymuluje twórczość dziecka, rozwija jego indywidualne zdolności. Dzięki niej może ono poznać swoje możliwości. Dziecko w czasie zabawy uczy się zachowań przynależnych kulturze społeczeństwa, w którym żyje (Vopel, 1999, s. 6).

„Aktywność zabawową dziecko podejmuje z własnej woli, dla przyjemności, która mieści się w samym jej wykonaniu. Pomimo tego, że zabawa jest działaniem dobrowolnym, należy podkreślić,

iż najczęściej w przypadku dzieci z niepełnosprawnością zabawy inspirują dorośli; zwykle są to rodzice, ale również nauczyciele, wychowawcy, psychoterapeuci. Ich zadaniem jest tworzenie takiej atmosfery i zaoferowanie takich zabaw dla dzieci z niepełnosprawnością, aby ta działalność nabrała pozytywnego znaczenia. Można więc twierdzić, że dorośli stają się czasem niezbędnymi dla dziecka przewodnikami po zabawie. To dorośli muszą zapewnić dziecku zarówno zaspokojenie najbardziej podstawowej potrzeby – poczucia bezpieczeństwa, jak też potrzeby bliskiej więzi emocjonalnej. Dopiero zaspokojenie tych dwóch podstawowych potrzeb umożliwia dziecku podjęcie własnego działania, staje się punktem wyjścia do podejmowania spontanicznej aktywności. Zabawowy dziecięcy świat to świat przyjazny, znoszący wszelkie bariery, eliminujący wszelkie trudności i przeciwności losu. Działania, które nie przenoszą dziecka w świat zabawy, obserwowane często u niektórych dzieci z diagnozą niepełnosprawności intelektualnej czy sensorycznej, są dla bawiących się nudne i nużące, nie przynoszą przyjemności z bawienia się. Stąd też dzieci o specjalnych potrzebach należy intencjonalnie aktywizować, uczyć je różnych sposobów bawienia się, angażując różniczne funkcje percepcyjno-motoryczne. Trzeba im więc towarzyszyć w zabawie, pomagać w doznaniu przyjemności, cieszyć się ich każdym sukcesem. Osoba dorosła – rodzic, wychowawca – musi więc swoją akceptującą obecnością wspierać dziecko, kierować jego rozwojem i tworzyć warunki, w których będzie ono mogło realizować swoje dążenia.

Kształtowanie aktywnej postawy dziecka niepełnosprawnego wobec poznawanej przez nie rzeczywistości odbywa się przede wszystkim przez odpowiednio zaplanowane oddziaływania stymulacyjne. Warunkiem rozwijania aktywności zabawowej u dzieci niepełnosprawnych jest z jednej strony zapewnienie im swobody w działaniu i radości osiągnięć, a z drugiej – akceptacja przez

nie same formy zabawy i jej organizacji zaproponowanej im przez dorosłych. Wsparcie i kierownictwo nie może oznaczać działania zamiast dziecka lub narzucania mu form czy sposobów aktywności, musi być wykazywaniem drogi działania sensownego i samodzielnego. Aktywność i nadmierna ingerencja wychowawcy może przeszkodzić dziecku w samodzielnym osiągnięciu celów, dlatego musi on osiąść umiejętność właściwego dozowania i ograniczania swojej władzy wobec dziecka. Umiejętne zasugerowanie form zabawy, jej miejsca oraz – choćby w najogólniejszym zarysie – organizacji, pozwala dzieciom niepełnosprawnym na tworzenie własnych, oryginalnych pomysłów, powoduje rozbudzenie ufności do ludzi i świata, wybranie dla siebie odpowiedniej zabawowej roli, a tym samym dowartościowanie siebie.

Zabawę w życiu dziecka z niepełnosprawnością można postrzekać jako ważny i niezastąpiony element rehabilitacji. Daje bowiem okazję do usprawniania funkcji wzrokowych, słuchowych, dotykowych, ruchowych w sensie sprawności lokomocyjnych oraz manualnych. Pozwala na rozbudzenie w dziecku zainteresowania światem dźwięków, kolorów i kształtów. Zabawa w dużej mierze decyduje więc o przebiegu postępów w rozwoju i kształtowaniu cech osobowości dziecka z niepełnosprawnością. Zabawa jest nie tylko źródłem radości, odpoczynkiem, sposobem zapomnienia o przykrościach czy dobrego spędzenia czasu, ale i ważnym przygotowaniem do życia, ćwiczeniem wielu umiejętności, pobudzeniem aktywności. Dzięki niej dziecko z niepełnosprawnością zdobywa szereg sprawności fizycznych i umysłowych, poszerza swą wiedzę o świecie i zasób doświadczeń, pogłębia życie uczuciowe, uczy się współżycia w zespole. W trakcie zabawy pojawia się zaangażowanie emocjonalne, a szczególnie silne jest ono u dzieci z niepełnosprawnością, jeśli uda im się pokonać bariery swojej dysfunkcji. Dzięki zabawie i rozgrywaniu wydarzeń w fikcyjnym świecie, w którym nie istnieją konse-

kwencje ewentualnej porażki, dzieci nie odczuwają lęku przed podjęciem nowych działań i wyzwań. Zabawa jest więc podstawową metodą poznawania, przeżywania i inspirowania aktywności dziecka. Dzieci z niepełnosprawnością z pomocą właściwie dobranej i kierowanej zabawy dążą do aktywnego poznawania świata i orientowania się w rzeczywistości. Podejmują przy tym swoje dla własnej niepełnosprawności próby działania w trakcie zabawy, pomimo niekiedy różnorodnych przeszkód natury fizycznej.

Zabawa posiada wyraźnie stymulujący wpływ na rozwój poznawczy. Dzieci mają wrodzoną potrzebę eksperymentowania, a zabawy stanowią naturalną okazję do uczenia się – nieznana rzecz czy sytuacja jest dla nich intrygująca, a możliwość eksperymentowania jest nagrodą sama w sobie. Wart podkreślenia jest fakt, że w czynnościach zabawowych dominuje przede wszystkim uwaga mimowolna, będąca wyrazem bezpośredniego zainteresowania. Dziecko podejmuje zabawę z motywacji wewnętrznej, a bawiąc się – intensywnie się uczy. Czynność uczenia się jest więc podejmowana spontanicznie, a zainteresowanie jest w tej czynności zarówno impulsem do działania, jak i jego efektem, pobudzającym dalsze czynności zabawowe. W ten sposób zabawa staje się czynnikiem wywołującym i podtrzymującym aktywność intelektualną dziecka, związanym z wewnętrzną motywacją i zainteresowaniem. Przede wszystkim bowiem motywy zabawowe i emocjonalne skłaniają dzieci do podejmowania i kontynuowania wysiłków, których wynikiem jest uczenie się i przystosowanie swojego zachowania do wymogów społecznych.

Dziecko poprzez własne działania odkrywa zjawiska dotąd mu nieznanne, poznaje ich istotę, doświadcza. W trakcie zabawy dziecko niepełnosprawne nabywa umiejętności posługiwania się różnymi przedmiotami na tyle, na ile pozwala mu jego dysfunkcja. Doskonali sprawność manualną, koordynację wzrokowo-

ruchową oraz percepcję. Poszerza się zakres operacji umysłowych i rozwija tok rozumowania, dziecko uczy się skutecznych sposobów działania, planowania poszczególnych jego etapów, przewidywania i kierowania swoimi czynnościami. Zabawa pomaga dziecku z niepełnosprawnością rozwiązywać wiele problemów o charakterze technicznym, wypróbować swoje siły i możliwości, pokonać opór, jaki stawia mu materiał i tworzywo w toku działania. Dziecko w zabawie ćwiczy nie tylko poszczególne funkcje, ale też procesy psychiczne, które osiągają coraz wyższy stopień rozwoju, dzięki temu, że w zabawie rozwija się cała osobowość dziecka i jego świadomość.

W ten sposób zabawa prowadzi do wyraźnych zmian w rozwoju psychofizycznym dziecka: przyczynia się do wzrostu efektywności pracy umysłowej, stymuluje aktywność poznawczą i motywację, pozwalając na rozwój uniwersalnych umiejętności uczenia się, rozwija koordynację wzrokowo-ruchową, orientację przestrzenną, powoduje zwiększenie zakresu ruchu i umiejętności ruchowych oraz usprawnianie motoryki dużej i małej. A jednocześnie wpływa na aktywizację sensoryki oraz kinestetycznej świadomości własnego ciała i jego granic” (Marszałek, Moraczewska, 2008, s. 201-209).

Johan Huizinga w swej niezwykle interesującej pracy poświęconej zabawie pisze, że wszelka zabawa jest przede wszystkim swobodnym działaniem i wkraczaniem z właściwego życia w sferę tymczasowej aktywności o swoistych tendencjach. Wskazuje on tym samym na możliwość przyjęcia wielu kryteriów w definiowaniu niezwykłości fenomenu zabawy, a jednocześnie tego czasu zabawy, w którym zabawa trwa. Bawiące się dziecko wydaje się niedościgłym mistrzem, który w kilkuninutowej zabawie potrafi przemierzyć „zabawowy świat”, kreując doświadczenia ludzi wielu pokoleń i wielu epok. Zabawa jest zjawiskiem bardzo złożonym, tak w swej strukturze i przebiegu, jak też w rozumie-

niu i wyjaśnieniu jej istoty, genezy, celu i funkcji. Jej trudny do przecenienia wpływ uwidacznia się zarówno w rozwoju kompetencji językowych i społecznych dziecka, jak i rozwoju mechanizmów kontroli emocji i zdolności twórczych (Minczakiewicz, 2006, s. 69).

Zabawa stwarza dziecku niezliczone okazje do podejmowania aktywności, doznawania radości, pewności siebie, poczucia przydatności, a nawet niezbędności. Jest ona czymś nadzwyczajnym, niepojętym wręcz, dziwnym, magicznym, skoro sprawia, że rzeczy niemożliwe za jej sprawą stają się możliwe, że mokre od łez oczy dziecka osuszają się jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. Zabawa potrafi przenosić bawiących się malców w inny, cudowny, idealny wręcz świat, gdzie nie ma zakazów, barier, granic, ani czyhających niebezpieczeństw. Gdzie nikt nikomu niczego nie nakazuje, nie zmusza do niczego, a jednak nikt nie próżnuje. Gdzie, pomimo tak niekiedy ogromnego wysiłku fizycznego, nikt nie jest zmęczony. Potrafi ona – w sobie tylko wiadomy sposób – uruchomić skomplikowaną „maszynię” ciała i umysłu każdego dziecka. Włączony za jej sprawą umysł jest zdolny do tworzenia różności i to na poczekaniu, bez najmniejszego wysiłku i wsparcia z zewnątrz, a co jeden pomysł, to lepszy, bardziej zabawny, zadziwiający dorosłych obserwatorów (tamże, s. 97, 98).

Aktywny udział dziecka w zabawie pozwala mu być wolnym od wszystkiego, co ogranicza, burzy, niepokoi czy wyzwała lęk. Sytuacja zabawowa pozwala więc zapomnieć o dysfunkcji, nie-szczęściu, lęku, bólu, cierpieniu i swojej „inności”, poczuć się takim samym uczestnikiem zabawy jak każde pełnosprawne dziecko. W zabawie dzieci nie zwracają uwagi na swoją niepełnosprawność, aktywność jest dla nich źródłem odpoczynku, zadowolenia i radości. Radość pozwala dziecku z dysfunkcją na wydobycie z siebie niezwykłych pokładów energii. Zapomina

ono o leczeniu, czekających go zabiegach i związanych z tym bólem. Niemal nieograniczona możliwość ekspresji emocji i uczuć podczas zabawy pozwala dziecku na wyładowywanie napięć nerwowych i konfliktów wewnętrznych, uwolnienie od ciężących i przygnębiających je przeżyć. W zabawie dziecko doznaje wielu różnorodnych emocji, nie tylko wyzwalających pozytywne uczucia, ale również związane z niepokojem, strachem i niebezpieczeństwem. Najczęściej dziecko samo stwarza sytuacje, wywołujące przykre emocje, aby poprzez zapanowanie nad fikcyjną trudnością odnaleźć równowagę i spokój. Stąd zabawa, szczególnie spontaniczna, posiada ogromne walory terapeutyczne. Prowadzi ona do względnej równowagi w relacjach dziecka ze światem zewnętrznym i tym samym powoduje zaspokajanie jego potrzeb i oczekiwań. Pełni też rolę kompensacyjną, ponieważ w pewien sposób wynagradza dziecku doświadczane braki i trudności, przenosząc je w świat, w którym wszystko może się zdarzyć, zapewniając pole do odgrywania coraz to innych ról, które umożliwiają niezwykłą odmianę własnego losu.

Zabawa umożliwia więc redukcję stresu u dziecka z dysfunkcją, niweluje lęk, niepokój, uczucie bezradności, zmniejsza podatność na psychiczne zranienia, wzbudza pozytywne emocje, zapewnia spokój i odprężenie, a tym samym prowadzi do wzrostu samooceny, otwartości i umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (Marszałek, Moraczewska, 2008, s. 208, 209).

Zabawa jest dla dziecka tak ważna, jak praca dla dorosłego. Nic nie przychodzi bardziej naturalnie, niż chęć wspólnej zabawy. Poprzez zabawę rodzice i dzieci rozwijają wzajemnie współdziałające związki: podstawę miłości i przywiązania. Ale nie ze wszystkimi dziećmi łatwo jest się bawić. Dla większości dzieci z problemami sensorycznymi nawet zabawa stanowi wyzwanie. Dzieci, które mają problemy z przetwarzaniem sensorycznym nie są najłatwiejszymi towarzyszami zabaw. Dzieci te mają niedoro-

zwinięty i niewystarczający sposób organizowania danych sensorycznych. Nadwrażliwość na dotyk, dźwięk, bodźce wzrokowe i niektóre ruchy ciała powoduje, że są rozproszone. Mogą być całkowicie zaabsorbowane zbyt jasnym światłem czy za ciasnym ubraniem. U innych dzieci problemy z modulacją sensoryczną oznaczają, że nie mają zinternalizowanego wycucia tego, ile huśtania to za dużo, żeby nie zrobiło im się niedobrze. Dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego często wyczerpują siły fizyczne i psychiczne rodziców i są ledwo tolerowane przez rodzeństwo. Wymagają za dużo pracy, a poza tym, „czemu nie mogą się po prostu bawić?!”. Ale „zwykła zabawa” to cel pozostający poza zasięgiem wielu nie-zgranych dzieci.

Zbyt wrażliwe dzieci boją się i unikają szorstkości kontaktu fizycznego czy utraty równowagi. Takie uwrażliwienie przyczynia się do wyparcia tych dzieci na pobocze życia. Zapoznając je stopniowo z aktywnymi zabawami angażującymi całe ciało, możemy im pokazać, że nie muszą pozostawać w izolacji od rówieśników i rodzeństwa ani też zadowalać się tylko pasywnymi grami komputerowymi. Znacznie lepiej jest dołączać się do akcji.

W przypadku dzieci poszukujących doznań sensorycznych czy tych określanych mianem nadaktywnych i nie do opanowania, które potrzebują pomocy w zrozumieniu, kiedy i jak przestać, można zaangażować całą rodzinę w budowę kącika do spania lub toru przeszkód albo do zabawy z dętką. Są to zabawy dobrze znane i często wykorzystywane w klinikach zajmujących się terapią zajęciową, a można je zrealizować w domu – wystarczy pomysłowość i trochę materiałów. Zajęcia te mogą dostarczyć całej rodzinie wiele miesięcy zabawy (Kranowitz, 2012, s. 21, 22).

Zabawa zaciera różnice pomiędzy dziećmi. Znosi wszelkie podziały między bawiącymi się. Nie dzieli uczestników zabawy na ładnych i brzydkich, aktywnych i pasywnych, śmiejących się

i ponuraków. Wszystkim stwarza równe szanse na dozowanie radości i uniesienia. Zacierza granice między fikcją, będącą wytworem bujnej niekiedy wyobraźni, a rzeczywistością. Fantastyczne obiekty, które pojawiają się tylko w zabawie, „naprawdę” istnieją po to, by bawiącym się dzieciom sprawiać radość i dostarczać posmaku przygody, dającej maksimum zadowolenia i przyjemności. Nawet uczeni amerykańscy (E. Materson; M.J. Ellis; C. Garvey), prowadząc bardzo poważne badania naukowe, zauważyli, że zabawa dziecka to lekarstwo praktycznie na wszystko: na rozwój mięśni i kośćca dziecka, uodpornienie jego organizmu, na choroby i stres, na dobre samopoczucie, bez troskę, humor, nastrój. Zabawa potrafi wymodelować ładną i zgrabną sylwetkę dziecka. Prostuje i wygładza wszelkie zbędne „krzywyzny” i „załamania” (fizyczne i psychiczne), które czasem bywają powodem trudności w poruszaniu się czy wykonywaniu innych istotnych czynności. Dostarcza życiodajnego tlenu, wpływa na procesy metaboliczne, zapobiega magazynowaniu zbędnych zapasów tłuszczu, wysmukla sylwetkę. Potrafi nauczyć malucha pokonywania trudów życia (Minczakiewicz, 2006, s. 98). Aktywność ruchowa odgrywa znaczącą rolę w rozwoju osobowości każdego dziecka. Ruch jest sposobem wyrażania i poznawania siebie, środkiem interakcji ze środowiskiem materialnym i społecznym. Różne aspekty celowego działania ruchu badane są przez nauki psychologiczne, biologiczne, biomechanikę i inne. Istnieje również odrębna dyscyplina zajmująca się możliwościami ruchowymi człowieka – kinantropologia. W trakcie ćwiczeń ruchowych nie można zapomnieć o sprawie najważniejszej – radości z ćwiczeń. Żaden człowiek nie może tylko pracować, również dziecko nie może być tylko wychowywane i kształcone, musi również się bawić. Dzieci potrzebują odreagowania, rozluźnienia się, wyładowania nagromadzonej energii. Aktywność ruchowa może wszystkie te potrzeby zaspokoić. Zacierza się przy

tym różnica między zabawą i pracą. Życie dziecka staje się dzięki temu barwniejsze i ciekawsze (Karaskova, 2010, s. 7). W przyjacielskiej i radosnej atmosferze dziecko czuje się dobrze, bezpiecznie, czuje się akceptowane. Nabiera odwagi do przezwyciężania wstydu, mogącego towarzyszyć wspólnemu ćwiczeniu. Jeśli same dzieci zgłaszają pomysły i sugestie dotyczące ćwiczeń, korzystajmy z nich. Pamiętajmy zawsze, że radość i przyjemne przeżycia są dla dzieci bardzo istotne. Jeżeli ćwiczenia na zajęciach są połączone z pozytywnymi emocjami, dzieci chętnie będą aktywnie spędzać czas również poza szkołą czy salą gimnastyczną (tamże, s. 10, 11).

Odpowiednio ukierunkowane zabawy i ćwiczenia służą rozwojowi wszystkich dzieci, zdrowych i niepełnosprawnych. Wspólne radosne przeżywanie zabawy wzmacnia więzi pomiędzy uczestnikami, a nauczycielom daje okazję do włączania treści wychowawczych i dydaktycznych, takich jak: poznawanie własnego ciała, rozwijanie orientacji przestrzennej, rozróżnianie i porównywanie, rozpoznawanie barw, przyswajanie i utrwalanie wiadomości z poszczególnych przedmiotów szkolnych (Karaskova, 2010).

Zabawa jest główną formą aktywności dziecka. Dziecko bawi się zawsze i wszędzie. Przez zabawę poznaje otaczający je świat, pragnie przekształcać go, eksperymentować. W świecie zabawy jest mistrzem i kreatorem, jego aktywność jest naturalna i spontaniczna (Podlasińska, 2004, s. 3).

Zabawa, w jej różnych odmianach, jest podstawową i dominującą formą działalności dzieci oraz przejawem ich aktywności i pasji działania. Jest ona, obok nauki i pracy, składową życia człowieka w jego osobniczym rozwoju. Występuje w całym życiu człowieka. Mając w nim ważne miejsce, ustępuje nauce, zajmującej czołową pozycję w procesie wzrastania i przygotowania człowieka do życia, a potem pracy, która jest główną formą dzia-

łałości człowieka w okresie jego dojrzałości (Trześniowski, 1995, s. 7).

BIBLIOGRAFIA

- [1] ECLER-NOCOŃ B. (2005), *Wizja osoby w ujęciu Karola Wojtyły a człowiek niepełnosprawny* [w:] A. KLINIK, J. ROTTERMUNDA, Z. GAJDZICA (red. nauk.), *Edukacja – socjalizacja – autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej*, Kraków.
- [2] GAJDZICA Z. (2010), *O roli sztuki w życiu osób niepełnosprawnych. Kilka uwag z punktu widzenia pedagoga specjalnego* [w:] A. KLINIK (red. nauk.), *Osobliwości zabiegów terapeutycznych w otwartym środowisku społecznym*, Kraków.
- [3] HETMAN A., ŚWIĄDER P. (2005), *Rola komunikacji w diagnozie, rozwoju i kontaktach społecznych dziecka niepełnosprawnego* [w:] A. KLINIK, J. ROTTERMUNDA, Z. GAJDZICA (red. nauk.), *Edukacja – socjalizacja – autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej*, Kraków.
- [4] KARASKOVA V. (2010), *Zabawy ruchowe. Dla dzieci zdrowych i niepełnosprawnych*, Sopot.
- [5] KRANOWITZ C. S. (2012), *Nie – zgrane dziecko w świecie gier i zabaw. Zajęcia dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego*, Gdańsk.
- [6] MINCZAKIEWICZ E.M. (2006), *Zabawa w rozwoju poznawczym i emocjonalno-społecznym dzieci o zróżnicowanych potrzebach i możliwościach*, Kraków.
- [7] TRZEŚNIEWSKI R. (1995), *Zabawy i gry ruchowe*, Warszawa.
- [8] VOPEL K.W. (1999), *Witajcie nogi. Gry i zabawy ruchowe dla dzieci w wieku od 3 do 6 lat. Część I*, Kielce.

- [9] ŻYWCZOK A. (2005), Niepełnosprawność – konstruktywne doświadczanie osoby ludzkiej [w:] A. KLINIK, J. ROTTERMUNDA, Z. GAJDZICA (red nauk.), Edukacja – socjalizacja – autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej, Kraków.
- [10] MARSZAŁEK L., MORACZEWSKA B. (2008), Znaczenie zabawy w rozwoju dziecka z niepełno-sprawnością (cz. II), „Szkoła Specjalna” nr 3, s. 201-209
- [11] PODLASIŃSKA I. (2006), Zabawa formą terapii, „Biblioterapeuta” nr 4, s. 3-5.

Barbara Karpińska

SPECYFIKA KSZTAŁCENIA INDYWIDUALNEGO UCZNIA Z GŁĘBOKĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ – STUDIUM PRZYPADKU

Streszczenie

Artykuł przedstawia specyfikę kształcenia ucznia z głębokim upośledzeniem umysłowym na podstawie choroby konkretnej osoby. Wstęp pracy to zagadnienia ogólnie, dylematy na temat sytuacji każdego człowieka, który przychodzi na świat i jego szanse na rozwój bez względu na stan zdrowia. Autor opisuje studium przypadku chorobowego dziecka i możliwości, którymi dysponuje nauczyciel. Przedstawia diagnozę chorobową, środowiskową, psychologiczną i funkcjonalną ucznia w celu zaznaczenia problemu niepełnosprawności, z jakim mają do czynienia terapeuci w codziennej pracy. Ukazuje dziecko głęboko upośledzone i jego trudności podczas czynności dnia codziennego, takie jak toaleta, samoobsługa, komunikowanie się. Mówi jak ważna jest rola nauczyciela, jako pośrednika pomiędzy dzieckiem a światem, do którego tak trudno dojść. Uwzględnia gruntowną znajomość dziecka, jego sytuację rodzinną i metody pracy oraz odpowiednie środki dydaktyczne nauczyciela, który przychodzi mu z racjonalną pomocą. Bada dziecko pod kątem zaburzeń mowy, zachowań społecznych, poznawczych, sprawności i koordynacji wzrokowo-ruchowej, funkcji manipulacyjnej i innych. Poprzez dogłębną analizę konkretnego przypadku nauczyciel przygotowuje i dostosowuje program terapeutyczny zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla ucznia. Pokazuje jak ważne i specyficzne jest kształcenie ucznia z głębokim upośledzeniem umysłowym.

Słowa kluczowe

głęboka niepełnosprawność, mózgowie porażenie dziecięce (MPD), zespół Lennox-Gastauta, pachygyria, rehabilitacja, diagnoza pedagogiczna

Abstract

The article presents the peculiarities of education of a child with profound mental retardation based on a specific person. The introduction of this work demonstrates issues in general and dilemmas about the situation of every man that comes into the world and about their opportunity for growth regardless of health status. The author provides us with a case study of the child and displays the options at teacher's disposal. Moreover, she shows the sickness diagnosis, environmental diagnosis, psychological diagnosis and functional diagnosis of the student in order to highlight the disability with which therapist are dealing in their everyday work. The article introduces profoundly handicapped child and its difficulties in daily living activities, such as toilet, self-service, communication. It also presents the important role of the teacher as an intermediary between the child and the world, which is so difficult to reach. The paper takes into account a thorough knowledge of a child, its family situation and working methods, and appropriate didactic aids of a teacher who comes with reasonable assistance. The article examines the child for disorders in speech, social and cognitive behaviour, physical fitness, hand-eye coordination and other functions. A teacher prepares and adjusts the program of revalidation and education activities for the student through an in-depth analysis of the specific case. The article shows the importance and peculiarity of education of a student with profound mental retardation.

Keywords

profound disability, Cerebral Palsy, Lennox-Gastaut syndrome, Pachygyria, treatment, pedagogical diagnosis

Każdy człowiek ma prawo do godnego życia i rozwoju osobistego bez względu na stan zdrowia, intelekt, pochodzenie oraz inne czynniki zewnętrzne i wewnętrzne wpływające na niego. „Każdy jest inny, są jednak wśród nas osoby, których odmienność jest zauważalna nieco wyraźniej. Osobą nie w pełni sprawną jest jednostka, u której występuje obniżenie w stosunku do norm stanu sprawności organizmu, powodująca pewne ograniczenia i utrudnienia w wypełnianiu ról społecznych” (Bąbka, 2004, s. 185). Rodzimy się bezbronni i sami nie jesteśmy w stanie przeżyć, potrzebujemy zainteresowania, opieki i pomocy drugiego człowieka. Dostajemy szansę na rozwój. Czy będzie on korzystny dla mnie, dla Ciebie? Szansę na rozwój ma każdy, jednak osoba chora, zwłaszcza dziecko potrzebuje więcej wsparcia aniżeli zdrowa. Jak mawiał Dante Alighieri, „nadzieja przychodzi do człowieka wraz z drugim człowiekiem”. Takie poczucie bezpieczeństwa daje nam nauczyciel. Jego rolą jest ocena możliwości ucznia i dobór odpowiednich metod pracy.

Dla dziecka z głębokim upośledzeniem umysłowym proces uczenia się i nabywania wszelkich umiejętności jest niezwykle utrudniony. To niepełnosprawność charakteryzująca się znacznym ograniczeniem zarówno w zakresie funkcjonowania intelektualnego jak i zachowań przystosowawczych, które wyrażają się w umiejętnościach poznawczych, społecznych i praktycznych (Luckasson i in., 2002, s. 1). Osoby te są całkowicie zależne od innych. Nie potrafią same funkcjonować. Nie rozumieją mechanizmów rządzących światem, mają swój własny, w którym czują się dobrze. Zachowania niewerbalne są trudne do odszyfrowania. Mimikę, gesty, nieartykułowane dźwięki rozumieją, lub starają

się zrozumieć tylko najbliżsi. Dla innych taka mowa jest trudna do pojęcia, często boimy się osób niepełnosprawnych, bo nie wiemy jak im pomóc. Nie wiemy czy i kiedy wołają o pomoc, co czują, nie umieją wyrazić swoich potrzeb werbalnie. Dzieci głęboko upośledzone napotykać na problemy z czynnościami dnia codziennego, toaletą, samoobsługą, komunikowaniem się. Dlatego tak ważna jest rola nauczyciela, jako pośrednika pomiędzy dzieckiem a światem, do którego tak trudno dojść. Każdy z nas jest jedyny w swoim rodzaju i niepowtarzalny. Podobnie jest z niepełnosprawnością. Mimo, że nazwać ją można tak samo i wrzucić do jednego worka, tak każdą osobę z deficytem należy traktować indywidualnie i stworzyć jej optymalne warunki do rozwoju. Niezwykle ważny jest program terapeutyczny, dostosowany do możliwości psychofizycznych dziecka, jego potrzeb oraz warunków środowiskowych.

Niniejsza praca stanowi studium przypadku ucznia głęboko upośledzonego. Uwzględniając gruntowną znajomość dziecka, nauczyciel przychodzi mu z racjonalną i specjalistyczną pomocą dobierając odpowiednie środki dydaktyczne, metody i organizacje tempa pracy. Rozważania nad specyfiką kształcenia indywidualnego omówię na podstawie analizy choroby przewlekłej Bartłomieja.

Bartłomiej, jako trzecie dziecko w rodzinie urodził się zdrowy, jego rozwój przebiegał prawidłowo do około połowy 1. roku życia. W wieku siedmiu miesięcy zachorował, doszło do niedotlenienia pracy mózgu, a w konsekwencji uszkodzenia jego okolic. Wczesne uszkodzenie rozwijającego się mózgu stanowi czynnik etiologiczny porażenia mózgowego i jest przyczyną opóźnienia rozwoju psychoruchowego (Popielecki, 2002, s. 189). Lekarze specjaliści po wielu bataliach postawili diagnozę: Mózgowe Porażenie Dziecięce, Pachygyria oraz Zespół Lennox-Gastauta.

„Mózgowe porażenie dziecięce nie jest samodzielną jednostką chorobową, lecz zespołem różnorodnych, niepostępujących zaburzeń postawy ciała i czynności ruchowych” (Michałowicz, 2001; Pilecki i in., 2000, s. 224).

„Pachygyria to wada OUN polegająca na poszerzeniu zakrętów istoty szarej. Nieprawidłowo zbudowane komórki w mózgu przekłamują informacje. Efektem jest opóźnienie psychoruchowe” (<http://forum.tvp.pl/index.php?topic=34423.0;wap2>, dostęp: 2013).

Zespół Lennox-Gastauta należy do grupy padaczek lekoopornych, których objawy są zróżnicowane. U chłopca związane są ze skurczem grup mięśniowych wraz z napadami nieświadomości, z dłuższym okresem trwania (>20 sek.), automatyzmami, częściowymi utratami przytomności. Następstwem jest opóźnienie rozwoju i zaburzenia mowy (Abu Saleh, Stephen, 2008, s. 9).

Efektem tego jest głęboka wieloraka niepełnosprawność psychoruchowa. Choroby te z biegiem czasu niosą za sobą fatalne skutki. Niedorozwój umysłowy z porażeniem spastycznym prawej strony ciała: kończyn – górnej i dolnej wraz z chorobami współistniejącymi: padaczka zgięciowa, hiperwentylacja, skolioza idiopatyczna, stopa końsko-szpotawa, niedorozwój rzepek, wada wzroku stawiają dziecko i rodzica w obliczu wyzwań, powodują dolegliwości bólowe, pogorszenie samopoczucia, niemoc. Młody człowiek dotknięty MPD od dzieciństwa narażony jest na przeciążenia psychiczne związane z niemożnością sprostania wymaganiom otoczenia, barierom, jakimi są niepełnosprawność mówienia, poruszania się (Chimicz, pod red. Popielecki, 2002, s. 190).

Mimo wyżej wymienionych przeszkód chłopiec samodzielnie pełza, wspina się na niskie łóżko i schodzi z niego. Jako kilkuletnie dziecko samodzielnie czworakował. Poprzez operacje kończyn dolnych i związane z nimi długotrwałe rehabilitacje przestał

raczkować. Nie chodzi samodzielnie. Potrafi z pomocą dwóch osób oraz specjalnego urządzenia pionizującego wykonać kilka kroków. Prowadzony jest pod rękę oraz podtrzymywany za biodra. Chodzenie z każdym rokiem staje się coraz bardziej niebezpieczne, ponieważ jest coraz starszy – 22 lata, wyższy – ok. 168 cm i cięższy – ok. 48 kg, a w chwili utraty równowagi utrzymanie go nie jest łatwe. Potrafi samodzielnie stać kilka sekund trzymając się stabilizatora. Szybko męczy się i traci równowagę. Chęć zmiany miejsca sygnalizuje przesuwaniem się na pośladkach lub pełzaniem. Porozumiewa się z rodziną sygnalizując swoje potrzeby mimiką, gestami oraz wieloma charakterystycznymi nieartykułowanymi dźwiękami. Dzięki temu, potrafimy zorientować się w jego stanach emocjonalnych i zareagować zgodnie z oczekiwaniami chłopca. Widzi i przysuwa się np. do zabawki, żeby ją chwycić. Wszystkie przedmioty bierze do ust i gryzie. Najchętniej stare kubki plastikowe.

Bartłomiej nie mówi, ale artykułuje pojedyncze dźwięki. Reaguje na naśladowane przez nauczyciele dźwięki i odgłosy z najbliższego otoczenia. Bardzo często denerwuje się, złości – wówczas gryzie, szczypie zarówno siebie jak i osobę, z którą przebywa, uderza głową o podłogę, wzmaga się w nim autoagresja. Bartłomiej potrafi reagować na bardzo proste polecenia, np.: podnosi ręce podczas ubierania, otwiera usta podczas mycia zębów. Potrafi też dokonywać wyborów spośród zabawek. Wybiera hałasujące, wydające dźwięki. Lubi zabawki drgające i wibrujące. Dotyka, lecz nie bierze do ręki przedmiotów zbyt zimnych i zbyt gorących. Większość przedmiotów chłopiec bada wielozmysłowo. Dotyka, ogląda z różnej odległości, potrząsa, obлизuje, rzuca i wsłuchuje się w wydawany przez nie dźwięk. Nie lubi ćwiczeń z zapachami i smakami. W odmowie kiwa przecząco głową. Jedzenie kojarzy się mu z rytuałem (w kuchni, przy stole, siedząc w wózku, o stałych porach, przygotowanych i karmiony przez

mamę). Niekoniecznie chce zjeść to, co zbliżam do jego nosa lub ust. Często reaguje złością, zamyka usta, gryzie się, wymachuje rękoma. Uczucie głodu sygnalizuje przemieszczając się do kuchni, wydając odgłosy. Zaspokojony głód sygnalizuje odsunięciem talerzyka i odsuwaniem się od stołu, kiwa przecząco głową. Nie je i nie pije samodzielnie.

W zakresie samoobsługi jest niesamodzielny. Nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych. Czasem współdziała przy wykonywaniu czynności ubierania, rozbierania i pieluchowania. Bardzo lubi kąpiele, ale buntuje się przy myciu głowy. Generalnie nie lubi dotykania twarzy – dotyczy to mycia, golenia. Równie niechętnie poddaje się różnym masażom twarzy, rąk.

Każde nauczanie indywidualne jest inne, specyficzne i niepowtarzalne. Jednak zasada oligofrenopedagogiki jest tożsama dla wszystkich upośledzonych umysłowo. Ustala się taki tok działalności wychowującej, aby uczeń osiągnął wszechstronny rozwój do szczytu swoich możliwości jednocześnie zdobywając umiejętność adaptacji społecznej. Terapeuta na każdym etapie pracy z uczniem kieruje się poniższymi zasadami: gruntowna znajomość dziecka i przychodzenie mu z racjonalną, specjalistyczną pomocą, dostosowanie poczynań pedagogicznych do możliwości i potrzeb ucznia oraz warunków środowiskowych, indywidualizacja wymagań, metod, doboru środków dydaktycznych oraz organizacji i tempa pracy. Stopniowanie trudności, aktywny udział dziecka w procesie dydaktycznym, zintegrowane oddziaływanie i współdziałanie specjalistów, systematyczność, trwałość zdobytych umiejętności oraz współpraca z rodziną (Wyczesany, 2006, s. 13-15).

Terapia to nic innego jak poznanie dziecka, opracowanie diagnozy i pomoc w przezwyciężaniu trudności dnia codziennego za pomocą różnorodnych metod. Prowadząc zajęcia z Bartłomiejem napotykałam na charakterystyczne sytuacje i warunki. Zdążyłam go

dobrze poznać, dzięki czemu niemal zawsze rozumiem jego reakcje i zachowania. Bardzo dobrze poznałam rodziców i pozostałych członków rodziny. Mamie służę wsparciem psychicznym i pomocą. Sytuacja rodzinna jest dobra. Chłopiec mieszka z rodzicami w domu jednorodzinnym z dużym ogrodem, w którym prowadzona jest działalność gospodarcza. Dziecko rozpoznaje rodzinę. Wywnioskować można z jego reakcji – śmieje się, przytula, całuje. Gdy jest bardzo zdenerwowany, uspokaja się najczęściej przy mamie, która śpiewa mu ulubione piosenki. Chłopcem zajmuje się głównie mama, która jest do dziecka bardzo przywiązana. Zawsze jest zadbany i dopilnowany. Jest kochany przez całą rodzinę. Często odwiedza go i spaceruje z nim sąsiadka, która pełni rolę babci dla rodziny. Stan emocji Bartłomieja warunkuje moją współpracę z nim i wpływa na osiągnięte wyniki. Nie zawsze ćwiczenia, które zaplanuję wykonać w danym dniu, jestem w stanie zrealizować. Dobór ćwiczeń muszę dopasować do samopoczucia chłopca, jego stanu emocjonalnego i możliwości fizycznych. Chłopiec nie ma swojego oddzielnego pokoju, dostosowanego do jej potrzeb. Taki pokój pełni sypialnia z dużym łóżkiem, będąca jednocześnie pokojem do ćwiczeń i zabawy. Ma zgromadzony duży zestaw zabawek i pomocy, które wykorzystuję w czasie prowadzenia zajęć. Oprócz tego przywożę też dodatkowe środki dydaktyczne, aby chętniej zainteresował się nieznanymi przedmiotami. Duży problem stanowi koncentracja uwagi. Mimo, iż przedmioty są interesujące, chłopiec nadmiernie reagując na każdy bodziec łatwo rozprasza się. „Dlatego też obserwacja przedmiotów i zjawisk nie jest ciągła a w związku z tym spostrzeżenia są niedokładne, co jest powodem gorszego przyswajania wiadomości i umiejętności” (Loska, 2005, s. 23). Koncentracja uwagi i komunikacja stanowi ważny element rehabilitacji Bartłomieja (Sowa, Wojciechowski, 2001, s. 269). Według S. Kowalik w rehabilitacji osób z głębokim upośledzeniem obo-

wiązywać powinny dwie zasady. Pierwsza to maksymalizowanie zróżnicowania jakościowego wpływów wywieranych na organizm jednostki, czyli dostarczanie jak największej ilości bodźców wzrokowych, słuchowych, smakowych i społecznych. Druga zasada mówi o uwzględnianiu w oddziaływaniach rehabilitacyjnych pasywności i bierności zarówno w wymiarze wrażliwości, jak i reaktywności osób głęboko upośledzonych.

Każdy nauczyciel – terapeuta indywidualnie dopasowuje bodźce do możliwości percepcyjnych osoby upośledzonej, z którą pracuje tak, by były one w jak najkorzystniejszy sposób wzmacniane. Ważnym elementem w pracy rewalidacyjnej jest, jak już wspominałam, określenie możliwości ruchowych dziecka. Im więcej ma ono ograniczeń ruchowych: zaburzenia napięcia mięśniowego, przykurcze, ataksję itd., tym jego kłopoty z poznawaniem otaczającego go świata są utrudnione. Dziecko głęboko upośledzone poznaje otaczający go świat organoleptycznie, a utrudnienia spowodowane brakiem utrzymania równowagi w pozycji siedzącej i utrzymania kontroli nad swoim ciałem lub brakiem koordynacji ruchów uniemożliwiają manipulowanie dłońmi (Kowalik, [red.] Dykcik, Szychowiak, 2001, s. 83).

Leczenie ruchem jest zadaniem trudnym i odpowiedzialnym. Duże znaczenie ma dobór, dawkowanie, poprawne wykonanie ćwiczeń. Nieodzownym warunkiem prawidłowego wykonania jest rozluźnienie, czyli zmniejszenie nadmiernego napięcia mięśniowego (Rosławski, Skolimowski, 2007, s. 9). Wykorzystuję w tym celu masaż relaksacyjny, klasyczny kończyn dolnych i specjalistyczny grzbietu ze względu na skoliozę oraz ćwiczenia: rozciągające, bierne celem zwiększenia zakresu ruchomości w stawach. Kinezyterapia wspomaga rozwój fizyczny, usprawnia ruchowo i psychoruchowo w zakresie małej i dużej motoryki, wyrabia orientację w schemacie własnego ciała i orientację przestrzenną (Zembaty, 2003, s. 23, 69). Takie zajęcia rehabilitacyjne

poprawiają stan zdrowia chłopca ze względu na deficyty rozwojowe.

Codzienne zajęcia zaczynam od przygotowania miejsca pracy i wyboru metod uwzględniających kontakt poprzez dotyk, słowo mówione i śpiewane. Ćwiczenia najczęściej wykonuję przy odpowiednim akompaniamencie muzycznym, od muzyki relaksacyjnej, poprzez rytmiczną i perkusyjną. Zamiennie śpiewam piosenki, bądź nuci je mama chłopca. Przy nich Bartłomiej wycisza się, pozwala się dotykać i masować. Wszelkiego typu ćwiczenia ruchowe, jak pełzanie, turlanie oraz masaże wykonuję w pomocy z mamą na miękkim dywanie. Ćwiczenia związane z przemieszczaniem, jak chodzenie i czworakowanie wykonujemy w przedpokoju i w sypialni. Gdy napotykam trudności w wykonaniu trudniejszych fizycznie ćwiczeń, mogę liczyć na pomoc mamy. Współpraca z rodziną układa mi się bardzo dobrze. Zrozumienie trudnej sytuacji rodzinnej, wynikającej z rozmów i głębszego poznania rodziny dają obraz psychicznego nastawienia rodziny do problemu chorego dziecka w domu.

Codzienne zmaganie się z chorobą, poświęcenie czasu i życia zawodowego dla dziecka jest niezwykle postawą altruizmu (Poleszczuk, 2004, s. 116).

Różni ludzie odmiennie reagują na te same sytuacje. Jedni lamentują, że jest im źle, stają się ofiarami losu, nie potrafią żyć z chorobą własnego dziecka, często oddają dzieci do ośrodków, poddają się (Lazarus, 2000, s. 26). Inni, jak rodzice Bartłomieja stawiają czoło chorobie, traktują dziecko podmiotowo, rozwijają się wraz z rozwojem pociechy, szukają pozytywnych rozwiązań, podpowiadają nauczycielowi, bo przecież są z dzieckiem cały czas. Koncentrują się na jego umiejętnościach, a nie na upośledzeniu i brakach. Wspólnie z nauczycielem testują metody usprawnienia syna odpowiednie do choroby MPD. Współpracują z terapeutom na różnych polach. Dzięki temu sami uczą się żyć

ze skutkami choroby. Rozpoznane i akceptacja potrzeb emocjonalnych chłopca umożliwia mu rozwój niezaburzonych funkcji psychomotorycznych (Brearley, 1999, s. 8).

W zależności od możliwości i potrzeb chłopca w danym dniu, stosuję różne metody w całości lub tylko wprowadzam wybrane z nich elementy. Propozycje metod nauczania, wychowania osób głęboko niepełnosprawnych są coraz bogatsze. Jest to związane z wprowadzeniem obowiązku edukacji dla osób z głębokim upośledzeniem umysłowym w 1997 r. oraz powstawaniem nowych placówek opieki dziennej pod patronatem różnych stowarzyszeń i fundacji. W literaturze spotykamy różne podziały metod pracy z dzieckiem głęboko niepełnosprawnym. „Z punktu widzenia celu, jakiemu mają służyć, można wyróżnić trzy zasadnicze ich grupy:

- metody nakierowane na ogólne stymulowanie rozwoju dziecka, motywujące do aktywności i twórczości,
- metody terapii zaburzeń rozwoju i zachowania,
- metody usprawniania i nauczania konkretnych umiejętności, nabywania kompetencji w poszczególnych sferach funkcjonowania” (Lausch-Żak, 2005, s. 287).

Pierwsza metoda oparta jest na aktywności skierowanej na poznawanie siebie, przedmioty i osoby z otoczenia. Podstawą oddziaływań metod sensoryczno-motorycznych na dziecko upośledzone w stopniu głębokim, jest doświadczanie przez niego ruchu i ciała. Są one oparte o kontakt z ciałem, zarówno samego dziecka jak i partnera. To między innymi: zabawy paluszkowe, baraszkowanie, Program Aktywności, Świadomości Ciała, Kontakt i Komunikacja M. i Ch. Knilów. Zdobywanie informacji odbywa się poprzez doświadczenia sensoryczne, manualne a także werbalne wykonywane na przedmiotach bądź z ich pomocą (Pilecki, 2000, s. 232).

Poznanie przedmiotów, manipulowanie nimi wpływa korzystnie na każdego człowieka. Jednym z przykładów praktycznych, wykorzystywanych na zajęciach są ćwiczenia z dostarczaniem ciepłych i zimnych bodźców (lód, świeczka, nadmuch ciepłym i zimnym powietrzem), nacieranie ciała chłopca szorstkim ręcznikiem, szczotkowanie dość twardą szczotką, pędzlem, gąbką. Stymulacja odbywa się również poprzez stosowanie masażu twarzy wg Castillo-Moralesa, wspomagający Masaż Shantala, naukę wodzenia wzrokiem za przedmiotem, źródłem światła, nawiązanie kontaktu wzrokowego dziecka z nauczycielem, stymulacja polisensoryczna według 4 pór roku – Poranny krąg H. Abel, Arteterapia, Metoda malowania 10 palcami itd.

„Podczas terapii integracji sensorycznej stosuję ćwiczenia stymulujące ośrodkowy układ nerwowy (...) poprzez nowe wzorce ruchowe powodują właściwe przetwarzanie informacji sensorycznych” (cyt. za Odowska-Szlachcic, 2010, s. 81). Rozwijanie komunikacji niewerbalnej możliwe jest dzięki wyczuwaniu własnego ciała. Oparte na metodzie Weroniki Sherborne ćwiczenia wspomagające polegają na dotykaniu, masowaniu poszczególnych części ciała wraz z ich nazewnictwem do odpowiednio dobranej muzyki.

Muzykoterapia towarzyszy podczas wykonywanych ćwiczeń. Zwykle jest łagodna, relaksacyjna. Jednak dobór uzależniony jest od metody, jaką chcemy wykorzystać w danej chwili. Spełnia różne zadania, czasem ma pobudzić do działania, innym razem złagodzić napięcie emocjonalne. Nie trzeba rozumieć jej słów, dociera do każdego, otwiera nowe możliwości wyrazu. Jest łącznikiem między otaczającym światem a dzieckiem (Jarkowska, 2004, s. 100; Lubińska-Kościółek, Plutecka, 2011, s. 271-273).

Oprócz rozwoju w zakresie dużej i małej motoryki ważne jest zapewnienie możliwości komunikowania się z otoczeniem w sposób werbalny i pozawerbalny, rozwój społeczny w celu jak

najpełniejszego zrozumienia znaczenia i sensu otaczającego świata. Podczas ćwiczeń tworzę niezbędne warunki do zapewnienia uczniowi komfortu psychicznego poprzez koloroterapię i zapachoterapię. Rozwijam poczucie akceptacji i bezpieczeństwa. Nawiązuje pozytywny kontakt emocjonalny z uczniem, wspieram jego rozwój sprawności psychofizycznej. Umożliwiam i tworzę sytuacje, w których uczeń poznaje najbliższe otoczenie. Poprzez spacerowanie na świeżym powietrzu, obserwacje otaczającej przyrody, terapie zapachową, wygląd trawy, kwiatów, dzieci grających w piłkę chłopiec wielozmysłowo poznaje otaczający go świat, rozwija zainteresowanie otoczeniem. Kształtowanie umiejętności nadawania i odbierania informacji realizowane jest poprzez: sygnalizowanie informacji przez dziecko o potrzebach, stanach emocjonalnych za pomocą gestów, kojarzenie polecenia z czynnością (daj rękę, popatrz na mnie), słuchanie ludzkiej mowy (mamy, nauczyciela, radia), słuchanie taśm z nagraniami różnych efektów akustycznych, nagłego, głośnego dźwięku (trąbki). Systematyczne wykonywanie prostych poleceń – weź, siadaj, dotknij, spójrz, patrz na mnie, gestu powitania i pożegnania, pokazywanie kolorowych kartek lub świecenie kolorową latarką, elementy chromoterapii, mówienie w odpowiedniej do nastroju Bartłomieja tonacji, ćwiczenia dotykania i głaskania innych ludzi, powtarzanie gestów, prowadzenie dłoni reagowanie na imię – sprawiają, że chłopiec lepiej komunikuje się z otoczeniem, przezwycięża trudności dnia codziennego. Każda dobrze wykonana czynność nagradzana jest pochwałą. System nagród jest bodźcem motywującym do pracy w szczególności osoby niepełnosprawne umysłowo.

Prowadząc zajęcia terapeutyczne z Bartłomiejem napotykam na trudności dnia codziennego. Moje założenia i plany dostosowuję do nastroju chłopca i jego możliwości każdego dnia. Staram się służyć mu pomocą i tworzyć nic porozumienia z otaczającym

go światem. Praca z chłopcem wymaga pełnego skupienia, motywacji i chęci a nadto dużych pokładów cierpliwości. To jedyna droga do sukcesu.

Kształcenie uczniów z niepełnosprawnością umysłową w stopniu głębokim jest niezwykle trudne i specyficzne. Wymaga od nauczyciela dużej wiedzy i dostosowania planu pracy do możliwości i umiejętności danego dziecka, gdyż nie ma jednolitego programu nauczania. Jest ich tyle, ilu uczniów z tą dysfunkcją. Aby powstał program należy dogłębnie zdiagnozować umiejętności funkcjonalne dziecka, np.: w jaki sposób komunikuje się, jak się porusza, jak poznaje świat, co najbardziej lubi robić.

Propozycji metod również jest wiele. W zależności od rodzaju i miejsca zajęć dominują inne metody, np.: w przedszkolu specjalnym czy integracyjnym główną metodą jest zabawa (Minczakiewicz, 2006, s. 12), w szkole życia stosuje się ćwiczenie poprzez oddziaływanie praktyczne możliwe w naturalnych warunkach. Praca więc odbywa się na naśladowaniu, doświadczeniu, przeżywaniu. W nauczaniu indywidualnym rewalidacja obejmuje wszechstronny rozwój i przystosowanie do życia w społeczeństwie, wyrównanie braków intelektualnych i psychoruchowych (Tomkiewicz-Bętkowska, Krztoń, 2007, s. 52). Od doboru odpowiednich form, środków, współpracy różnych osób, a przede wszystkim metod uzależnione jest powodzenie nauczyciela – terapeuty w pracy pedagogicznej.

Tworząc program nauczania przejmuje się na siebie obowiązek ciągłego dostosowywania, zmieniania i „odświeżania” planu pracy. Niektóre aspekty powinny być modyfikowane etapowo dając wyniki długoletniej prognozy działań. Inne należy planować krótkoterminowo celem weryfikacji i poprawy bądź zmiany planu według potrzeb, oczekiwań i możliwości ucznia (Byers, Rose, 2002, s. 11). Reasumując, nauczanie osób niepełnosprawnych jest specyficzne i stanowi wyzwanie dla każdego terapeuty.

BIBLIOGRAFIA

- [1] ABU SALEH T, STEPHEN L., Lennox Gastaut syndrome, review of the literature and a case report. „Head Face Med”. 4. 1, 2008 (s. 9).
- [2] BREARLEY G., „Psychoterapia dzieci niepełnosprawnych ruchowo”, Warszawa 1999.
- [3] BYERS R., ROSE R. „Jak zaplanować pracę z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych”, Warszawa 2002.
- [4] FIRKOWSKA-MANKIEWICZ A., SZUMSKI G. „Pedagogika specjalna”, Warszawa 2008.
- [5] KOWALIK S., Metoda „dwuczłowieka” w rehabilitacji osób głęboko upośledzonych umysłowo. [w:] DYKCIK W., SZYCHOWIAK B. (red.), „Nowatorskie i alternatywne metody w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej. Przewodnik metodyczny”. Poznań 2001.
- [6] JARKOWSKA A.E., „Muzyka jako element wychowania w rozwoju osobowym dziecka niepełnosprawnego”, Gdańsk 2004.
- [7] LAUSCH-ŻAK J., Dzieci głębiej upośledzone umysłowo, pod red. Obuchowska I., „Dziecko niepełnosprawne w rodzinie”, Warszawa 2005.
- [8] LAZARUS A., „Wyobrażenia w psychoterapii”, Gdańsk 2000.
- [9] LOSKA M., „Uczniowie z mózgowym porażeniem dziecięcym. Osiągnięcia edukacyjne”, Warszawa 2005.
- [10] LUBIŃSKA-KOŚCIOŁEK E., PLUTECKA K., „Stymulowanie potencjału twórczego osób z różnymi potrzebami edukacyjnymi”, Kraków 2011.
- [11] MICHAŁOWICZ R., „Definicje, obraz kliniczny, podział. Mózgowe porażenie dziecięce”, Warszawa 2001.

- [12] MINCZAKIEWICZ E.M., „Jak krok po kroku wprowadzić dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych w świat zabawy i nauki”, Kraków 2006.
- [13] ODOWSKA-SZLACHCIC B., „Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego”, Gdańsk 2010.
- [14] OLSZAK-KRZYŻANOWSKA B., Rola grupy aktywnej rehabilitacji w życiu osób niepełnosprawnych ruchowo. Redakcja naukowa: Jarosław Bąbka - „Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia”, Warszawa 2004.
- [15] PILECKI A., „Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych”, Lublin 2002.
- [16] POLESZCZUK J., „Ewolucyjna teoria interakcji społecznych”, s. 116, Warszawa 2004.
- [17] ROSŁAWSKI A, SKOLIMOWSKI T., „Technika wykonywania ćwiczeń leczniczych”, Warszawa 2007.
- [18] SOWA J., WOJCIECHOWSKI F., „Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym”, Rzeszów 2001.
- [19] TOMKIEWICZ-BĘTKOWSKA A., KRZTOŃ A., „ABC pedagoga specjalnego”, Kraków 2007.
- [20] ZEMBATY A., „Kinezyterapia tom I”, Warszawa 2003.
- [21] <http://forum.tvp.pl/index.php?topic=34423.0;wap2> (pobrano 03.03.2013).

ZASTOSOWANIE METODY WERONIKI SHERBORNE W PRACY Z DZIEĆMI UPOŚLEDZONYMI UMYSŁOWO

Streszczenie

Opracowany przez Weronikę Sherborne system terapeutyczny to system ćwiczeń, który wywodzi się z naturalnych potrzeb dziecka, zaspakajanych w kontakcie z dorosłymi (tzw. baraszkowanie). Podstawowe założenia metody to rozwijanie przez ruch świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego, świadomości przestrzeni i działania w niej, dzielenie przestrzeni z innymi i nawiązywania z nimi bliskiego kontaktu. Ćwiczenia prowadzone tą metodą mają pomóc dziecku w poznaniu własnego ciała, usprawnieniu motoryki i wzmocnieniu poczucia własnej siły, sprawności i rozwijaniu możliwości ruchowych. Dzięki terapii dziecko zaczyna mieć zaufanie do siebie, ponieważ wzrasta czucie ciała. Poznaje przestrzeń, w której się znajduje, więc przestaje ona być dla niego groźna. Czuje się w niej bezpiecznie, staje się aktywne, przejawia większą inicjatywę, a przez to może być kreatywne. Nawiązanie bliskiego kontaktu, opartego na zaufaniu i współpracy, daje możliwość poczucia wspólnoty i przeżycia szczęścia.

Słowa kluczowe

ruch, terapia, przestrzeń, samodzielność, zaufanie, siła, samokontrola, akceptacja, bezpieczeństwo, samorealizacja

Abstract

The therapeutic system developed by Veronica Sherborne is a system of exercises, which is derived from the natural needs of the child, being satisfied in contact with adults (the so called fro-

icking). The basic assumption of this method is the development through movement of body awareness and motor skills, spatial awareness and functioning in space, sharing space with others and making close contacts with them. The exercises included in the method help your child in exploring their own body, improving their mobility, strengthening the sense of their power, motor skills and developing motor abilities. Through such therapy the child begins to have confidence in themselves, because it improves the feeling of their body. The child learns the space in which they dwell, so it ceases to be dangerous for them. The child feels secure and therefore becomes active, manifests greater initiative. Thus, the child can be creative. Also, the child acquires the sense of community and experiences happiness by establishing close contacts based on trust and cooperation.

Keywords

movement, therapy, space, independence, trust, strength, self-control, acceptance, safety, self-realisation

Znaczenie ruchu w życiu człowieka

Ruch towarzyszy życiu człowieka od narodzin do śmierci. Ujawnia się w różnych formach ludzkiej aktywności. Język ruchu, nazywany również językiem ciała, stanowi około 70% komunikacji interpersonalnej (Bogdanowicz, Kisiel, Przasnyska, 1992, s. 7). Znaczenie ruchu dla rozwoju osobowości człowieka wykazali i wykorzystali praktycznie pedagodzy żyjący na przełomie XIX i XX wieku. Z wybitnych postaci warto wspomnieć Rudolfa Steinera, dla którego rytm stanowił centralne pojęcie. Postrzegał go zarówno jako podstawę wszelkich procesów w przyrodzie, jak i tego, co się dzieje wokół nas i w nas samych. Istnieje rytm pór roku i dni. Rytm biologiczny człowieka składa się z rytmu oddechów i bicia serca, okresów płodności, snu

i czuwania. Nawet napinanie mięśni i ich rozluźnianie ma charakter rytmiczny. Rytm w muzyce jest odpowiednikiem przeżywanego przez człowieka rytmów wewnętrznych, będących motorem działania i źródłem czasu. Stworzona przez Steinera teoria zakłada, że człowiek wyraża swoją osobowość, uczucia, myśli i wszelkie treści życia psychicznego za pomocą rytmu i ruchu. Z kolei Szwajcar Emil Jacques Dolcroze, twórca nowoczesnego wychowania muzycznego opartego na gimnastyce rytmicznej, przenosi ideę Steinera na grunt pedagogiki a wychowanie opiera na rytmie i ruchu (Krempa, 2007, s. 81). Studia nad ruchem ludzkim zawdzięczamy Rudolfowi Labanowi, który twierdził, że ruch jest wyrazem potrzeby ludzkiej aktywności. Przez ruch naszego ciała uczymy się nawiązywać kontakty z otaczającym nas światem. Laban w swojej pracy z 1948 r. pt. „Modern Educational Dance” podkreśla znaczenie ruchu dla jednostki. Jest przekonany, że wszyscy ludzie porozumiewają się za pomocą ciała, a ruch jest naturalnym środkiem komunikacji. Uważa, że zdrowe dzieci rodzą się z potencjalną zdolnością wykonywania wszystkich ruchów. Natomiast rozwój ruchowy przebiega od spontanicznej i naturalnej ekspresji ruchowej małego dziecka, poprzez usztywnienie, zahamowanie i nadmierne kontrolowanie ruchów przez ludzi dorosłych. Niemowlęta poruszają się swobodnie, ich ruchy są słabo skoordynowane, lecz poziom koordynacji wzrasta z wiekiem dziecka. Ruchy dziecka wywodzą się z odziedziczonego wzorca genetycznego i zależą od czynników oddziałujących na centralny układ nerwowy dziecka. Ostatecznie ma to wpływ na poruszanie się dziecka. Laban za najważniejsze uważał potrzebę ruchu, odprężenia, ekspresji oraz tworzenia. Odkrył, że wszystkie te potrzeby można zaspokoić w tańcu. Tańcząc, człowiek wyraża swoje uczucia, odzyskuje poczucie swobody oraz tworzy swoje kompozycje ruchowe. Stwierdził także, że człowiek od urodzenia do śmierci chce tańczyć, bo taniec jest ekspresją samego siebie

(Belszyński, 2005, s. 128). Najważniejszym ruchem według Labana jest ruch kreatywny, który daje możliwość zaspokojenia potrzeby tworzenia. Pojawia się w sposób naturalny, poprzez który człowiek wierzy w swoje możliwości, ma zaufanie do otaczającego świata, a także umiejętnie nawiązuje kontakty z innymi ludźmi. Można to realizować w dowolnej formie przez pracę, muzykę oraz teatr (Bogdanowicz i inni, 1992, s. 8, 9).

W metodzie R. Labana i w Ruchu Rozwijającym Weroniki Sherborne wyróżnia się kilka kategorii ruchu:

- Ruch do poznania własnego ciała – ruchy zaliczane do tej kategorii pozwalają na stopniowe poznanie poszczególnych części ciała. Szczególną wagę przywiązuje się do stóp, kolan i bioder. Poznanie własnego ciała prowadzi do ukształtowania się własnej tożsamości oraz do wyodrębnienia własnego „ja” od otoczenia (Matyjas, 2004, s. 194).
- Ruch kształtujący związek jednostki z otoczeniem fizycznym – ta kategoria ruchu ma na celu wykształcenie orientacji w przestrzeni, by na tej podstawie mógł się wytworzyć związek między człowiekiem i tym, co go otacza. Czynności ruchowe należące do tej kategorii pozostają w ścisłym związku z działaniami ruchowymi do poprzedniej kategorii. Obie te kategorie występują równolegle w czasie sesji ruchowych. Zasadnicze działania ruchowe odbywają się jak najniżej, np. na podłodze, co prowadzi do wytworzenia kontaktu z podstawą i daje poczucie stabilności (Bogdanowicz i inni, 1992, s. 11).
- Ruch wiodący do wytworzenia się związku z drugim człowiekiem – ta kategoria ruchu sprzyja wytworzeniu

się zaufania do drugiego człowieka. Na tej podstawie następuje budowanie odpowiednich relacji z drugim człowiekiem. Zasadniczym celem w tej kategorii jest zachęcenie uczestników do zajęć, w których następuje nawiązanie pozytywnych i znaczących kontaktów z innymi osobami, opartych na wzajemnym poznaniu i zrozumieniu potrzeb partnera oraz wzajemnym zaufaniu. Można to osiągnąć dzięki wspólnym doświadczeniom (ćwiczenia), które przypominają zabawy dzieci i dorosłych zwane baraszkowaniem (Matyjas, 2004, s. 195).

Rudolf Laban i Weronika Sherborne ze względu na typ ruchu klasyfikują wszystkie związki międzyludzkie jako:

- a) Ruch „z” – ćwiczenia ruchowe, w których jeden z partnerów jest bierny a drugi zaś aktywny i opiekuńczy względem niego. Wymaga to ze strony aktywnego partnera zrozumienia potrzeb i możliwości drugiej osoby, a ze strony drugiej osoby całkowitego zaufania do osoby aktywnej. W tej fazie ćwiczeń buduje się wzajemne zaufanie i zrozumienie przy pełnieniu odmiennych uzupełniających się ról (Bogdanowicz i inni, 1992, s. 12).
- b) Ruch „przeciwko” – ćwiczenia, w których celem jest uświadomienie uczestnikom ich własnej siły przy współdziałaniu z partnerem. Te ćwiczenia powinny być pozbawione agresji. Osoby w parze powinny na zmianę przyjmować role aktywną (atakującą) i bierną (broniącego się). Partner broniący się daje osobie atakującej możliwość wypróbowania swojej siły, dzięki czemu atakujący ma możliwość rozwinięcia w sobie wrażliwości na możliwości osoby, która atakuje i odwrotnie. Broniący poznaje możliwości atakującego. Ćwiczenia te mają charakter zabaw pseudoagresywnych, pozwalających dzieciom poznać własne i cudze sposoby reagowania. Uczą

radzenia sobie w sytuacji konfliktu oraz uświadamiają emocje i pozwalają dziecku je kontrolować, np. przewyciężanie lęku. Wprowadzają także reguły zachowania (takie jak: jestem silny, ale delikatny; nie obrażam, się gdy przegram; nie śmieję się z pokonanego i nie zawsze muszę być najlepszy). Badania przeprowadzone przez psychologów prowadzących terapię psychoterapeutyczną potwierdzają, iż dzieci biorące udział w tej terapii szybko odblokowują swoją aktywność i rozwijają kontakty z drugim człowiekiem (tamże, s. 13).

- c) Ruch „razem” to ćwiczenia ruchowe, które wymagają takiego samego zaangażowania pary ćwiczących. Celem tych ćwiczeń jest wytworzenia harmonii i równowagi. Wymaga to od ćwiczących wzajemnego zaufania, zrozumienia, współpracy oraz równego wkładu w wysiłek fizyczny, co jest niezbędnym czynnikiem do osiągnięcia sukcesu (Olechnowicz, 1988, s. 74).
- d) Ruch prowadzący do współpracy w grupie łączy elementy kategorii wymienionych powyżej, tzn.: ruch „z”, „przeciwko”, i „razem”. Ćwiczenia wykonuje się w trójkach, a następnie całą grupą (powyżej 3 osób). Celem tych ćwiczeń jest zaangażowanie wszystkich uczestników w aktywność ruchową i współdziałanie ze sobą (Bogdanowicz i inni, 1992, s. 14).
- e) Ruch kreatywny - cechą tego ruchu jest swoboda, spontaniczność oraz kreatywność. Przykładem może być taniec. Szczególne znaczenie ma taniec wyzwolony, bez jakichkolwiek ustalonych kroków tanecznych, lecz na pełnej swobodzie ruchów (Wróbel, 2007, s. 24).

Obserwacja i analiza ruchu

Rudolf Laban wyróżnił kilka aspektów, które mogą służyć do analizy ruchu:

- cechy ruchu: energia, płynność, przestrzeń i czas,
- kierunki ruchu: wysoko – nisko, z boku na bok, tył – przód,
- związek z grawitacją: ciężkość – lekkość,
- związki z partnerem oraz z grupą: z partnerem („przeciw” i „razem”) z grupą: 3-4 osoby, cała grupa.

Wszystkie te aspekty zawarte w modelu R. Labana zostały zmodyfikowane przez Weronikę Sherborne. Model Sherborne jest syntezą informacji dotyczącej ciała ludzkiego. Taka charakterystyka ruchu pozwala na programowanie zajęć, obserwację oraz ocenę zachowania osób biorących udział w sesjach ruchowych. Nauczyciele muszą być świadomi, które części ciała się ruszają, w jakich kierunkach w przestrzeni oraz w jaki sposób porusza się ciało (Sherborne, 1999, s. 68). Model zawiera podstawowe rodzaje ruchów, dzięki czemu można osiągnąć zamierzone w metodzie cele. Ćwiczenia należy rozszerzać stosując różnorodne formy ruchu oraz wykorzystując różne przyrządy i przybory do ćwiczeń gimnastycznych. Analizę ruchu ćwiczących dzieci należy uzupełnić analizą zachowań z punktu widzenia sfery poznawczej, emocjonalnej i społecznej oraz mechanizmów osobowości (struktura ja i inni ludzie). Stosując metodę W. Sherborne ocenia się w sposób opisowy zdolność koncentracji na zadaniu, rodzaj i sposób wyrażania emocji, umiejętność nawiązywania kontaktów z innymi osobami, umiejętność zmiany zachowań w zależności od rodzaju zajęć oraz umiejętność uczestnictwa w zabawie. Przeprowadzenie analizy ruchu ułatwia zrozumienie celu ćwiczeń oraz kształtowanie ich programu w pracy z dzieckiem. Daje prowadzącemu zajęcia wskazówki, jakich ruchów powinien dziecko

uczyć, jakie cechy pozytywne wzmacniać a jakie negatywne osłabić (Bogdanowicz, Kisiel, 1999, s. 68-73).

Geneza ruchu rozwijającego

Weronika Sherborne (ur. 28.07.1922 r., zm. 18.09.1990 r.) z wykształcenia była nauczycielką wychowania fizycznego i fizjoterapeutką. Studiowała w Kolegium Wychowania Fizycznego w latach 1940-1944. Następny rok spędziła w Studium Sztuki Ruchu w Manchesterze, obecnie noszącym nazwę Centrum Ruchu i Tańca im. Labana. Tam znalazła się pod wpływem twórczości Rudolfa Labana. Znajomość ta wywarła decydujący wpływ na życie i twórczość Weroniki Sherborne. W tym okresie Laban osiedlił się w Wielkiej Brytanii, z dała od prześladowań politycznych i zaczął wcielać w życie swoją „filozofię ruchu”. Znajomość studentki W. Sherborne z nauczycielem R. Labanem przerodziła się z czasem w przyjaźń i wieloletnią współpracę. R. Laban zaprosił ją do udziału w przygotowaniu książki „Modern Educational Dance” (Współczesny taniec edukacyjny) oraz do pracy w swoim ośrodku. Jednak Sherborne zdecydowała się na pracę nauczycielki wychowania fizycznego i tańca. Przełomowym momentem w jej działalności był udział w kursie zorganizowanym w Bristolu przez Krajowe Towarzystwo Higieny dla osób, które chciały pracować z dziećmi upośledzonymi umysłowo. Wtedy W. Sherborne zaczęła rozwijać własną metodę oddziaływania na dzieci upośledzone umysłowo oraz kształcić nauczycieli w tym zakresie. Od początku kontaktu z dziećmi upośledzonymi umysłowo wykazała głębokie zrozumienie dla tych dzieci, jak i osób pracującymi z nimi. W. Sherborne wprowadziła wiele do teorii Labana, rozwijając ją w kierunku humanistycznym. Zwróciła uwagę na potrzebę zacieśniania bliskich związków między ludźmi jako bardzo ważny czynnik dla rozwoju osobowości dziecka, niejednokrotnie niedocenianą i nierealizowaną w szkol-

nictwie. Idea wspomaganie rozwoju dziecka przez nawiązanie więzi emocjonalnej z innymi pogłębia „filozofię ruchu”. Weronika Sherborne poświęciła 30 lat swego życia na kształcenie nauczycieli. Oprócz tego wiele podróżowała, m.in. do Norwegii, Belgii, USA a także do Polski, którą kilkakrotnie odwiedziła. Jest współautorką kilku książek i artykułów poświęconych wychowaniu i terapii dzieci upośledzonych. Napisała podręcznik swojej metody pt. „Ruch rozwijający dla dzieci”. Do dziś działa także fundacja założona przez jej córkę Sarah Sherborne i jej uczniów (Bogdanowicz, Kasica, 2003, s. 9, 10).

Założenia metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne

Założeniem metody jest wspomaganie prawidłowego rozwoju dzieci i korygowanie jego zaburzeń. Stosowane ćwiczenia wywodzą się ze szkoły Labana i własnych doświadczeń Sherborne. Główną ideą metody jest posługiwanie się ruchem jako narzędziem wspomagania rozwoju psychoruchowego dziecka i terapii zaburzeń tego rozwoju. System ćwiczeń, na którym opiera się Weronika Sherborne, wywodzi się z naturalnych potrzeb dziecka, zaspakajanych w kontakcie z dorosłymi osobami. Relacja ta, potocznie zwana baraszkowaniem, pojawia się wczesnym dzieciństwie u każdej zdrowego dziecka i w każdej dobrze funkcjonującej rodzinie (Przybok, 1992, s. 434). Osoby biorące udział mają do dyspozycji tylko swoje ciała. Ćwiczenia są bardzo proste, a ich ilość jest nieograniczona. Zależy od fantazji i pomysłowości ćwiczących. Genialność tej metody polega na jej naturalności i prostocie. Podstawowe założenia metody to rozwijanie poprzez ruch świadomości własnego ciała, sprawności ruchowej, świadomości przestrzeni i działania w niej, dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązania z nimi bliskiego kontaktu (Matysiak, 2010, s. 133). Podstawowym celem tej metody jest rozwijanie u uczestników dwóch aspektów: świadomości siebie i innych.

Świadomość siebie osiąga się poprzez doświadczenie ruchowe, które pomaga skoncentrować się tak, żeby mieć świadomość swojego ciała i tego, co się z nim dzieje. Wsłuchujemy się w nie, odczuwając dotyk i odbierając bodźce z zewnątrz. Sprzyja to podnoszeniu samoakceptacji zarówno w sferze fizycznej, jak i emocjonalnej. Natomiast w świadomości innych kluczem jest nauka poruszania się pomiędzy ludźmi i wchodzenie z nimi w interakcje w sposób, który ułatwia budowanie zaufania i pozytywnych relacji. Udział w grupowych zajęciach ruchowych umożliwia uzyskanie odpowiedniego wsparcia i stanowi rozwój odkrywania indywidualnej kreatywności. Dzieci podczas zajęć poznają swoje otoczenie i uczą się być w nim bezpieczne. We wszystkich ćwiczeniach ważnym elementem jest świadomość różnorodnych cech ruchu. Dzieci z zaburzeniami mają duże problemy ze zróżnicowaniem i kontrolą tempa ruchu, jego siły, kierunku oraz przepływu. Ukoronowaniem ćwiczeń jest rozwinięcie u dziecka ruchu kreatywnego przez twórczą ekspresję, spontaniczność, brak zahamowań, swobodę (Bogdanowicz, Kasica, 2003, s. 17-19). Zastosowanie tej metody ukazują szerokie możliwości do pracy z dziećmi różnego rodzaju odchyleniami w rozwoju (zaburzenia intelektualne, motoryczne, emocjonalne oraz trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych).

Stosowanie metody Weroniki Sherborne w Polsce

Metoda Ruchu Rozwijającego jest upowszechniona w Polsce od przełomu lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych dzięki współpracy Ministerstwa Oświaty i Wychowania oraz British Council. Metoda jest wykorzystywana w następujących placówkach oświatowych i służby zdrowia dla dzieci z różnymi zaburzeniami rozwoju i różnorodnymi potrzebami edukacyjnymi :

- dzieci upośledzone umysłowo,
- dzieci autystyczne,

- dzieci z wczesnym porażeniem mózgowym,
- dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi i zaburzeniami zachowania,
- dzieci z niekorzystnych środowisk wychowawczych,
- dzieci głuchych i niewidomych (www.publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=178).

Organizacja zajęć stymulacyjno-terapeutycznych

Projektując zajęcia z Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, trzeba pamiętać, że mają one pomóc dziecku w poznaniu siebie, zdobyciu do siebie zaufania, poznaniu innych i nauczeniu się im ufać, co ma doprowadzić do aktywnego i twórczego życia. Pomagamy dziecku przede wszystkim ruchem, poprzez bliski kontakt fizyczny z drugim człowiekiem. Jeżeli zrozumie się dobrze cel zajęć to forma i propozycje ćwiczeń będą same się nasuwały. Będzie się to działo w sposób naturalny, jak naturalnie i spontanicznie robią to małe dzieci w kontaktach ze swoimi rodzicami. Planując zajęcia trzeba wziąć pod uwagę wiek uczestników, liczebność grupy, miejsce i czas trwania zajęć. Projektując jak i prowadząc zajęcia należy pamiętać o obowiązujących zasadach, którymi ma się kierować osoba prowadząca: uczestnictwo w zajęciach jest dobrowolne, trzeba nawiązać kontakt wzrokowy z każdym dzieckiem. Zajęcia powinny być dla dziecka przyjemne i dawać radość z aktywności ruchowej i kontaktu z innymi ludźmi oraz dziecko powinno mieć satysfakcję z pokonywania własnych trudności i lęków (Kokosz, 2003, s. 437). Prowadzący powinien brać udział we wszystkich ćwiczeniach. Trzeba stymulować i zauważać dziecko podczas ćwiczeń oraz dać mu szansę na twórcze działanie. Trzeba mieć podczas zajęć dobry humor, nie krytykować dzieci, ale trzeba je chwalić za starania i wysiłek. Nie należy stosować rywalizacji. Trzeba rozszerzać stopniowo krąg doświadczeń społecznych dziecka: najpierw ćwiczenia

w parach, następnie w trójkach, a na końcu całą grupą. Ćwiczenia powinny być naprzemiennie dynamiczne i relaksacyjne. Trzeba uczyć dzieci używania siły jak i zachowania delikatności i opiekuńczości względem drugiej osoby. We wszystkich ćwiczeniach, w których to możliwe, trzeba zadbać, aby dziecko znalazło się w pozycji dominującej ze zmianą ról. Początek zajęć ma zawierać ćwiczenia o charakterze spotkań dających poczucie bezpieczeństwa, oparcia oraz bliskiego kontaktu. Na koniec zajęć stosuje się relaksację, która wycisza i uspokaja. Terapeuta przed zajęciami opracowuje własny scenariusz, lecz nie stara się go dokładnie realizować. Program ten nie zawsze może odpowiadać dzieciom w danym dniu. Więc musi on być modyfikowany w trakcie zajęć, według potrzeb dzieci (Bogdanowicz i inni, 1992, s. 35-44).

Organizacja ćwiczeń i grup zajęciowych

Zajęcia można prowadzić indywidualnie, jednak ze względu na wartość rozwoju społecznego dziecka wskazanie jest, aby je prowadzić w grupie. W grupie powinno być od 6 do 14 dzieci. Wiek dzieci jest dowolny. Każde dziecko powinno mieć starszego partnera. Partnerami mogą być rodzice, młodzież czy starsze dzieci chętne do współpracy. Skład grupy powinien być stały. Zajęcia mają odbywać się systematycznie. Minimum raz w tygodniu, po godzinie. Początkowo zajęcia mogą być znacznie krótsze, ok. 20-30 min, zależne od samopoczucia i możliwości dzieci. Najlepiej aby zajęcia odbywały się na odpowiednim podłożu (np. parkiet, panele) oraz w pomieszczeniu mającym dużo świeżego powietrza. Zajęcia mogą odbywać się w każdych warunkach i nie wymagają specjalistycznych urządzeń. Najlepszym „przyrządem gimnastycznym” jest ciało drugiego człowieka. Najlepiej ćwiczyć boso, ponieważ wtedy jest lepszy kontakt z podłogą i poczucie oparcia o nią. Prowadzeniem grupy powinny zajmować się dwie osoby, które mogą sobie wzajemnie pomagać i przygotowywać

program oraz wspólnie analizować wydarzenia w trakcie zajęć. Na początku zajęć ćwiczenia powinny być skoncentrowane na każdym dziecku z osobna. Następnie należy przejść do ćwiczeń w parach (dwie osoby), kolejno do małych grup (3-4 osoby), a na końcu można pracować całą grupą. Dzięki temu u dzieci wzrasta poczucie bezpieczeństwa w relacjach z innymi osobami (Bogdanowicz, Okrzesik, 2009, s. 126, 127).

Korzyści wynikające ze stosowania metody Weroniki Sherborne

Dzięki metodzie realizowane są następujące potrzeby:

- poczucia bezpieczeństwa,
- rozluźnienia i relaksu,
- rozładowanie napięcia,
- akceptacja samego siebie,
- poczucia siły i własnej wartości,
- bliskiego kontaktu z innymi ludźmi,
- poczucia własnej energii,
- poznanie swojego ciała,
- odkrywanie własnych możliwości,
- zaufania do siebie i innych,
- doznawania przyjemności, radości i zabawy,
- bliskości fizycznej drugiego człowieka,
- więzi z grupą,
- akceptacji swojego ciała,
- pewności siebie,
- poczucie partnerstwa (Matyjas, 2004, s. 196, 197).

Ćwiczenia stosowane w metodzie Weroniki Sherborne

Ćwiczenia prowadzące do poznania własnego ciała:

1. Wyczuwanie brzucha, pleców, pośladków:

- leżenie na plecach; leżenie na brzuchu; ślizganie się w kółko na brzuchu, to samo na plecach,
 - siedząc – przyciąganie kolejno nóg (ręce oparte wzdłuż boków),
 - kręcenie się w kółko na poślankach,
 - bezpieczny przewrót na plecy (dzieci kręcąc się same przewracają się bezpiecznie na plecy),
 - siedząc: przyciąganie głowy, rozprostowywanie się do pozycji leżącej,
 - czołganie się na brzuchu do przodu, z wyciąganiem i zginaniem na przemian rąk i nóg,
 - czołganie się na plecach do przodu z wyciąganiem i zginaniem na przemian rąk i nóg,
 - pełzanie ze złączonymi nogami do przodu i tyłu – przesuwanie się na poślankach do przodu i tyłu (nogi zgięte w kolanach, ręce obejmują kolana).
2. Wyczuwanie nóg i rąk. Wyczuwanie kolan w pozycji siedzącej:
- podciąganie kolan do siadu skulonego,
 - pchanie kolan do siadu prostego (pokonując opór),
 - w siadzie prostym – rozcieranie, masowanie i poklepywanie kolan,
 - maszerowanie i bieganie z podnoszeniem wysoko kolan,
 - bieganie z uderzaniem stopami o poślanki, o piłkę.
3. Wyczuwanie nóg (w ruchu):
- chodzenie, bieganie na „sztywnych” nogach (jak roboty, jak nakręcane lalki),
 - chodzenie na „gumowych” nogach,
 - chodzenie na palcach, piętach, zewnętrznych krawędziach stopy, wewnętrznych.

4. Wyczuwanie nóg:
 - siedząc (nogi wyprostowane):
 - dotykane palcami stóp podłogi,
 - uderzanie o podłogę piętami,
 - uderzanie o podłogę całą stopą (szybko i wolno).
5. Wyczuwanie łokci:
 - siedząc (kolana zgięte):
 - dotykane łokciami kolan,
 - dotykane prawym łokciem lewego kolana i odwrotnie (ruchy naprzemienne).
6. Wyczuwanie twarzy – siedzenie w kole:
 - wytrzeszczanie oczu („duże oczy”), mrużenie oczu,
 - zabawne miny.
7. Wyczuwanie całego ciała:
 - leżenie na plecach,
 - turlanie się (mięśnie naprężone i rozluźnione) – leżenie z rękami wzdłuż ciała (napinanie i rozluźnianie mięśni).

Ćwiczenia pozwalające zdobyć pewność siebie i poczucie bezpieczeństwa w otoczeniu.

Wszystkie ćwiczenia dotyczące wyczuwania brzucha, pleców, pośladków, całego ciała sprawiają, że dzieci zaczynają czuć się bezpieczniej w otoczeniu. Stosuje się następujące ćwiczenia:

- ćwiczenia indywidualne (leżenie na plecach, na brzuchu jako odpoczynek),
- ćwiczenia w parach: jedna osoba robi „mostek”, a druga obchodzi ją na czworakach, przechodzi pod, przez, nad, dookoła,
- ćwiczenia w grupie: grupa tworzy „tunel” – pozostałe dziecko czołga się pod tunelem na plecach, brzuchu itp.; grupa leży na brzuchu w rzędzie, a dziecko pełza po po-

śladkach wszystkich dzieci. Wykonywanie tych ćwiczeń pozwala nauczyć się współpracy w grupie, czekania na swoją kolej.

Ćwiczenia ułatwiające nawiązywanie kontaktu i współpracy z partnerem i grupą.

Ćwiczenia „z” określają funkcjonowanie dziecka w relacjach opiekuńczych z silnym i aktywnym partnerem, dają możliwość przeżycia wspólnego wysiłku fizycznego, rozwijają i uczą koncentracji, zwracania na siebie uwagi. Są dobrą zabawą, której towarzyszy śmiech, okrzyki. Wydobywają z dziecka nagromadzone emocje i niwelują napięcia. Rodzaje ćwiczeń:

- pozycja siedząca: ćwiczący siedzi opierając się plecami o partnera (nogi ugięte w kolanach):
 - pcha plecami partnera, starając się pokonać jego opór (zmiana ról),
 - pozycja jak wyżej,
- kładzenie się na przemian plecami na plecy partnera z unoszeniem bioder,
- ciągnięcie za kostki ćwiczącego, leżącego na brzuchu lub na plecach,
- ciągnięcie za przeguby rąk lub łokcie ćwiczącego leżącego na plecach,
- kołysanie: pozycja siedząca, tworzenie „fotelika” dla ćwiczącego „pasywnego” i obejmowanie go, łagodnie kołysząc do przodu,
- kołysanie w różnych kierunkach: obejmujemy jedną ręką partnera, drugą opieramy z tyłu o podłogę, „opiekujący się” musi cały swój ciężar przenieść na rękę opartą z tyłu,
- przyjęcie całego ciężaru partnera: ćwiczący „aktywny” w klęku podpartym, „pasywny” kładzie się dowolnie (na

- plecach, brzuchu, wzdłuż i w poprzek), „aktywny” porusza się po sali w różnych kierunkach,
- prowadzenie „ślepcy”: ćwiczący zamyka oczy i jest oprowadzany (jest to ćwiczenie trudniejsze, niż się wydaje, wymaga zaufania do „przewodnika” raz zdecydowania i pewności siebie osoby aktywnej),
 - próby utrzymania równowagi i ciężaru ciała:
 - ćwiczący, leżąc na plecach (nogi zgięte), podtrzymuje za ręce współćwiczącego leżącego na brzuchu (plecach),
 - ćwiczący, leżąc na plecach (nogi podniesione i wyprostowane), podtrzymuje za ręce współćwiczącego leżącego na jego stopach. Są to ćwiczenia zaawansowane, które przyzwyczajają do kontaktu wzrokowego. Dla relaksu stosować można: masażyki, słuchanie muzyki relaksacyjnej, słuchanie kołysanek.

Ćwiczenia „Przeciw” w parach:

- „Skala”: ćwiczący staje stabilnie w rozkroku podpartym lub siedzi mocno podparty o podłogę; współćwiczący próbuje przesunąć „skałę”, pchając lub ciągnąc w różnych kierunkach (ulubione ćwiczenie dzieci),
- „Worek”: to samo ćwiczenie ze współćwiczącym leżącym na plecach lub brzuchu, a także próbowanie przewrócenia współćwiczącego na drugą stronę,
- „Paczka”: dziecko zwija się w kłębek, a współćwiczący usiłuje „rozwiązać paczkę”, ciągnąc za nogi i ręce; „paczka” może zostać podniesiona w górę („nierozwiązana”), co dowodzi dużej koncentracji energii i skupienia na zadaniu (ulubione ćwiczenie dzieci).

Ćwiczenia „Razem” w parach (obydwaj partnerzy aktywni):

- partnerzy siedzą złączeni plecami, po czym wstają, nie odrywając się od siebie, napierając na siebie plecami tak, aby obydwaj powstałi,
- kołysanie się: siedząc przodem do siebie z lekko zgiętymi nogami, ćwiczący trzymają się za ręce lub przeguby; na zmianę kładą się na plecy i są przeciągani przez partnera (ze zmianą ról),
- równowaga: stojąc do siebie twarzą i trzymając się za ręce, ćwiczący odchylają się i przechodzą do siadu, a następnie razem wstają.

W grupie (uczestniczy troje lub więcej dzieci), wszyscy pracują razem jako grupa:

- kołysanie: dwóch ćwiczących siedzi naprzeciwko, pomiędzy nimi trzeci, kolana lekko ugięte i rozsunięte, ręce wyciągnięte do przodu; ćwiczący w środku jest kołysany na boki przez partnerów; uwaga skupia się na podtrzymaniu jego głowy i ramion, należy czuwać nad płynnością ruchów.
- ćwiczenia skoczne: dwóch współćwiczących wspomaga osobę skaczącą, trzymając ją za dłonie i łokcie,
- huśtanie: dwóch współćwiczących huśta trzeciego partnera, trzymając go za kostki i nad-garstki.

Więcej ćwiczących w kole lub na plecach:

- a) wszyscy przewracają się jednocześnie na przemiennie na prawy i lewy bok,
- b) zginanie i prostowanie nóg,
- c) nie odrywając ramion, zginają ręce w łokciach i próbują połączyć ręce w koło,
- d) wykonanie rozety – ćwiczenia te uczą koordynacji w grupie (są dość trudne do wykonania), mobilizują grupę ćwiczącą.

Ćwiczenia twórcze

Osoba prowadząca zajęcia powinna obserwować dzieci, zachęcać je, ośmielać, chwalić, a wtedy ćwiczenia przekształcą się w „ruch twórczy”. Ćwiczenia „twórcze” pozwalają nawiązać i pogłębić stosunki międzyludzkie, dają możliwość uwolnienia się od wewnętrznych napięć i niepokojów (Bogdanowicz, Okrze-sik, 2009, s. 20-68).

Zastosowanie metody Weroniki Sherborne w pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo

Weronika Sherborne metodą Ruchu Rozwijającego opracowała z myślą o dzieciach z zaburzeniami psychoruchowymi, głównie zaś dzieciach z upośledzeniem w stopniu głębszym. Metoda ta przyczynia się do rozwoju w dwóch ważnych dziedzinach: wykształcenie własnego obrazu oraz nawiązanie kontaktów społecznych. Świadomość samego siebie i wycucie ciała są podstawą wyodrębnienia własnej osoby z otoczenia oraz dają poczucie własnej tożsamości. Dzieci te nie zdają sobie sprawy z tego, że mają tułów, plecy, biodra, ramiona. Ważna jest żeby im pomóc wyodrębnić centralną część ciała – tułów, ponieważ łączy on głowę z kończynami dolnymi. Świadomość, że posiada się tułów, pomaga dziecku w poruszaniu. Przykład ćwiczenia: zwijanie się w ciasną paczkę, rozpakowywanie prezentu. Innymi istotnymi ćwiczeniami są te, które pozwalają kontrolować ciężar ciała i kontrolowanie podtrzymujących części ciała, np. kolan. Przez te ćwiczenia dziecko czuje się jako wyodrębniona całość, ma poczucie władania własnym ciałem. Skuteczniejsza aktywność ruchowa doprowadza do poczucia bezpieczeństwa, które wynika z pełnego oparcia o podłoże (dziecko czuje się stabilnie).

Drugą ważną dziedziną jest nawiązanie kontaktów interpersonalnych. Dzieci upośledzone umysłowo słabo interesują się otoczeniem i nie przejawiają aktywności w celu nawiązania kontak-

tu. W. Sherborne charakteryzuje typowe trudności tych dzieci: brak reakcji na bodźce zewnętrzne, szczególnie w zakładach opiekuńczo-wychowawczych, gdzie nie można zająć się każdym dzieckiem. Dzieci zamykają się w sobie, obojętne są na otoczenie, ssą palec, kołyszą się. Wskazane jest oddziaływanie głosem ludzkim, dotykiem, ćwiczenia w wodzie. Następną trudnością jest unikanie kontaktu wzrokowego (charakterystyczne dla dzieci autystycznych) lub uciekanie do drugiej osoby. Badania potwierdzają, że dzieci te pragną kontaktu i udziału w zabawie. Lecz lęk przed kontaktem fizycznym może wyeliminować dzięki radości płynącej z najprostszych zabaw ruchowych, takich jak huśtanie, podskakiwanie, ciągnięcie za ręce po podłodze. Na początku można wykonywać ćwiczenia bez kontaktu wzrokowego, jeśli dziecko się boi. W takich sytuacjach warto włączyć do zabawy jego ulubioną zabawkę, a później przejść do ćwiczeń z osobą. Kolejnym czynnikiem jest dominacja w kontaktach – na początku dziecko jest osobą dominującą i trzeba to we wczesnej terapii zaakceptować, aby utrzymać kontakt. Zmiana relacji może nastąpić, gdy zabawa przyniesie dziecku odprężenie i nabierze ono zaufanie do partnera. Ostatnią trudnością jest brak inicjatywy – słaba aktywność czy brak motywacji do działania. Dzieci przejawiające takie nastawienie potrzebują zachęty i pomocy. Trzeba zajęcia wzbogacić elementami treściowymi. Zdaniem Sherborne „poprzez odtworzenie wczesnoniemowlęcych zabaw między rodzicami a dzieckiem, których dziecko upośledzone najczęściej nie doświadczyło, możemy pomóc mu w odnalezieniu siebie i w nawiązaniu kontaktu z innymi (Sherborne, 1983, s. 303). Aby osiągnąć cel tych zabaw, konieczna jest odpowiednia atmosfera – tzn. ćwiczenia muszą być wesołe, a nauczyciel sam musi się bawić z dziećmi, fizycznie musi uczestniczyć, pokazując ćwiczenia, wykonując je razem z dziećmi. W atmosferze zabawy prowadzący rozszerza zakres doświadczeń ruchowych, prowadząc dziecko

tak daleko, jak daleko jest ono w stanie dojść (Przasnyska, 1989, s. 134).

BIBLIOGRAFIA

- [1] Belszyński J. (2005), *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem*, Kraków.
- [2] Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M. (1992), *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, Warszawa.
- [3] Bogdanowicz M., Kasica A. (2003), *Ruch Rozwijający dla wszystkich*, Gdańsk.
- [4] Bogdanowicz M., Okrzesik D. (2009), *Opis i planowanie zajęć według Metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne*, Gdańsk.
- [5] Borkowska M. (1997), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo, cz. II. Usprawnianie ruchowe*, Warszawa.
- [6] Kokosz M. (2003), *Metoda Sherborne*. W: Zembaty A. (red). *Kinezyterapia T.II*, Kraków.
- [7] Krempa B. (2007), W: Skorek M.E.(red). *Terapia pedagogiczna, T.I, Zaburzenia rozwoju psychoruchowego dzieci*, Kraków.
- [8] Matyjas B. (2004), *Metoda Ruchu Rozwijającego*. W: Pilch T. (red). *Encyklopedia XXI wieku, T. III, M-O*, Warszawa.
- [9] Wróbel D. (2007), *Metoda Ruchu Rozwijającego*. W: Skorek E. M. (red). *Terapia pedagogiczna, T. II, Zagadnienia praktyczne i propozycja zajęć*, Kraków.
- [10] Sherborne W. (1999), *Ruch Rozwijający dla dzieci*, Warszawa.
- [11] Przasnyska M. (1989), *Nauczanie kultury fizycznej w szkole życia według programu ruchu Weroniki Sherborne*, *Szkoła Specjalna*, nr 2.
- [12] Krzyż E., Cybulska E. (2010), *Ruch który rozwija*, *Bliżej Przedszkola*, nr 6.

- [13] Patyk K. (2008), Warsztat metodyczny pedagoga specjalnego, *Edukacja i Dialog*, nr.11.
- [14] Przybok M. (1992), Ruch Rozwijający Weroniki Sherborne w pracy w domu dziecka, *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, nr 10.
- [15] Sherborne W. (1983), Ćwiczenia ruchowe dla dzieci głębiej upośledzonych umysłowo, *Szkoła Specjalna*, nr 4.
- [16] [www.publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=178](http://www publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=178) (pobrano 5.04.2013).

Agnieszka Gorzyńska

STYMULACJA PROCESÓW SENSOMOTORYCZNYCH U DZIECI ZE SPEKTRUM AUTYZMU W WIEKU OD 2 DO 7 LAT

Streszczenie

Dzieci ze spektrum autyzmu w wieku od 2 do 7 lat prezentują zaburzenia o podłożu neurologicznym wielu stref. Badania wykazują, że w tej grupie aż 50- 80% ma trudności z przetwarzaniem sensorycznym. W artykule przedstawię na czym polega zaburzenie autystyczne i dlaczego ma taki silny związek z przetwarzaniem sensorycznym. Omówię także typy zaburzeń przetwarzania sensorycznego, rolę terapeuty w procesie stymulacji tych procesów oraz przykłady ćwiczeń terapeutycznych stymulujących te procesy.

Słowa kluczowe

autyzm, przetwarzanie sensoryczne, nadreaktywność, nadwrażliwość, stymulacja sensomotoryczna

Abstract

Children aged from 2 to 7 who suffer from the autistic spectrum present neurologically-based disorders in a large number of zones. Research show that 50 to 80 per cent of children in this group have difficulties with sensory processing. The present article shows what the autistic disorder is and why it has such a strong connection with sensory processing. There are also discussed the types of sensory processing, the role of the therapist in the process of stimulation of these processes and the examples of therapeutic exercises that stimulate these processes.

Keywords

autism, sensory processing hyperresponsiveness, hypersensitivity, sensorimotoric stimulation

„Niektórzy ludzie z autyzmem wiodą życie w ciszy, zamknięci w sobie, inni szaleją, bo rzeczywistość ich przytłacza. Niektórzy z nich nigdy nie nauczą się poprawnie dziękować. Są jednak tacy, którym ten zwrot tak lekko przechodzi przez usta, że sprawiają wrażenie, jakby rozumieli, co im się właśnie wymknęło. Niektórzy ludzie z autyzmem chętnie się śmieją i dużo gadają, inni są raczej rzeczowi i mało mówni. Niektórzy ludzie z autyzmem rozpaczają z powodu przygnębiających myśli, inni zasiedlają słoneczną stronę życia. Życie w autyzmie jest kiepskim przygotowaniem do życia w świecie bez autyzmu. Uprzejmość zastawiła wiele pułapek, w które można wpaść. Ludzie z autyzmem żadnej nie ominą; są w tym mistrzami” (Brauns, 2009, s. 18).

Autyzm – terminologia

Termin „autyzm” gr. *autos* (sam) w odniesieniu do zaburzeń występujących u dzieci został po raz pierwszy użyty przez Leo Kanner w 1943 roku. Opisał on grupę 11 dzieci, u których występował bardzo specyficzny wzorzec zachowań. Kanner zauważył, że dzieci są zamknięte w odosobnionym własnym świecie. Określił także cechy charakterystyczne dla autyzmu:

- „niezdolność do rozwijania stosunków społecznych,
- stereotypowe, powtarzające się czynności w trakcie zabawy,
- wystąpienie zaburzeń w okresie niemowlęctwa,
- brak rozwoju mowy (mowa niekomunikatywna),
- zdolność mechanicznego zapamiętywania,
- dążenie do niezmienności,
- brak wyobraźni,

- opóźnienie w rozwoju językowym,
- odwracanie zaimków,
- echolalia” (Jaklewicz, 1993 s. 11).

Diagnozowanie autyzmu opiera się najczęściej na podstawie kryteriów sformułowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne – DSM-IV:

A. „Jakościowe zaburzenia interakcji społecznych, manifestujące się przez co najmniej dwa z następujących objawów:

- 1) znaczne zaburzenia złożonych niewerbalnych zachowań, takich jak kontakt wzrokowy, ekspresja twarzy, postawa ciała i gestykulacja, w celu regulowania interakcji społecznych,
- 2) brak związków rówieńniczych właściwych dla danego poziomu rozwoju,
- 3) brak spontanicznego współdzielenia radości, zainteresowań lub osiągnięć z innymi ludźmi (np. brak pokazywania, przynoszenia, wskazywania obiektów zainteresowania),
- 4) brak społecznej lub emocjonalnej wzajemności (wymiany).

B. Jakościowe zaburzenia w komunikacji, manifestujące się przez przynajmniej jeden z następujących objawów:

- 1) opóźnienie lub brak rozwoju językowego, połączone z brakiem prób kompensowania przez alternatywne sposoby komunikacji, takie jak gestykulacja czy mimika,
- 2) u jednostek z prawidłowym rozwojem mowy znaczne zaburzenia zdolności inicjowania lub podtrzymywania konwersacji,
- 3) stereotypie i powtarzanie lub język idiosynkra-

tyczny,

- 4) brak zróżnicowanej spontanicznej zabawy z udawaniem lub zabawy opartej na społecznym naśladowaniu, właściwej dla danego poziomu rozwoju.

C. Ograniczone, powtarzane i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i działania, manifestujące się przez przynajmniej jeden z następujących objawów:

- 1) zaabsorbowanie jednym lub kilkoma stereotypowymi i ograniczonymi wzorcami zainteresowań, których intensywność lub przedmiot są nietypowe,
- 2) sztywne przywiązanie do specyficznych, niefunkcjonalnych zwyczajów i rytuałów,
- 3) stereotypowe i powtarzane manieryzmy ruchowe (np. trzepotanie palcami, rękoma, kręcenie się lub złożone ruchy całego ciała),
- 4) uporczywe zajmowanie się częściami obiektów” (Pisula, 2010, s. 18, 19).

Tak więc od czasów badań przeprowadzonych przez Kannera nastąpił bardzo duży postęp w wiedzy na temat autyzmu. Wyodrębniono więc 3 główne obszary, w których ujawniają się nieprawidłowości. Należą do nich:

- zaburzenia w umiejętności komunikowania się,
- niewielki poziom wyobraźni połączony z dużym schematyzmem działań i małym wachlarzem zainteresowań,
- deficyty w zachowaniach społecznych, które objawiają się brakiem zdolności tworzenia interakcji międzyludzkich.

Autyzm należy więc do zaburzeń neurorozwojowych, który ujawnia się do 36. miesiąca życia. Badania wykazują, że około 25% osób, u których wykryto autyzm dziecięcy, funkcjonuje na późniejszym etapie w granicach normy intelektualnej.

Procesy przetwarzania sensorycznego u dzieci ze spektrum autyzmu

Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych dowodzą, że 50-85% dzieci dotkniętych schorzeniem autyzmu ma problemy z przetwarzaniem sensorycznym. „Przetwarzanie sensoryczne jest to zdolność mózgu do prawidłowego scalania informacji dostarczanych przez zmysły. Sygnały przekazywane przez zmysły: dotyku, ruchu, powonienia, smaku, wzroku i słuchu, łączą się w mózgu z wcześniej pozyskanymi informacjami” (Sher, 2013, s. 25). Tak więc przetwarzanie sensoryczne to nadawanie sensu otaczającej nas rzeczywistości z wykorzystaniem obrazów utrwalonych w pamięci. Ważne są także etapy przetwarzania sensorycznego. Cały proces rozpoczyna się od odbioru- rejestracji jakiegoś odczucia. Kolejnym etapem jest orientacja- umożliwia ona skupienie uwagi. Bardzo ważnym następnym procesem jest interpretacja czyli zrozumienie informacji, które do nas napływają. Ostatnim etapem jest organizacja – niezbędna do wywołania pożądanej reakcji.

Jeżeli proces przetwarzania sensorycznego przebiega bez zakłóceń czynności wykonywane przez człowieka są płynne. U dzieci autystycznych bardzo często „napływająca informacja sensoryczna nie jest odpowiednio połączona w mózgu. Dziecko odczuwa inaczej. Nie zawsze dociera do niego właściwy obraz jego własnego ciała i otoczenia a to błędne wyobrażenie powoduje problemy z rozwojem, przetwarzaniem informacji i zachowaniem” (tamże, s. 26).

Dzieci te nie potrafią dostosować się do codziennych sytuacji ponieważ pojawiają się u nich problemy z odbieraniem i analizowaniem bodźców zmysłowych. Dzieci przejawiają więc:

- trudności w odczycie komunikatów płynących z zewnątrz werbalnych jak i niewerbalnych,

- niski poziom koordynacji wzrokowo- ruchowej,
- problemy z integracją społeczną,
- zaburzenia mowy,
- nadwrażliwość na dźwięki, dotyk, oświetlenie,
- wysoką tolerancją na bodźce płynące ze środowiska,
- trudności z przekraczaniem linii środka własnego ciała,
- hiperaktywność lub hipoaktywność,
- dużą potrzebą poruszania się,
- zaburzenia integracji odruchów.

Dzieci ze spektrum autyzmu, które przejawiają problemy sensoryczne cierpią więc na nadreaktywność lub defensywność sensoryczną. Nadwrażliwość przejawia się bardzo często w stosunku do:

- noszonych ubrań – wszystko uciska, kłuje;
- chodzenia – dzieci bardzo często chodzą na palcach, ponieważ reakcja sensoryczna na kontakt nogi z podłożem jest zbyt intensywna,
- hałasu – dzieci intensywniej odbierają dźwięki – często dodatkowo hałasują lub uciekają,
- zapachu.

Dzieci mogą także reagować odmiennie jeśli są podreaktywne. Przykładowo zamiast unikania przy chodzeniu kontaktów ciała z podłożem mogą być bardzo aktywne ruchowo. Często można zauważyć obracanie się wokół własnej osi.

Carol Kranowitz pisze, iż dzieci bardzo często mogą przechodzić z jednej skrajności w drugą. „Dziecko może być zarówno nadreaktywne, jak i podreaktywne w obrębie jednego układu sensorycznego, być nadreaktywne w stosunku do jednego rodzaju wrażeń i podreaktywne w stosunku do innego rodzaju wrażeń. Może różnie reagować (raz nad – a raz podreaktywnością) na ten sam bodziec, w zależności od czasu i kontekstu” (Kranowitz, 2013, s. 13).

U dzieci ze spektrum autyzmu wyróżnia się kilka rodzajów zaburzeń przetwarzania sensorycznego, a mianowicie:

- typ I – zaburzenia modulacji sensorycznej,
- typ II – zaburzenia ruchowe o podłożu sensorycznym,
- typ III – zaburzenia dyskryminacji sensorycznych.

Badania nad typami tych zaburzeń prowadzili doktor Stanley Greenspan oraz terapeutka zajęciowa dr Lucy Miller. Typ I określili jako modulację sensoryczną oraz problemy wynikające z jej braku. W książce *Sensational Kids* Miller opisują te zaburzenia jako „niemożność dopasowania intensywności reakcji do intensywności odczucia. Prowadzi to do nadreaktywności, która objawia się nasiloną czujnością” (Sher, 2013, s. 27).

Drugi typ autorzy określili jako dysfunkcję, która pojawia się w momencie złej interpretacji bodźców z układu proprioceptywnego oraz przedsionkowego. Dziecko więc ma zaburzone takie funkcje jak naśladowanie i czynności z tym związane. Ostatni typ naukowcy zakwalifikowali jako brak umiejętności co do rozróżniania zbliżonych do siebie wrażeń zmysłowych. Dzieci z tą dysfunkcją nie potrafią rozpoznać przedmiotu nie patrząc na niego.

Bardzo ważnym aspektem przy diagnozowaniu stymulacji sensorycznej jest prawidłowo przeprowadzony wywiad przez terapeutę. Od obserwacji zachowań dziecka oraz rozmowy z rodzicami jest zależny dobór metody oraz ćwiczeń stymulacyjnych. Przy ocenie prawidłowości sensomotoryki u dzieci z ASD należy zwrócić uwagę na:

- 1) słuch:
 - a) reagowanie na dźwięki o różnym natężeniu,
 - b) reakcja na dźwięki ciche i głośne,
 - c) wykazanie zainteresowania zabawkami dźwiękowymi,
 - d) pojawianie się autostymulacji słuchu (zatykanie uszu, proces wokalizacji);

- 2) wzrok:
 - a) reagowanie na zmianę natężenia i koloru oświetlenia,
 - b) działanie pola widzenia, wodzenie za przedmiotami,
 - c) reakcja na silnie stymulujące bodźce wzrokowe: świecące i migające zabawki, lampki choinkowe, okulary świetlne, tablice manipulacyjne,
 - d) pojawienie się autostymulacji wzroku (zaciskanie uszu, celowe wprawianie w ruch przedmioty, reakcja na elementy świetlne w zabawkach).

Stymulacja sensomotoryczna u dzieci z zaburzeniami autystycznymi

Stymulację sensoryczną u dzieci z autyzmem można pobudzić przez właściwą interwencję terapeutyczną. Jako pierwsza teorię integracji sensorycznej stworzyła dr Jean Ayres. Na podstawie jej badań zidentyfikowano zaburzenia sensoryczne i opracowano programy terapeutyczne. „W czasie terapii Ayres skupiała się na trzech podstawowych układach wzrokowo-dotykowy, przedsionkowy i proprioceptywnym. Pomimo, że są one mniej znane niż wzrok słuch i ruch, pełnią decydującą rolę w doświadczaniu i interpretowaniu bodźców środowiskowych oraz reakcjach na nie. Połączenia między tymi systemami zaczynają powstawać jeszcze w życiu płodowym i tworzą się dalej, w miarę jak człowiek dojrzewa i wchodzi w reakcje z otoczeniem. Układy te nie tylko łączą się ze sobą, ale także z innymi systemami w mózgu” (tamże, s. 29).

Układ zmysłowy wzrokowo-dotykowy – deficyty przetwarzania wzrokowego nie polegają na tym, że dziecko nie widzi. Proces ten jest o wiele bardziej złożony. Mózg dziecka niepoprawnie odbiera bodziec płynący ze zmysłu wzroku. Bardzo często dziecko z tą dolegliwością ma problemy z rozpoznaniem, zlokalizowaniem przedmiotu. Układ dotykowy jako, że jest naj-

większym gabarytowo układem w ciele dziecka reaguje nieprawidłowo na wiele bodźców takich jak: dotyk, ucisk, temperatura, ból. Dzieci ze spektrum autystycznym posiadające zaburzenie dotykowo-sensoryczne bardzo często błędnie odczuwają temperaturę i ból. Nie czują efektu oparzenia przy piciu wrzątku, nie czują bólu przy złamaniach. Dowodem na to może być zachowanie dziewczynki, która pojechała rowerem zakupić lody. W trakcie podróży przewróciła się i złamała nogę. Pogotowie wezwało matkę dziecka na miejsce zdarzenia. Zdziwienie matki było ogromne kiedy zobaczyła swoją córkę jedzącą lody. Dziecko nie odczuwało w ogóle bólu. Większym problemem dla niej był fakt, że lody zaraz się roztopiły. Zaburzenia dotykowe są także niebezpieczne w sferze odczuwania bólu związanego z dotykiem przedmiotów. Dzieci podwrażliwe często nie zdają sobie sprawy jaka jest rzeczywista faktura otaczających ich rzeczy. W efekcie czego uderzają o krzesła, meble, drzwi wyrządzając sobie często krzywdę. Układ wzrokowo-dotykowy odpowiada za:

- a) poznawanie własnego ciała,
- b) rozpoznawanie przedmiotów,
- c) różnicowanie bodźców wzrokowo-dotykowych

Układ przedsionkowy po raz pierwszy został opisany przez francuskiego anatoma Marie Pierre Flourensa. Jest on odpowiedzialny za orientację w przestrzeni. Dzieci z zaburzeniami sensorycznymi tego układu mogą mieć problemy z utrzymaniem równowagi oraz napięciem mięśniowym. Oczywiście jak w każdym układzie mamy do czynienia z nadwrażliwością i podwrażliwością. Ta pierwsza może objawiać się lękiem lub niechęcią do w stosunku do zajęć ruchowych, druga natomiast wywołuje u dzieci bardzo często nadmierny ruch. Układ ten odpowiada za:

- a) „kontrolowanie ruchów związanych z przyspieszeniami liniowymi i kątowymi działającymi na organizm,

- b) odbieranie informacji związanych z działaniem siły grawitacji,
- c) orientację w podłożu ciała w stosunku do powierzchni Ziemi,
- d) informowanie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) o położeniu głowy w stosunku do szyi i reszty ciała,
- e) podtrzymywanie prawidłowego napięcia mięśniowego,
- f) wyzwalanie odruchów niezbędnych do utrzymywania ciała w stanie spoczynku,
- g) rozwój mowy,
- h) utrzymanie stałego pola widzenia w czasie ruchów głowy”.

Układ proprioceptywny – lokalizacja tego układu (włókna mięśniowe) sprawia, że jest związany z dostrzeganiem własnego ciała i jego ruchów na poziomie podświadomym. Problem polega na tym, że bodźce mięśniowe nie docierają do mózgu prawidłowo. W efekcie dzieci ze spektrum autyzmu cierpiący na zaburzenia sensoryczne tego układu mają często problemy z częstym potykaniem się, przewracaniem, niezgrabnością ruchów, nietypową skrzywioną postawą ciała. Częstym problemem jest także brak odpowiedniego progu czuciowego w stosunku do dotykanych przedmiotów. Efektem jest rozrywanie zabawek, psucie, wyginanie przedmiotów. Bardzo ważnym problemem związanym z tym układem jest dyspraksja. „Praksja to inaczej planowanie motoryczne. Jest to umiejętność planowania i wykonywania różnych zadań ruchowych, na przykład naśladowania kogoś., wspinięcia się na drzewo lub przepisywania z tablicy. Nie jest to możliwe bez prawidłowego sygnału z układu sensorycznego i wtedy właśnie mamy do czynienia z dyspraksją” (tamże, s. 31). Reasumując układ ten jest odpowiedzialny za:

- a) poczucie obecności i odczuwanie ciężaru ciała,

- b) wytwarzanie odruchów prostowania i równowagi kształtujących prawidłową motorykę,
- c) poruszanie poszczególnymi częściami ciała bez udziału wzroku,
- d) ukształtowanie lateralizacji,
- e) wykonywanie precyzyjnych ruchów” (Kuleczka-Raszewska, Markowska, 2012, s. 26, 27).

Celem terapii zaproponowanej przez Ayres jest więc: „poprawianie jakości przesyłania i organizacji informacji sensorycznej oraz wytworzenie odpowiedniej reakcji adaptacyjnej” (Kuleczka-Raszewska, Markowska, 2012, s. 24). Terapia więc polega na doborze określonych zadań ruchowych do danego układu.

Stymulację procesów sensomotorycznych u dzieci ze spektrum autyzmu wykonuje się poprzez pobudzanie określonymi ćwiczeniami ruchowymi poszczególnych układów.

1. Ćwiczenia usprawniające działanie układu przedsionkowego:
 - nauka chodzenia na palcach i piętach,
 - chodzenie, bieg, marsz – zmiana tempa poruszania się,
 - przysiady i przeskoki,
 - kołysanie ciałem na boki, w przód oraz w tył,
 - chodzenie po zaznaczonych w sali kształtach, np. prostokąt,
 - huśtanie z wykorzystaniem chusty Klanza,
 - przechodzenie przez tunel,
 - czołganie się po sali,
 - ćwiczenia z wykorzystaniem ruchomych przedmiotów – odbijanie piłki,
 - pajacyki – koordynacja ruchów dłoni i stóp,

- uginanie nóg – przysiady, wstawanie i siadanie na krześle, wchodzenie na podest i schodzenie z niego.

Przy realizacji ćwiczeń dotyczących stymulacji procesów sensomotorycznych układu przedsionkowego bardzo ważne jest zachowanie ostrożności. Osoba prowadząca terapię powinna zadbać o bezpieczeństwo dziecka szczególnie w momencie korzystania z podwieszanych pomocy. Terapeuta powinien także dostosować poziom trudności wykonywanych ćwiczeń do możliwości dziecka.

2. Ćwiczenia usprawniające działanie układu wzrokowo-dotykowego:

- rozpoznawanie kształtów przedmiotów bez użycia wzroku,
- spacerowanie po ścieżkach wykonanych z różnych faktur,
- kontakt rąk i nóg z innymi przedmiotami – woreczki z kaszą, wkładanie kończyn do basenu z piłkami,
- rozpoznawanie różnych faktur przedmiotów z pominięciem użycia wzroku,
- wykorzystywanie masażu wierszykowych do stymulacji dotyku,
- śledzenie wzrokiem poruszającego się punktu,
- koncentracja na pokazywanych obrazkach – rozmowa z terapeutą o tym co widnieje na pokazanym obrazku,
- rysowanie pod powieką oka figur geometrycznych.

Przed realizacją ćwiczeń dotyczących układu wzrokowego warto się dokładnie zapoznać z badaniem na pole widzenia u dzieci. Posiadając te dane można prawidłowo poszerzać ich pole

widzenia. Niezbędne jest także przeprowadzenie wywiadu z rodzicem dotyczącego reakcji dziecka na dotyk. Dzieci autystyczne bardzo często cechują się brakiem chęci dotyku określonych przedmiotów.

3. Układ proprioceptywny stymulować można za pomocą poniższych ćwiczeń:

- zabaw z balonem – odbijanie go za pomocą różnych części ciała,
- toczenia piłki po sali,
- podnoszenie i przenoszenie przedmiotów,
- ciągnięcie za sobą zabawek,
- przepychanie przedmiotów stopami,
- podawanie sobie przedmiotów pomiędzy stopami,
- nawijanie i przewlekanie,
- dotykanie przez dzieci zabawek terapeutycznych z różnym rodzajem wypustek.

Ćwiczenia mają także na celu usprawnienie siły fizycznej u dzieci dlatego pojawiają się elementy dotyczące wzmocnienia nacisku. Przy realizacji tych ćwiczeń należy zwrócić uwagę na początkową siłę dzieci – nie możemy ćwiczyć z użyciem zbyt ciężkich pomocy terapeutycznych.

Stymulację procesów sensomotorycznych u dzieci można ćwiczyć także za pomocą przekraczania linii środka. Metodą dającą dobre efekty w tym zakresie jest kinezylogia edukacyjna. Metodę opisał Paul Dennison jako terapię zaburzeń: ruchowych, koordynacji, mówienia i pisanie. Twórca metody wysunął wniosek, że u podstawy prawidłowego funkcjonowania leży synchronizacja półkul mózgowych. Zestaw ćwiczeń opracowanych przez Dennisona ma więc na celu umożliwić harmonijne działanie mózgu. Ćwiczenia, które są zalecane w terapii dzieci ze spektrum autyzmu to:

a) ćwiczenia na przekraczanie linii środka:

- ruchy naprzemienne: lewa ręka dotyka prawego kolana, prawa ręka dotyka lewego kolana,
 - maszerowanie w koło przy jednoczesnym ruchu nogi i przeciwległej do niej ręki,
 - rytmiczne dotykanie prawą ręką lewego ramienia i lewą ręką prawego ramienia.
- b) rysowanie oburącz – ćwiczenie polega na rysowaniu wyznaczonych przez osobę prowadzącą wzorów przy użyciu w tym samym czasie prawej i lewej ręki. Dzieci mogą rysować wzory w powietrzu, mogą także tworzyć je na kartkach. Rysowanie oburącz można także wykonywać na jednej kartce. Należy ją wcześniej przedzielić na pół kreską i poprosić aby dziecko namalowało z jednej i z drugiej strony. Obrazki powinny się połączyć na środku kartki, np. dzieci rysują choinkę.

Kolejna metoda, która usprawnia procesy sensomotoryczne u dzieci z ASD to ruch rozwijający. Według autorki metody, korpus jest obszarem martwym nie znanym osobom z deficytami rozwojowymi. Nie zdają one sobie sprawy z tego, że mają tułów, plecy, biodra i ramiona. Ważne jest, aby pomóc im wyodrębnić centralną część ciała- tułów, ponieważ łączy on głowę z kończynami dolnymi. Świadomość, iż posiada ono tułów pomaga dziecku w poruszaniu ciałem jako całością...” (Sherborne, 1984, s. 145). Dzieci z ASD bardzo często nie potrafią odnaleźć się w grupie społecznej, zbyt gwałtownie reagują na bodźce – proces autostymulacji. Ćwiczenia pomagają oswoić się ze świadomością własnego ciała oraz zrozumieć funkcjonowanie w grupie. Zalecane ćwiczenia stymulujące sensomotorykę dla dzieci z ASD to:

- delikatne masaże kończyn oraz ciała;
- powolne i powtarzające się ruchy takie jak: kołysanie, czołganie się, huśtanie;
- zawijanie, rolowanie dziecka w koc;

- zabawy z wykorzystaniem przedmiotów o różnym ciężarze i fakturze takich jak: balony, miękkie piłki, woreczki z kaszą.

Podsumowanie

Dobór najbardziej właściwej metody stymulacji procesów sensomotorycznych zależy od wielu czynników. Pierwszych z nich jest rodzaj zaburzeń, kolejny to czas rozpoczęcia terapii. Bardzo istotna jest także intensywność wprowadzanych ćwiczeń, zaangażowanie dziecka w proces terapeutyczny oraz edukacja rodziny. Jedynie przy trójstopniowym modelu terapeutycznym (rodzic-dziecko-terapeuta) jesteśmy w stanie osiągnąć optymalne rezultaty. Przy zaburzeniach autystycznych należy także przy doborze terapii uwzględnić aktualne metody pracy. Ćwiczenia rozwijające poziom sensomotoryki nie powinny się powtarzać w modelach terapeutycznych stosowanych w tym samym czasie. Zastosowanie powyższych praw terapeutycznych pomoże szybciej osiągnąć zamierzony cel.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BOGDANOWICZ M., KISIEL B., PRZASNYCKA M., (1992), *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, Warszawa.
- [2] BRAUNS A., (2009), *Barwne cienie i nietoperze. Życie w świecie autystycznym*, Poznań.
- [3] COTUNGO A.J., (2011), *Terapia grupowa dla dzieci z zaburzeniami autyzmu*, Warszawa.
- [4] KRANOWITZ C., (2012a), *Nie-zgrane dziecko w świecie gier i zabaw. Zajęcia dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego*, Gdańsk.

- [5] KRANOWITZ C., (2012b), *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*, Gdańsk.
- [6] KULECZKA-RASZEWSKA M., MARKOWSKA D., (2012), *Uczę się poprzez ruch*, Gdańsk.
- [7] PISULA E., (2012), *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk.
- [8] PULCHNY-WRONA M., WOLIŃSKA-CHLEBOSZ A., (2009), *Jak ćwiczyć społeczne umiejętności komunikacyjne i zwiększać samodzielność u osób z autyzmem*, Kraków.
- [9] RANDALL P., PARKER J., (2010), *Autyzm – jak pomóc rodzinie*, Sopot.
- [10] SHER B., (2013), *Gry i zabawy we wczesnej interwencji*, Gdańsk.