



**SOCJOLOGICZNO-PEDAGOGICZNE ASPEKTY  
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**WYBRANE PROBLEMY I KWESTIE SPOŁECZNE**

**TOM IV**

**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***

6,00 [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 978-83-924978-7-5

## SPIS TREŚCI

### **Adam Wczasek**

*Przygotowanie ucznia autystycznego do egzaminu maturalnego – możliwości, dylematy i problemy* ..... 5

### **Kalina Kossowska**

*Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym* ..... 32

### **Ewa Nagaba**

*Metody terapii z dzieckiem autystycznym* ..... 57

### **Tomasz Krawczak**

*Dlaczego jestem „inny”? – przyczyny występowania niepełnosprawności intelektualnej* ..... 82

### **Hanna Szweda**

*Korzyści wynikające z obecności psa w życiu dziecka z niepełnosprawnością* ..... 98

### **Karina Klimża**

*Metody aktywizujące w pracy z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie w stopniu lekkim* ..... 113

*Adam Wczasek*

## **PRZYGOTOWANIE UCZNIĄ AUTYSTYCZNEGO DO EGZAMINU MATURALNEGO – MOŻLIWOŚCI, DYLEMATY I PROBLEMY**

### **Streszczenie**

Temat artykułu wiąże się z bardzo trudnym zagadnieniem jakim jest przygotowanie ucznia autystycznego do egzaminu maturalnego. Szczegółowa analiza opisywanych treści wymaga rozpatrzenia ich pod kątem występujących dylematów, możliwości i problemów. W pierwszej kolejności zostały opisane dylematy związane z edukacją ucznia autystycznego w szkole średniej. Dotyczą one wyboru form pracy oraz właściwego podejścia. Natomiast największe kontrowersje związane są z aspektem społecznym, czy osoba autystyczna zdobywając wysokie wykształcenie oraz pracę może i powinna podejmować decyzje dotyczą innych ludzi. Artykuł zawiera również opis możliwości jakimi dysponuje nauczyciel pracujący z uczniem autystycznym. Pod kątem poziomu zaburzenia rozwojowego ucznia należy przygotować odpowiedni warsztat pracy. Dotyczy to zarówno przestrzeni wokół ucznia, konsekwencji prowadzonych działań, wiedzy nauczyciela, a także doboru odpowiednich metod i technik pracy. Ostatnia część pracy dotyczy licznych, zaskakujących problemów związanych z pracą z uczniem autystycznym. Wiążą się one ze specyfiką omawianego zaburzenia i dotyczą zachowania ucznia, wolnego tempa pracy, kłopotów z komunikacją, a przede wszystkim z tym, że każdy przypadek ucznia autystycznego jest inny i wymaga indywidualnego podejścia w sferze wymaganej dokumentacji oraz bezpośrednich działań.

## **Słowa kluczowe**

autyzm, cel terapeutyczny, egzamin maturalny, proces edukacyjno-terapeutyczny, program autorski

## **Abstract**

This paper deals with the issue of preparing an autistic student for the Matura Exam. To discuss it thoroughly, problems and dilemmas as well as abilities and potential of autistic students and teachers working with them are presented. Firstly, the dilemmas connected with teaching the autistics in a secondary school are presented. They are connected with the forms of work as well as appropriate attitude towards the students. The most common controversies, however, are connected with the social aspect – if those students, graduating from a secondary school and gaining job may and are able to make decisions affecting other people. Secondly, the paper depicts capabilities of teachers working with autistic students. To meet students' special needs caused by the extent of their developmental disabilities, the teacher must develop proper working technique. It concerns the students' environment, the consequences of actions taken, the teacher's knowledge as well as choosing appropriate methods and forms of work. The last part of the paper deals with the plethora of surprising problems arising during the work with autistic students. The difficulties are closely related to the features of the depicted disability – students' behavior, slow pace of doing tasks, communication problems and, above all, the importance of individual approach both in case of necessary documents and actions taken to work with the students effectively, which stem from the differences among autistic students.

## **Keywords**

autism, therapeutic target, matriculation examination, educational and therapeutic process, the program proprietary

W życiu wielu młodych ludzi kluczowym momentem jest egzamin maturalny. Stanowi on przepustkę do studiowania na wyższych uczelniach, jest wyznacznikiem dojrzałości i miernikiem wiedzy oraz umiejętności absolwentów liceum ogólnokształcącego bądź technikum. Matura jest zwana potocznie egzaminem dojrzałości ponieważ przystępują do niej osoby pełnoletnie, świadome swoich życiowych wyborów i celów. Nie jest to egzamin obowiązkowy, lecz zależy od woli zdającego. Wyjątkowość matury wynika z tego, że uczniowie szkół średnich przygotowują się do niej już od pierwszego dnia swojej nauki w czwartym etapie edukacyjnym. Zdana matura jest efektem wyćwicznej nauki, wielu lat poświęceń i zaangażowania się młodzieży podczas bieżącej pracy w trakcie lekcji, na zajęciach dodatkowych oraz w domu. Egzamin ten nie jest łatwy, przysparza wiele problemów absolwentom pełnosprawnym, a mimo to zdarzają się sytuacje, że przystępują do niego pozytywnym skutkiem uczniowie z różnymi stopniami upośledzenia. W tym kontekście szczególnie interesujące wydają się być przypadki zdawania egzaminu maturalnego przez uczniów autystycznych. Coraz częściej słyszy się o studentach z autyzmem. Skoro kształcą się na wyższych uczelniach to znaczy, że posiadają świadectwo maturalne, dlatego warto zająć się specyfiką procesu przygotowania tego rodzaju przypadków do matury.

Jestem nauczycielem historii i wiedzy o społeczeństwie, w szkole średniej pracuję od jedenastu lat. W tym roku szkolnym przydzielono mi zajęcia indywidualne z uczniem autystycznym w klasie liceum ogólnokształcącego. Już na pierwszej lekcji przekonałem się, że to poważne wyzwanie wymagające odpowied-

nego warsztatu, wiedzy i doświadczenia. Aby sprostać temu zadaniu podjąłem studia podyplomowe na kierunku oligofrenopedagogika, sięgnąłem po literaturę fachową w zakresie autyzmu oraz nawiązałem współpracę z pedagogami zajmującymi się podobnymi przypadkami. Tak, jak wspomniałem wyżej całość edukacji w szkole średniej ma na celu przygotowanie ucznia do egzaminu maturalnego i takiej ewentualności nie mogę wykluczyć w przypadku mojego podopiecznego. Stąd wziął się temat niniejszego artykułu, w którym postaram się przeanalizować kwestię przygotowania ucznia autystycznego do egzaminu maturalnego z perspektywy towarzyszących temu zagadnieniu możliwości, dylematów i problemów.

Zrozumienie zawłości tematu wymaga w pierwszej kolejności zdefiniowania pojęcia autyzmu w odniesieniu do charakterystyki ucznia autystycznego. Jednoznaczne zdefiniowanie autyzmu nie jest proste ponieważ w literaturze przedmiotu występują różne opinie w tym zakresie. Dlatego warto odnieść się do kilku źródeł, aby uzyskać pełniejszy obraz opisywanego zagadnienia. Zgodnie z definicją encyklopedyczną autyzm to zaburzenie rozwojowe, które najczęściej ujawnia się w ciągu pierwszych trzech lat życia jako rezultat zaburzenia neurologicznego, które oddziałuje na pracę mózgu (Wielka encyklopedia, 2001, s. 545).

Z kolei Maria Ćmikiewicz charakteryzuje autyzm jako zaburzenie rozwoju emocjonalnego i społecznego o przyczynach do końca niepoznanych. Najczęściej ujawnia się po okresie wstępnego, zasadniczo względnie prawidłowego rozwoju niemowlęcia, ma bardzo zróżnicowany obraz i przebieg (Ćmikiewicz, 2011, s. 35). Dziecko autystyczne staje się niezdolne do naturalnego udziału w życiu rodziny, do spontanicznych emocjonalnych kontaktów wzrokowych, dotykowych, werbalnych. Nie może ogarnąć otaczającego je świata i nie potrafi nawiązać kontaktu z rówieśnikami. Mnogość i różnorodność bodźców rodzą chaos.

Reakcją obronną dziecka w tej sytuacji jest ucieczka w izolację przestając odbierać sygnały i reagować. Schronieniem staje się własny autystyczny świat (Ćmikiewicz, 2011, s. 35). Skutkiem ucieczki mają być tzw. trudne zachowania, które przejawiają się m.in. długotrwałymi stanami beczynności, pobudzeniem na przemian z apatią, atakami agresji, krzykami, powtarzaniem w kółko określonych faz (Ćmikiewicz, 2011, s. 35). Może to być odbierane przez otoczenie jako efekt złego wychowania rodziców, ponieważ na twarzach dzieci brak śladów upośledzenia, fizycznie nie różni się od swoich rówieśników co sprawia, że wspomniane zachowania wydają się być niezrozumiałe.

Szczególną uwagę należy zwrócić na zaburzenia w sferze emocjonalnej co podkreśla w swoim artykule B. Winczura. Według niej charakterystycznymi cechami niemal wszystkich osób z autyzmem są brak zainteresowania uczuciami i myślami innych ludzi oraz nieumiejętność uczestniczenia w przemiennych interakcjach społecznych (Winczura, 2013, s. 210). Głównymi symptomami zaburzeń emocjonalnych w autyzmie są: brak lub zaburzona zdolność wyrażania emocji, niezdolność odbioru sygnałów o charakterze emocjonalnym, nieumiejętność rozumienia i właściwego reagowania na emocje przejawiane przez innych ludzi, oraz niezdolność do nawiązywania i podtrzymywania interakcji (Winczura, 2013, s. 210). Wszystkie te elementy bezpośrednio rzutują na sposób funkcjonowania dziecka autystycznego w społeczeństwie oraz jego relacje z innymi ludźmi. Pozwalają zrozumieć jak trudne zadanie stoi przed rodzicami, osobami z najbliższego otoczenia, terapeutami i nauczycielami zarówno w pracy, jak i codziennym kontakcie z dzieckiem autystycznym.

W kontekście tematu niniejszego artykułu koniecznie należy przytoczyć charakterystykę ucznia dotkniętego autyzmem. Zgodnie z tym co pisze A. Lemańska uczniowie ze spectrum zaburzeń autystycznych, w tym z autyzmem, są bardzo różnorodną grupą



zarówno pod względem funkcjonowania społecznego, komunikacyjnego, jak i intelektualnego. Autyzm może mieć różne postacie i uwarunkowania. Niektóre dzieci autystyczne nie opanowują mowy i prezentują odmienne stopnie niepełnosprawności intelektualnej oraz duże deficyty w rozwoju społecznym. Inne z kolei mogą być bardzo komunikatywne, a nawet gadatliwe, mogą wykazywać objawy przywiązania do osób znaczących np. rodziców, przy jednoczesnych trudnościach w nawiązaniu prawidłowych relacji z rówieśnikami oraz licznych stereotypach i schematyzmach w zachowaniu (Lemańska, 2010, s. 179). Konsekwencją tak różnorodnego obrazu klinicznego osób autystycznych było opracowanie kategorii całościowych zaburzeń rozwoju, w którego zakres wchodzi pięć jednostek:

- zaburzenia autystyczne,
- zaburzenia Aspergera,
- zaburzenia Retta,
- dziecięce zaburzenia dezintegracyjne,
- całościowe zaburzenia rozwojowe nie ujęte w innych kategoriach diagnostycznych (Lemańska, 2010, s. 179).

Skupiając się jednak na autyzmie i chcąc jak najbardziej uogólnić jego objawy, można stwierdzić, że zaburzenia autystyczne cechują symptomy występujące w trzech szeroko pojętych obszarach funkcjonowania. Określa się je jako „triada zaburzeń autystycznych”. Pierwszą stanowią zaburzenia interakcji społecznych co przejawia się przede wszystkim w braku przywiązania emocjonalnego, nie różnicowania zachowania wobec rodziców i osób obcych, unikanie kontaktu wzrokowego i fizycznego. Druga to zaburzona zdolność do komunikowania się, w ramach której można wyodrębnić deficyty ilościowe, jakościowe i deficyty pragmatyczne w użyciu języka. Trzecia to ograniczony, sztywny repertuar, aktywności, zachowań i zainteresowań co oznacza przywiązanie do danej dziedziny, a jej zmiana może powodować

wybuchy złości. W tej kategorii mieszczą się również zachowania stereotypowe, czyli powtarzające się. Zdarzają się również przypadki jednostek, które posiadają wybitne zdolności w jakimś wąskim obszarze swojego funkcjonowania (Lemańska, 2010, s. 179-181). Przedstawiona charakterystyka stanowi jedynie wąski fragment złożoności problemu jakim jest autyzm i praca z dzieckiem autystycznym. Na tej podstawie można wysnuć wniosek, że każdy przypadek jest inny, niepowtarzalny i wymaga zastosowania indywidualnego podejścia. Nie można wypracować jednego schematu, według którego nauczyciele będą pracować i przygotowywać uczniów dotkniętych autyzmem.

### **Specyfika egzaminu maturalnego**

Temat artykułu odnosi się do egzaminu maturalnego, dlatego wypada krótko odnieść się do jego specyfiki i formy. Ma to kluczowe znaczenie w kontekście właściwego rozpatrzenia możliwości, problemów i dylematów zawartych w temacie. Założeniem obecnej „nowej matury” jest zastąpienie egzaminów na uczelnie wyższe. Egzamin zdaje się z przedmiotów obowiązkowych: języka polskiego, matematyki oraz języka obcego nowożytnego, według indywidualnych potrzeb uczniowie mogą również wybrać jeden z sześciu nieobowiązkowych przedmiotów dodatkowych. Wszystkie egzaminy przeprowadzane są w formie pisemnej, natomiast język polski i języki obce narodowe zdawane są dodatkowo w formie ustnej. Egzaminy pisemne z każdego przedmiotu dzielą się na część podstawową oraz rozszerzoną. Aby egzamin maturalny był zaliczony, zdający musi uzyskać co najmniej 30% punktów z części podstawowych wszystkich przedmiotów obowiązkowych; część rozszerzona nie jest wymagana do zaliczenia egzaminu. Ponadto zdający musi uzyskać co najmniej 30% możliwej liczby punktów z dwóch obowiązkowych egzaminów ustnych – z języka polskiego oraz języka obcego

nowożytnego. Egzamin maturalny z języka obcego nowożytnego może być zdawany w części ustnej albo w części pisemnej, albo w obu tych częściach. Absolwenci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, chorzy lub niesprawni czasowo oraz niepełnosprawni lub niedostosowani społecznie mają prawo przystąpić do egzaminu maturalnego w warunkach i formie dostosowanych do indywidualnych potrzeb psychofizycznych, odpowiednio na podstawie opinii lub zaświadczenia lekarskiego wydanego przez lekarza specjalistę lub orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Przysługuje im wtedy wydłużenie czasu trwania części pisemnej egzaminu w przypadku każdego arkusza o 30 minut, a dodatkowo w uzasadnionych przypadkach pomoc egzaminatora wspomagającego (Dz. U. z 2007 r. Nr 83 poz. 562, § 54, pkt. 1).

Biorąc pod uwagę specyfikę i wymagania egzaminu maturalnego oraz skalę trudności w pracy z uczniem autystycznym, powstaje ogromne wyzwanie, przed którym staje nauczyciel. Warto również zaznaczyć, że dla wszystkich uczniów przewidziany jest ten sam arkusz egzaminacyjny, jedynym udogodnieniem dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi jest wspomniane wydłużenie czasu pracy.

### **Dylematy wynikające z przygotowania ucznia autystycznego do egzaminu maturalnego**

Ukończenie gimnazjum przez ucznia autystycznego rodzi pytanie, jak dalej ma potoczyć się jego edukacja? Czy wybrać szkołę zawodową, w której będzie uczyć się wykonywania konkretnego zawodu? Czy spróbować nauki w szkole średniej, która otwiera większe perspektywy edukacyjne? Odpowiedzi na te pytania – zazwyczaj – muszą udzielić rodzice dziecka autystycznego, a nie jest to proste zadanie. Jednym z kryteriów wyboru jest określenie stopnia inteligencji ucznia, czy jest on wystarczający, aby poradzić sobie z wymaganiami jakie obowiązują w szkole

średniej. Biorąc pod uwagę aspekty poznawcze można stwierdzić, iż w większości przypadków (około 75%) istnieje związek diagnozy autyzmu z upośledzeniem umysłowym, najczęściej w stopniu umiarkowanym. Pozostała część populacji autystycznej ma przynajmniej przeciętny poziom inteligencji, większość osób autystycznych przejawia zachowania obsesyjne lub nadmierne przywiązanie do rutyny i niezmienności (Bogdanowicz, Budzyńska, 1996, s. 56). Uczniowie z autyzmem, gdy mają nauczyć się czegoś nowego, wykazują skłonność powracania do sztywnych, stereotypowych zachowań nie przejawiają właściwie żadnej inicjatywy. Gdy pozostawi się ich samym sobie, mają tendencję do stereotypowego powtarzania czynności. Większość dzieci z autyzmem nie jest w stanie zastosować tego, czego nauczyły się w jednej sytuacji do sytuacji innej. Ich uczenie się związane jest bezpośrednio z określoną sytuacją. Mają problemy z samodzielnym dokończeniem zadania. Jeśli pozostawi się je by samodzielnie wykonały zadanie, wkrótce je porzucą. Niektóre z nich mogą przejawiać wybiórcze talenty muzyczne i plastyczne, potrafią wykonywać skomplikowane obliczenia matematyczne, bardzo szybko uczą się czytać. U dzieci o ilorazie inteligencji w normie zaburzona jest jednak zdolność myślenia abstrakcyjnego oraz rozumienia słów i wypowiedzi w zależności od kontekstu lub intonacji (Edukacja skuteczna, przyjazna i nowoczesna, 2010, s. 32). Mimo to, szkoła średnia wydaje się być odpowiednia w szczególności dla tych uczniów autystycznych, którzy nie radzą sobie z realizacją zadań wykonywanych podczas zajęć praktycznych, a ich inteligencja pozwala sprostać wymaganiom szkoły średniej. Potwierdzeniem tego są przypadki edukacji na wyższych uczelniach studentów autystycznych, co dowodzi, że warto zaryzykować i podjąć trud przygotowania ucznia autyzmem do matury.

Kolejnym dylematem jaki wiąże się z omawianym zagadnieniem jest opcja formy pracy jaką należy wybrać. Generalnie w literaturze przedmiotu podaje się następujące formy pracy z uczniem w klasie: indywidualna, grupowa i zbiorowa (Patyk, 2012, s. 23). Jej dobór w dużym stopniu zależy od zachowania osób autystycznych, u których może wystąpić wiele jego charakterystycznych objawów, między innymi: impulsywność, nadpobudliwość, słaba koncentracja uwagi, elementy zachowań agresywnych lub autoagresywnych, napady złego humoru, osobliwe reakcje na bodźce sensoryczne, okresowe nieprawidłowości w jedzeniu lub w spaniu. Mogą pojawiać się także nieprawidłowości nastroju lub uczuć, brak strachu w odpowiedzi na realne niebezpieczeństwo lub nadmierna bojaźliwość na obiekty (Winczura, 2013, s. 210). Istotna jest również reakcja na osoby z otoczenia, ponieważ uczniowie z autyzmem w okresie dorastania są bardziej zainteresowane innymi ludźmi, mogą nawiązywać bliższe kontakty rówieńnicze na zasadzie podzielenia wspólnych zainteresowań. Część osób autystycznych zaczyna wówczas zauważać swoją odmienność i trudności. Widoczne jest niedostosowanie do zasad obowiązujących w grupie młodzieżowej, takich jak używanie slangu młodzieżowego, określony sposób ubierania, podobieństwo zainteresowań. Problemem może stać się brak dbałości o higienę i wygląd. W tym wieku część osób z autyzmem może umieć ukryć stereotypie ruchowe, ale nawet u dobrze funkcjonujących nastolatków mogą one wystąpić w sytuacji stresu (Jagielska, 2010, s. 201). Biorąc pod uwagę te aspekty oraz opinie, osób takich jak K. Patyk wydaje się, iż optymalną formą jest przede wszystkim praca indywidualna, ale pod nadzorem nauczyciela (Patyk, 2012, s. 23). Nie wyklucza to również prób sprawdzenia sił dziecka we wszystkich formach pracy, jednakże należy zdawać sobie sprawę, iż do pracy grupowej i zbiorowej należy dziecko odpowiednio przygotować jak

i pozostałych uczniów, w których nauczyciel powinien dostrzec realną pomoc przy edukacji dziecka autystycznego. Poważnym ograniczeniem form wieloosobowych w przypadku takich uczniów, jest istniejące niebezpieczeństwo wycofania się ze współpracy oraz małe możliwości komunikacyjne dziecka z innymi uczniami. Wyjściem z tej sytuacji jest możliwość tworzenia w szkołach specjalnych, oddziałów klasowych przeznaczonych wyłącznie dla uczniów z autyzmem. Ponieważ zazwyczaj autyzm jest sprzężony z upośledzeniem umysłowym – to oddział taki może liczyć od 2 do 4 uczniów (ibidem). Takie rozwiązanie jest dobre, choć nie likwiduje wszystkich problemów związanych z potrzebami uczniów autystycznych. O ile bowiem, w takiej klasie można mówić o wyjątkowej indywidualizacji oddziaływań edukacyjnych i terapeutycznych, o tyle trudno mówić o optymalnym procesie socjalizacji. Człowiek jako istota społeczna, a dziecko autystyczne w szczególności, potrzebuje kontaktu z innymi ludźmi, zarówno pełnosprawnymi jak i niepełnosprawnymi. Potrzebuje stymulacji do rozwoju mowy, zachęty do działania, chce być dostrzegane przez innych – co w otoczeniu wyłącznie dzieci autystycznych będzie raczej niemożliwe do zrealizowania (ibidem). Dlatego należy wybrać wariant nauczania indywidualnego, który wprawdzie ogranicza kontakt z innymi uczniami, a tym samym również funkcje społeczne, pozwala natomiast na bezpośrednią pracę nauczyciela z dzieckiem. Poświęcając całą uwagę uczniowi nauczyciel na bieżąco może kontrolować jego działania, dokonywać stosownych modyfikacji oraz oceny osiągnięć, a także budować więź co może mieć kluczowe znaczenie w procesie przygotowania do egzaminu. Można się również zastanawiać, czy ze społecznego punktu widzenia należy umożliwić osobom z zaburzeniem rozwojowym edukację w szkole średniej i możliwość zdawania matury. Wątpliwości wynikają z faktu, że zdobycie gruntownego wykształcenia daje

możliwość podjęcia pracy na stanowiskach pozwalających na podejmowanie decyzji względem innych osób. W związku z tym pojawia się pytanie, czy osoba cierpiąca na autyzm – zdając sobie sprawę ze związanych z tym ograniczeń, sposobu postrzegania rzeczywistości i interakcji – jest w stanie zachować się profesjonalnie i obiektywnie. Zdania są podzielone. Z jednej strony sugeruje się, aby wykazać się daleko idącą tolerancją, przełamywać bariery i próbować osiągać coraz wyższe cele. Z drugiej strony nie brakuje głosów, które skłaniają się za wykorzystaniem możliwości dobrej, lub ponadprzeciętnej pamięci mechanicznej osób dotkniętych autyzmem oraz uzdolnień do zadań wymagających umiejętności wzrokowo-przestrzennych (Lipiec, Koperwas, 2011, s. 19) co skłania się do wyuczenia zawodu i wykonywania czynności opanowanych podczas nauki w Zasadniczej Szkole Zawodowej. Dlatego, aby edukacja dziecka autystycznego w szkole średniej miała sens należy ją połączyć z funkcją terapeutyczną. Niezbędne jest opanowanie umiejętności społecznych, w tym przede wszystkim językowych i komunikacyjnych. Skutecznym narzędziem w tym zakresie jest wykorzystanie pomocy wizualnych. Uczniowie posługując się obrazami i tekstem pisany wyrażają swoje pragnienia i potrzeby wobec innych (Kruk-Lasocka, 2001, s. 296, 297).

Następnym dylematem jaki pojawia się w procesie planowania kształcenia uczniów z autyzmem jest wybór podejścia teoretycznego, które stanowią bazę dla realizowania specjalnych programów terapeutycznych. Chodzi o tzw. podejście rozwojowe oraz podejście ekologiczne (Stefańska-Klar, 1998, s. 138, 139). Pierwsza – teoria rozwojowa – bazuje na etapach rozwoju wyróżnionych przez J. Piageta. Uwzględnienie tego podejścia pozwala na dobór treści stosownie do prezentowanego przez dziecko poziomu rozwoju i umiejętności. Natomiast druga teoria ekologiczna zakłada, że uczeń autystyczny powinien być uczony takich

zachowań i umiejętności, jakie są charakterystyczne dla jego zdrowych rówieśników (Patyk, 2012, s. 25). Każda z nich ma określone wady, ale także zalety. W konkretnych przypadkach można decydować się na jedną z nich lub próbować dokonywać ich integracji. Potwierdza to K. Patyk pisząc, że „[...] optymalnym rozwiązaniem tego problemu jest połączenie obu teorii [...] treści muszą być popierane materiałem konkretnym. Najlepsze rezultaty osiągniemy pokazując dziecku praktycznie to, czego nauczymy [...]” (Patyk K., 2012, s. 250). Wydaje się, że niezależnie od doboru teorii, sprawą nadrzędną jest dostosowanie treści nauczania do potrzeb indywidualnych ucznia i jego rodziny oraz systemu kształcenia, z którego korzystają.

### **Możliwości w pracy z uczniem autystycznym w szkole średniej**

W polskim systemie oświaty dziecko autystyczne może realizować obowiązki szkolne w każdym typie szkoły. Rozpoczynając kolejny etap edukacyjny warto się zastanowić jaki jest stopień zaburzeń autystycznych i możliwości realizacji wyznaczonych celów, aby pobyt dziecka w szkole nie skończył się jedynie na „przepychaniu” ucznia z klasy do klasy, a służył jego rozwojowi. Szczególnie, że temat artykułu stawia niezwykle ambitne cele w kontekście omawianego zaburzenia rozwojowego. W związku z tym warto przeanalizować możliwości, którymi dysponuje szkoła, nauczyciel, system oświaty, dziecko i jego rodzice, aby pomóc uczniowi autystycznemu w przygotowaniu do egzaminu maturalnego.

W pierwszej kolejności – dla uczniów z autyzmem – nauczyciele i specjaliści opracowują IPET, czyli indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny. Jest to niezbędne ponieważ dla uczniów z autyzmem nie ma stworzonych żadnych specjalnych programów nauczania (Lemańska, 2010, s. 193). W IPET powin-



ny znaleźć się informacje w zakresie niezbędnych adaptacji treści, metod, form i środków. Planując pracę z uczniem autystycznym należy pamiętać o funkcji edukacyjno-terapeutycznej, w czym najbardziej pomocny wydaje się być model TEACCH (Treatment and Education of Autistic Communication Handicapped Children) – program długofalowy, oparty na technikach behawioralnych oraz nawiązujący do tradycji Piageta, rozwinięty przez Zespół Erica Schoplera (Lemańska, 2010, s. 193). Polega na opracowaniu indywidualnych profili edukacyjnych dla uczniów. Program kładzie główny nacisk na poprawę umiejętności komunikacyjnych dziecka oraz na osiągnięcie przez nie maksymalnej samodzielności. Oceny poziomu dziecka dokonuje się za pomocą Profilu Psychoedukacyjnego (PEP), który określa zakres posiadanych umiejętności. Wynik kwestionariusza stanowi podstawę do opracowania programu nauczania dla danego dziecka. Obejmuje on ćwiczenia rozwijające naśladownictwo, percepcję, motorykę dużą i małą, koordynację wzrokowo-ruchową, działanie poznawcze, mowę czynną, samodzielność i społecznienie (Lemańska, 2010, s. 193). Dzięki IPET posiadamy narzędzie do pracy z dzieckiem, umożliwiające korygowanie metod, działania o charakterze zarówno edukacyjnym, jak i terapeutycznym, a przede wszystkim możemy dokonać oceny ucznia z autyzmem, co nie jest prostym zadaniem. Sytuację sprawdzania wiadomości ucznia z autyzmem trzeba dostosować do jego możliwości intelektualnych i komunikacyjnych oraz specyfiki funkcjonowania. Warto uwzględnić fakt, że osoby z autyzmem mają poważne trudności z formułowaniem dłuższych wypowiedzi ustnych. Podczas wypowiedzi słownych mogą potrzebować wsparcia w postaci dodatkowych pytań, które umożliwiają im sprawniejszą aktualizację posiadanej wiedzy. Niektórym z nich łatwiej przekazywać wiedzę w formie pisemnej. Dobrym sposobem sprawdzania wiedzy uczniów z poważnymi zaburzeniami

w rozwoju mowy są testy, gdyż dają możliwość wyboru spośród podanych odpowiedzi lub formułowania odpowiedzi na konkretne pytania. Trzeba też pamiętać, że dziecko z autyzmem potrzebuje więcej czasu niż jego rówieśnicy na analizę i zrozumienie pytania lub polecenia, a także na właściwą reakcję np. sformułowanie odpowiedzi i wykonanie czynności (Lemańska, 2010, s. 198).

Zajmując się uczniem autystycznym niezwykle istotna jest organizacja i planowanie pracy. Wszelkie zmiany i nieporządek w klasie, czy pomieszczeniu, w którym prowadzone są zajęcia, przeszkadzają i rozpraszają uczniów z autyzmem. Uporządkowane otoczenie zapewnia im granice i zmniejsza liczbę rozpraszających bodźców, które odwracają uwagę od pracy. Jak pisze J. Thompson „[...] Porządek w otoczeniu pozwala dostrzec wskazówki pomagające dostrzec świat (np. uczeń może zawsze odkładać te same rzeczy w to samo miejsce). Brak takich wskazówek jest przyczyną lęku” (Thompson, 2013, s. 89). Ma to kluczowe znaczenie jeśli chcemy osiągnąć sukces, ponieważ nauczanie dziecka z autyzmem może być skuteczne, pod warunkiem, że osoby z nim pracujące będą się trzymały utrwalonego porządku. Jeśli uda się stworzyć środowisko w miarę możliwości przewidywalne, uczeń łatwiej poradzi sobie z wyzwaniami. Informowanie ucznia o tym co ma się wydarzyć pozwala zredukować poziom odczuwalnego lęku. Wychodząc naprzeciw tym potrzebom uczniów autystycznych szkoła powinna dostosować pomieszczenie klasowe. Wiąże się to z dbałością o jego niezmiennosć, wyróżnienie kącika z ulubionymi przedmiotami oraz wstawienie do klasy elementów, za pomocą których uczniowi z autyzmem łatwiej będzie poczuć się bezpieczniej.

Bardzo ważne podczas pracy z uczniem autystycznym jest stworzenie czytelnego planu zajęć, z wyraźnie zaznaczonym początkiem i końcem każdej lekcji, czy zadania. Można do tego

wykorzystać obrazki lub słowa, które po wykonaniu zadania mogą być usunięte co jest czytelną informacją, że praca została zakończona. Plan dnia jest wskazówką konkretnego doświadczenia, np. obrazek przedstawiający książkę, wskazuje, że nadeszła pora czytania treści podręcznika. Jest to ważne, ponieważ osoby z autyzmem często potrzebują bodźca wzrokowego, żeby powiązać ilustrację z czynnością (Dylikowska, 2008, s. 33). Symbole i rysunki, pomagają uczniowi zrozumieć czego się od niego oczekuje. Równie istotne jest, aby wszystkie osoby wspierające ucznia autystycznego, przyjęły konsekwentne i spójne podejście do dziecka oraz w jasny sposób formułowały oczekiwania na dany dzień używając języka zrozumiałego dla ucznia. Należy wydawać proste, oczywiste polecenia i komunikować się z uczniem na poziomie dla niego zrozumiałym.

Odpowiedni system pracy sprzyja również systematyczności ucznia z autyzmem. Szczególnie przydatna jest metoda pisemna i zapisywanie polecenia, by podkreślić to, co należy zrobić, lub z systemu dopasowywania – uczeń dopasowuje numer do zadania, by zaznaczyć to, które już wykonał (Thompson, 2013, s. 90). Najważniejsze aby stosować metodę, która jest najbardziej lubiana przez ucznia, ponieważ będzie się on angażował w pracę jeśli materiał będzie dla niego ciekawy.

Obiecujące z perspektywy możliwości ucznia autystycznego w szkole średniej jest to co pisze E. Pisula twierdząc, że „[...] połowa populacji osób autystycznych w wieku dojrzewania czyni postępy w różnych wymiarach funkcjonowania” (Pisula, 2000, s. 78). Oznacza to, że wiek w którym rozpoczyna się przygotowanie tego rodzaju osób do egzaminu maturalnego dobrze rokuje w perspektywie umiejętności i wiedzy, którą musi opanować.

W sferze możliwości można również rozpatrzeć osiągnięcia szkolne uczniów z zaburzeniem rozwojowym. Typologię czynników umożliwiających uczniowi autystycznemu osiągnięcie suk-

cesu szkolnego opracowała K. Patyk. Dzieli je na kilka grup. Pierwsza z nich to czynniki związane z osobą nauczyciela i obejmuje m.in. odpowiedni poziom wiedzy nauczyciela, informacje o aktualnym poziomie rozwoju dziecka i o jego specyficznych problemach, praktyczne umiejętności nauczyciela w pracy z dziećmi autystycznymi, doświadczenie, predyspozycje osobowościowe, dbanie o strukturyzację otoczenia. Druga grupa czynników związana jest z instytucją szkolną i są to np. odpowiedni dobór dzieci niepełnosprawnych do klas integracyjnych, nawiązanie bliskiej współpracy z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, organizowanie spotkań szkoleniowych z udziałem autoritetów w dziedzinie autyzmu i innych zaburzeń rozwojowych. Trzecia grupa to czynniki związane z funkcjonowaniem poradni psychologiczno-pedagogicznej, zaliczmy do nich przygotowanie dokumentacji rozpoczynającego naukę w czwartym etapie edukacji, pomoc rodzicom w doborze odpowiedniej formy kształcenia dla ucznia, stała współpraca z placówką szkolną, wsparcie metodyczne dla nauczycieli mających pod opieką dzieci autystycznych. Czwarta grupa dotyczy samego dziecka i zawiera objęcie dziecka programem wczesnego wspomagania na terenie różnych przygotowanych do tego organizacyjnie i merytorycznie placówkach oraz udział dziecka we wcześniejszych etapach edukacyjnych. Piąta grupa dotyczy rodziców dzieci autystycznych, do której zalicza nawiązanie współpracy z nauczycielem prowadzącym dziecko, informowanie nauczyciela na bieżąco o pojawiających się sukcesach i porażkach dziecka, udział rodziców we wszelkich formach pomocowych organizowanych dla nich przez szkołę, nieokazywanie postawy roszczeniowej rodziców wobec nauczycieli (Patyk, 2009, s. 69-73).

Wymienione wyżej czynniki można traktować jako podstawę skuteczności wszelkich oddziaływań edukacyjno-terapeutycznych, podejmowanych wobec dziecka autystycznego. Pominięcie,

czy pomniejszenie wartości któregoś z nich może narazić ucznia na zbędne stresy, zniechęcenie do nauki szkolnej, a przede wszystkim przyczynić się do zahamowania bądź regresu w rozwoju i osiągnięciach szkolnych.

Warto również przeanalizować możliwości nabywania wiedzy i umiejętności przez ucznia autystycznego z przedmiotów maturalnych pod kontem jego ograniczeń rozwojowych. Każdy z przedmiotów ma swoją specyfikę i wymaga odpowiednich predyspozycji oraz zdolności. Sprawiają one problemy uczniom pełnosprawnym, stąd tym większe wyzwanie stoi przed nauczycielem ucznia zaburzonego rozwojowo, który dodatkowo boryka się z licznymi deficytami. Bez wątpienia wszystko zależy od możliwości ucznia i tak jak, już wiele razy było podkreślane, każdy przypadek jest inny i wymaga indywidualnego podejścia. Należy jednak wskazać pewne wytyczne do pracy z uczniem autystycznym na poszczególnych przedmiotach pod kątem matury.

Podczas zajęć z języka polskiego należy położyć nacisk na odbiór różnych tekstów, poprzez rozpoznawanie sytuacji komunikacyjnej, w jakiej powstał tekst oraz jego funkcji i intencji nadawcy. Ważne jest uwrażliwienie na wymiar etyczny tekstów. Praca z tekstem to również doskonalenie techniki czytania głośnego, cichego i szybkiego, jak również ćwiczenia prowadzące do jego rozumienia. Podczas zajęć powinno się kształtować kulturę słuchania, a co za tym idzie ćwiczenie zdolności zapamiętywania informacji zawartych w tekście. Uczniowie autystyczni mają skłonność do prowadzenia bardzo skrupulatnych notatek, co powinno być wykorzystane w trakcie ćwiczeń związanych z pisanem, ortografią, gramatyką oraz tworzeniem własnych tekstów. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że uczniowie zaburzeni rozwojowo powinni skupić się na pracy z tekstem kosztem wypowiedzi ustnych. Należy jednak podjąć próby uświadomienia

roli zachowań pozajęzykowych w komunikacji, takich jak, gest, spojrzenie, mimika, uśmiech. Kolejnym zagadnieniem jest kształcenie kulturowo-literackie poprzez poznanie wybranych utworów literackich. Do zdobycia zaplanowanych umiejętności i wiedzy należy wdrożyć następujące działania:

- obserwowanie, porównywanie, przekształcanie różnorodnych zjawisk i faktów,
- przyswajanie wiadomości poprzez korzystanie z informacji przygotowanych przez nauczycieli,
- praca z różnymi środkami dydaktycznymi np.: podręcznik, zeszyt ćwiczeń, słowniki, filmy, fotografie, gry dydaktyczne itp.,
- praca różnymi metodami aktywizującymi,
- redagowanie pism użytkowych,
- redagowanie krótkich wypowiedzi pisemnych,
- ćwiczenia ortograficzne i interpunkcyjne (Woźniak, 2014, s. 26, 27).

Wiele cech wspólnych mają przygotowania z języka obcego nowożytnego z językiem polskim, ponieważ rozwijanie kompetencji językowych opiera się na tworzeniu i odtwarzaniu tekstów. W pierwszej kolejności należy określić cel edukacyjny, a więc opanowanie wiedzy i umiejętności koniecznych do zdania egzaminu maturalnego poprzez pracę z tekstem słuchanym i czytanim, mówienie, rozumienie szczegółowe tekstu, pracę z tekstem mówionym i pisanym oraz testem leksykalno-gramatycznym. Aby osiągnąć założone cele należy podjąć określone działania:

- stosowanie techniki wspierania rozumienia tekstu czytanego poprzez wykorzystanie ćwiczeń związanych z rozumieniem wewnętrznej organizacji tekstu oraz wydobycie i spożytkowanie zdobytych informacji,
- głośne czytanie tekstu przez nauczyciela jako okazja do interakcji z uczniem,

- ćwiczenia z użyciem kolorów i kształtów,
- powtarzanie na głos 5-9 razy wyrazów trudnych do wymówienia oraz których znaczenia uczeń nie zna,
- ćwiczenie w pracy z tekstem pisanym poprzez tworzenie tekstu równoległego, wykorzystanie techniki zakończeń oraz tworzenia listu pisanego według elementów treści
- rozwiązywanie nauczycielskich testów w celu kontroli okresowej postępów ucznia (Bąk-Średnicka, 2011, s. 75-79).

Paradoksalnie pewne zaburzenia uczniów autystycznych mogą być przydatne podczas nauki języków obcych. Literatura przedmiotu wskazuje, że wypowiedzi osób cierpiących na autyzm noszą znamiona echolalii odwleczonej, czyli powtarzania usłyszanych słów i dźwięków (Wielka encyklopedia, 2002, s. 30). W praktyce oznacza to, że rozmaite bodźce z zewnątrz wywołują konkretną reakcję słowną, a co za tym idzie powtarzanie i utrwalanie konkretnych wyrazów, tak istotne w trakcie nauki języków obcych.

Osobne zagadnienie stanowi określenie możliwości skutecznego przygotowania do egzaminu maturalnego ucznia autystycznego z matematyki. Celami, które należy zrealizować są rozwijanie umiejętności sprawnego posługiwania się definicjami, twierdzeniami i wzorami matematycznymi; doskonalenie umiejętności dobierania odpowiedniego algorytmu do podanej sytuacji problemowej; kształcenie umiejętności przetwarzania informacji w inną postać w celu rozwiązania problemu; kształcenie umiejętności logicznego i twórczego myślenia.; doskonalenie umiejętności czytania ze zrozumieniem i precyzyjnego wykonywania poleceń; rozwijanie umiejętności sprawnego stosowania schematów w zadaniach typowych; zachęcanie do poszukiwań podczas rozwiązywania problemów ([www.edukacja.edux.pl/p-11976](http://www.edukacja.edux.pl/p-11976), dostęp:

19.03.2014). Metody i techniki, które pozwolą osiągnąć wyznaczone cele to:

- wykorzystanie określonych przedmiotów (liczmanów, pieniędzy lub nawet palców),
- pozwalanie na używanie kalkulatora przy rozwiązywaniu zadań z treścią,
- pracowanie z komputerem,
- posługiwanie się rysunkami obrazującymi np. części ułamków, proces mnożenia itp. (Patyk, 2012, s. 26).

Niezależnie od nauczanego przedmiotu należy zastosować kilka uniwersalnych metod i zasad pracy z uczniem z zaburzeniami rozwojowymi. Przede wszystkim stosuje się metodę małych kroków oraz celów realnie osiągalnych przez uczniów. Nie można również pomijać ciągłego motywowania ucznia do pracy. Zadania powinny mieć taką skalę trudności, aby z jednej strony uczeń potrafił je rozwiązać, a z drugiej nie powinny być za łatwe, aby uczeń nie zniechęcił się do dalszej nauki. Zbieżne są również sposoby kontroli i ceny osiągnięć uczniów. Ocena ma stanowić element zachęty ucznia do dalszej pracy. W ten sposób uczeń odczuwa satysfakcję ze zdobytej wiedzy oraz wzmacnia wiarę we własne możliwości. Podstawą oceniania są testy i sprawdziany, natomiast powinno się unikać odpowiedzi ustnych. Podczas kontroli nabytej wiedzy nie należy unikać zabaw, konkursów, gier dydaktycznych itp. (Woźniak, 2014, s. 27). Biorąc pod uwagę kłopoty w interpretacji poleceń przez osoby autystyczne, należy je upraszczać zarówno w formie werbalnej jak i pisemnej.

### **Problemy związane z edukacją ucznia autystycznego**

Starając się przygotować ucznia zaburzonego rozwojowo do egzaminu maturalnego należy zdawać sobie sprawę z licznych barier, problemów i ograniczeń, które skutecznie mogą utrudnić omawiany proces. Jednym z nich jest kwestia określenia działań



jakie trzeba podjąć, aby proces edukacyjno-terapeutyczny był efektywny. Dlatego według K. Patyk, przede wszystkim należy sobie uświadomić, że autyzm jako zaburzenie rozwojowe, charakteryzującym się dużą dysharmonią. Oznacza to więc, że w niektórych sferach funkcjonowania poznawczego, uczniowie ci będą osiągać bardzo wysokie wyniki, w innych średnie, a w jeszcze innych – niskie (Patyk, 2012, s. 27). Stąd też pojawia się problem jednoznacznego zakwalifikowania osób z autyzmem do określonego poziomu upośledzenia umysłowego. Nigdy bowiem osoba autystyczna z upośledzeniem, np. w stopniu lekkim, nie będzie odpowiadała klinicznemu obrazowi upośledzenia na tym poziomie, u jednostki nieautystycznej. Problem ten przekłada się również na dostosowanie odpowiedniej podstawy programowej, która według obowiązujących przepisów prawa oświatowego – jest dobierana według stopni upośledzenia, nie uwzględniając jednak specyfiki funkcjonowania poznawczego dzieci autystycznych. Nic więc dziwnego, że w toku edukacji takiego ucznia, można natknąć się na wiele problemów i to zarówno w sytuacji kiedy uczeń realizuje podstawę programową kształcenia ogólnego z dostosowaniem jej do potrzeb dziecka (kiedy niektóre treści okazują się dla niego zbyt trudne, nieosiągalne) bądź podstawę programową kształcenia ogólnego dla uczniów z upośledzeniem w stopniu umiarkowanym lub znacznym (kiedy okazuje się, że w niektórych sferach, dziecko znacznie przekracza poziom programu nauczania). Pewnym rozwiązaniem tego problemu są programy autorskie tworzone przez nauczycieli, które wymagają jednak uwzględnienia kilku istotnych kwestii związanych z uczniem autystycznym, przede wszystkim:

- unikania stawiania dziecka w sytuacjach zadaniowych wymagających zaangażowania „teorii umysłu” (czyli zrozumienia stanu umysłu innej osoby),

- w sytuacji trudności w rozwiązaniu zadania przez dziecko autystyczne, należy zbadać czy są one efektem deficytów uwagi (zaburzenia zakresu, pojemności i trwałości uwagi, płynne przerzucanie uwagi na inny obiekt) czy może zadanie jest dla dziecka po prostu zbyt trudne,
- dzieci autystyczne mają małe możliwości generalizowania,
- przejawiają trudności z myśleniem werbalnym i rozumieniem pojęć abstrakcyjnych,
- przejawiają bogaty „repertuar” zachowań trudnych np.:
  - fiksacje na określonej stymulacji, połączone z wyłączeniem informacji płynących ze środowiska;
  - problemy z samokontrolą np. obsesje, odczuwanie wewnętrznego przymusu i lęki;
  - trudności związane z tolerancją na bodźce, takie jak nadwrażliwość zmysłowa i emocjonalna;
  - nadpobudliwość lub bierność;
  - mają ukryte możliwości poznawcze i nie przejawiają świadomości co do własnych możliwości i umiejętności,
  - zaburzenia jakościowe w komunikacji – niektóre dzieci są mówiące ale nie wykorzystują mowy do komunikacji z otoczeniem, inne są niemówiące (Patyk, 2012, s. 21).

Przygotowanie autorskiego programu nauczania wymaga od nauczyciela zapoznania się z literaturą przedmiotu, nieoceniony w tym względzie jest również wywiad z rodzicami, psychologiem oraz własne obserwacje.

Jak wskazuje E. Pisula istotnym problemem wpływającym niekorzystnie na możliwości edukacyjne uczniów autystycznych są stwierdzone u nich zaburzenia uwagi, dotyczące jej zakresu, pojemności, trwałości oraz płynnego przerzucania na inny obiekt. Z tego powodu nie można jednoznacznie stwierdzić, czy niezadowalające wyniki uczenia są efektem trudności z rozwiązaniem

zadania, czy wynikają z deficytów uwagi, które utrudniają mu przyswojenie instrukcji (Pisula, 2000, s. 83).

Kolejnym ważnym czynnikiem, który może zaburzyć proces edukacji ucznia autystycznego mogą być jego problemy z zachowaniem. Najczęściej jest to spowodowane nadpobudliwością, niechęcią realizowania zadań, zamknięciem w sobie, czy zmianami jakie zaistniały w jego otoczeniu. Wszystko to wpływa na obniżenie możliwości edukacyjnych (Lovaas, 1993, s. 77). To z kolei prowadzi do następnych trudności z jakimi na co dzień musi się zmierzyć nauczyciel ucznia autystycznego. Jedną z nich jest częsta odmowa współpracy. Poznanie jej przyczyn oraz podjęcie skutecznych działań np. wyciszenia, usunięcie bodźców blokujących, warunkują dalsze postępy edukacyjne (Lovaas, 1993, s. 77).

Problemem jest również wolne, znacznie odstające od normy tempo uczenia się dzieci autystycznych. Jest to wywołane m.in. zaburzeniami w komunikacji co sprawia, że uczenie się nowych umiejętności jest utrudnione i wydłużone. Dodatkowo problem ten jest potęgowany przez deficyty obejmujące abstrakcyjność myślenia i posługiwania się metaforą, co przejawia się w dosłowności interpretowania poleceń i wypowiedzi (Thompson, 2013, s. 81).

Niewątpliwy problem może również stanowić postawa samego nauczyciela. Często się zdarza, że uczelnie wyższe, które ponoszą odpowiedzialność za przygotowanie pedagogów, czynią to niewłaściwie lub w ogóle. Skutkuje to ubogim warszatem metod i technik, które należy stosować wobec uczniów z zaburzeniami rozwojowymi oraz brakiem elementarnej wiedzy dotyczącej autyzmu. Dlatego pojawienie się ucznia autystycznego w klasie budzi u nauczyciela obawy, niechęć i niepewność podejmowanych działań. To z kolei przekłada się na brak jakichkolwiek

osiągnąć ucznia cierpiącego na autyzmem, a nawet może prowadzi do wyraźnego regresu w jego rozwoju.

Literatura książek i artykułów w czasopismach dotyczących opisywanego tematu udowadnia, że skuteczne przygotowanie ucznia autystycznego do egzaminu maturalnego jest możliwe, co potwierdzają liczne przypadki studentów cierpiący na autyzm. Bez wątplenia nie jest to zadanie proste i zależy od wielu pozytywnie zrealizowanych czynników.

Na wstępie pojawiają się liczne dylematy, czy podważające zasadność tego rodzaju przygotowań. Wątpliwości budzi fakt, czy osoba zaburzona rozwojowo, która ma problemy z samodzielnością powinna uczyć się w szkole średniej.

Jeżeli nauczyciel podejmuje się zawartego w temacie zadania to musi określić jakimi możliwościami dysponuje, aby skutecznie przygotować ucznia autystycznego do wytyczonego celu. Pod kątem poziomu zaburzenia rozwojowego ucznia należy przygotować odpowiedni warsztat pracy. Dotyczy to zarówno przestrzeni wokół ucznia, konsekwencji prowadzonych działań, wiedzy nauczyciela, a także doboru odpowiednich metod i technik pracy. Niewątpliwie praca z uczniem autystycznym związana jest z licznymi, często zaskakującymi problemami, które często odnoszą się do ucznia zaburzonego rozwojowo, jaki i nauczyciela.

Przygotowując ucznia autystycznego do egzaminu maturalnego nie należy zapominać o zachowaniu funkcji terapeutycznej. Oprócz konkretnych treści szkolnych trzeba kształcić w nim samodzielność, rozwijać możliwości komunikacyjne, interpersonalne i socjalizacyjne. Dopiero spełnienie tych wszystkich czynników pozwoli w pełni osiągnąć zawarty w temacie pracy cel.

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] BOGDANOWICZ M. BUDZYŃSKA A. (1996), *Autyzm w świetle DSM* [w:] Biuletyn 1, Gdańsk.

- [2] ĆMIKIEWICZ M. (2011), *Dzieci autystyczne* [w:] E. PRZYGOŃSKA (red.), *Praca z dzieckiem wymagającym*, Toruń.
- [3] JAGIELSKA G. (2010), *Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu*, Warszawa.
- [4] LEMAŃSKA A. (2010), *Model pracy z uczniem z autyzmem* [w:] J. WRONA, *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Warszawa.
- [5] LOVAAS I. (1993), *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych naukowo*, Warszawa.
- [6] KOPERWAS A., LIPIEC I. (2011), *Metodologia szkolnego ośrodka kariery wobec uczniów z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi*, Lublin.
- [7] KRUK-LASOCKA J. (2003), *Pedagogizacja dzieci z autyzmem i zespołami psychozopodobnymi* [w:] W. DYKCIK (red.), *Pedagogika specjalna*, Poznań.
- [8] PISUŁA E. (2000), *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa.
- [9] STEFAŃSKA-KLAR R. (1998), *Zagadnienia integracji różnych podejść teoretycznych i metodologicznych w czasie pracy nad programem edukacyjnym dla autystycznego ucznia* [w:] H. JAKLEWICZ (red.), *Edukacja osób autystycznych w praktyce i badaniach naukowych*, Gdańsk.
- [10] THOMPSON J. (2013), *Specjalne potrzeby edukacyjne*, Warszawa.
- [11] WIŃCZURA W. (2013), *Kompetencje emocjonalne dziecka z autyzmem* [w:] K. ĆWIRYNKAŁO, A. ŻYWANOWSKA, CZ. KOSAKOWSKI, *Kierunki rozwoju pedagogiki specjalnej*, Kraków.
- [12] Wielka encyklopedia (2001), Warszawa.
- [13] Wielka encyklopedia (2002), Warszawa.

- [14] BĄK-ŚREDNICKA A. (2011), *Blaski i cienie indywidualnego nauczania ucznia dotkniętego autyzmem* [w:] „Języki obce w szkole”, nr 4.
- [15] DYLIKOWSKA Ż. (2008), *Mój pierwszy uczeń z autyzmem* [w:] „Rewalidacja”, nr 2.
- [16] PATYK K. (2012), *Metody i formy pracy z uczniem autystycznym* [w:] „Nowa szkoła”, nr 2.
- [17] PATYK K. (2009), *Uwarunkowania osiągnięć szkolnych dzieci autystycznych* [w:] „Rewalidacja”, nr 2.
- [18] WOŹNIAK P. (2014), *Uczeń autystyczny na lekcjach języka polskiego* [w:] „Wychowawca”, nr 1.
- [19] *Edukacja skuteczna, przyjazna i nowoczesna. Jak organizować edukację uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi?* (2010), Warszawa, [dostęp: 18.03.2014] [www.zespoldowna.info/media/2010/01/MEN2](http://www.zespoldowna.info/media/2010/01/MEN2)
- [20] PERYGA A., *Przygotowanie do matury – program zajęć dodatkowych*, [dostęp: 19.03.2014] [www.edukacja.edux.pl/p-11976](http://www.edukacja.edux.pl/p-11976)
- [21] Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30.04.2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 83 poz. 562).

## **DZIECKO AUTYSTYCZNE W ŚRODOWISKU RODZINNYM**

### **Streszczenie**

Niniejszy artykuł jest poświęcony tematyce dotyczącej zaburzonego funkcjonowania dzieci autystycznych przebywających w środowisku rodzinnym. Pozwoliłam sobie podzielić ten temat na kilka obszarów aby przybliżyć bardziej zagadnienie autyzmu, tak więc zaczęłam od etiologii a więc pierwszych kroków stawianych w dziedzinie powstawania i diagnozy tego zaburzenia. Następnie scharakteryzowałam szerokie spektrum zaburzeń autystycznych występujących u dziecka ze wszystkimi jego skutkami dla samego dziecka i otoczenia, w którym żyje. Kolejnym problemem, który starałam się poruszyć, odzwierciedlającym myśl przewodnią tego artykułu jest sytuacja rodziców dziecka autystycznego oraz związane z tym problemy emocjonalno-wychowawcze dotyczące rodziców i rodzeństwa dziecka autystycznego. Ostatnim zagadnieniem, które opisałam w tym artykule jest temat dotyczący rodziny jako środowiska stymulującego rozwój dziecka autystycznego a więc wielostronne zmagania rodziców wobec dziecka mające na celu niesienie pomocy dziecku i zapewnienia, dziecku w miarę jego możliwości poznawania bogatego świata zewnętrznego.

### **Słowa kluczowe**

autyzm, wychowanie, rodzina, opieka

### **Abstract**

This article is devoted to the issue of dysfunctional behaviour amongst autistic children within the family environment. I decid-

ed to divide the topic into several areas in order to look more closely into the issue of autism, thus I began with aetiology, the first steps in terms of the formation and diagnosis of the disorder. Then I characterised a wide spectrum of autistic dysfunctions occurring in a child with all its consequences for the child and the environment in which he or she lives. Another problem that I tried to address, reflecting the guiding principle of this article is the situation of parents of an autistic child and the related emotional and parenting issues concerning parents and siblings of an autistic child. The last issue is about the family as a stimulating environment for the development of an autistic child, and thus multifaceted parental effort to provide the child with assistance and opportunity to experience the rich outside world, as far as it is possible for him or her.

### **Keywords**

autism, upbringing, family, care

*Tylko życie poświęcone innym warte jest przeżycia.*

Albert Einstein

Każdy z nas jako dziecko miał swoje marzenia i na swój własny sposób postrzegał rzeczywistość, jak bardzo różniącą się od tego co faktycznie niosło ze sobą prawdziwe życie, ale właśnie te marzenia i wyimaginowany rzeczywisty świat pozwalał na bezpieczne niczym nie zmaćcone szczęście, bo to był tylko nasz własny świat, już wtedy nie o wszystkim mówiliśmy rodzicom, bratu lub siostrze, nie pozwalaliśmy na ingerencję z zewnątrz, więc w jakimś stopniu każdy z nas może zrozumieć sytuację w jakiej znajduje się dziecko autystyczne. Celem tego artykułu jest ukazanie sytuacji dziecka autystycznego żyjącego w rodzinie, oraz jak choroba dziecka wpływa na wzajemne relacje między nim



a poszczególnymi członkami rodziny. Miłość rodziców nie zawsze wystarcza, zwłaszcza gdy nie ma prawdziwej drogi porozumienia między nimi a dzieckiem, a co dopiero wtedy, gdy mamy do czynienia z dzieckiem, które nie mówi i żyje zamknięte w swoim własnym świecie, temu stanowi towarzyszy często jeszcze wiele innych nieprawidłowości w rozwoju, które składają się na bardzo złożony i zróżnicowany w przypadku poszczególnych osób obraz funkcjonowania. Jest to bardzo frustrująca sytuacja zarówno dla rodziców jak i dla dziecka, i bywa często źródłem bardzo traumatycznych przeżyć. Często dodatkowo ciężarem i odpowiedzialnością za chore dziecko obarczone jest rodzeństwo, które również nieradzi sobie z tą sytuacją co jednak niekorzystnie rzutuje na całość relacji w rodzinie. Dlatego rodzice często szukają wsparcia na zewnątrz oczekując profesjonalnej pomocy ze strony specjalistów lekarzy, pedagogów, która zapewni szybkie rezultaty. Zarówno specjaliści jak i rodzice popełniają błędy wszyscy jesteśmy tylko ludźmi, więc takie nastawienie na szybkie wyniki dziecka może nieść ze sobą ogromne rozczarowanie wynikające z niespełnionych nadziei. Wychowanie dziecka autystycznego z pewnością nie należy do łatwego zadania, to bardzo ciężka praca wymagająca ogromnego nakładu sił ze strony rodziny jak i specjalistów. Nie należy w tych wszystkich działaniach zapominać o tym, że najważniejszą osobą jest tutaj dziecko, odcięte zupełnie od świata zewnętrznego, żyjące w swoim własnym świecie doznań i przeżyć, które jakkolwiek nieprzemyślaną ingerencję z zewnątrz odbiera jako atak na swoją osobę i nie ma tutaj znaczenia czy osobą ingerującą w ten świat jest rodzic, siostra, brat czy specjalista.

### **Autyzm**

Wiele już na ten temat zostało napisane, również nasza wiedza jest coraz szersza w tym zakresie. Niewątpliwie jednak temat ten

wciąż budzi wielkie zainteresowanie i jest źródłem ciągłych poszukiwań diagnostycznych i terapeutycznych. Przyczyny autyzmu nie zostały dotąd dokładnie poznane. Zjawisko autyzmu, które od nie tak dawna budzi znaczne zainteresowanie, jest niezwykle złożone zarówno ze względu na uzewnętrznianie się w zachowaniu, jak też na etiologię (Brauns, 2002, s. 5). Tak więc odpowiedź na pytanie, skąd bierze się autyzm, jest znacznie utrudniona ze względu na fakt, że u jego podłoża leżą różne czynniki wchodzące ze sobą w interakcje. Wciąż nie wiadomo, czy któryś z nich odgrywa zasadniczą rolę w etiologii i ostatecznie przesądza o tym, że u dziecka rozwija się właśnie to zaburzenie. Do rozwoju symptomów autyzmu może dojść w różny sposób, różne są bowiem kombinacje czynników decydujących o powstaniu zaburzenia u poszczególnych osób. Tak więc ścieżka dojścia do autyzmu może być inna w przypadku każdego dziecka, dlatego osoby z autyzmem doświadczają różnych trudności, a obraz zaburzenia nie jest taki sam u wszystkich.

Wracając do początków czyli pierwszych kroków stawianych przy odkrywaniu autyzmu, terminu „autyzm” w odniesieniu do zaburzenia występującego u dzieci po raz pierwszy użyto i został on wprowadzony w 1943 r. przez Leo Kanner z szpitala Johna Hopkinsa w Baltimore w Stanach Zjednoczonych (Kanner, 1943). Kanner, uznawany za twórcę psychiatrii dziecięcej, opisał grupę 11 dzieci, u których zaobserwował specyficzny wzorec zachowania. Występujące u nich zaburzenie nazwał autyzmem wczesnodziecięcym, nawiązując do greckiego słowa *autos* (sam). Wspólną nietypową cechą zachowania tych dzieci było bowiem izolowanie się, preferowanie samotności, brak dążenia do kontaktów z innymi ludźmi, zaburzenia rozwoju mowy i fascynacja pewnymi obiektami (głównie wirującymi, kręcącymi się), rutynowe i stereotypowe zachowania oraz oznaki potencjalnie dobrego poziomu intelektualnego, przejawiające się w wąskich obsza-

rach zdolności. Kanner zauważył też, że dzieci te były najczęściej bardzo ładne (ich urodę określano jako „księżęcą”) a ich wygląd wcale nie wskazywał na nieprawidłowy rozwój. „Zamknięte we własnym świecie”- tak przez wiele lat opisywano osoby dotknięte autyzmem, a i dzisiaj metafora ta jest chętnie używana przez ludzi nie zagłębianych w temat (Pisula, 2010, s. 10).

W świetle współczesnej wiedzy autyzm należy do tak zwanych zaburzeń neurorozwojowych, co oznacza, że jest on związany z nieprawidłowym rozwojem i funkcjonowaniem mózgu. Najczęściej wskazywane nieprawidłowości dotyczą części skroniowo-potylicznej mózgu, tak zwanego mózgu społecznego, to jest ciała migdałowatego i płatów czołowych, wielkości i masy mózgu, układu limbicznego, nieprawidłowości w budowie dendrytów. W świetle wyników badań uprawnione jest również stwierdzenie, że podstawową rolę w powstawaniu autyzmu odgrywają czynniki biologiczne. Coraz częściej zwraca się uwagę na występowanie u dzieci z tym zaburzeniem różnego typu problemów zdrowotnych. Dotyczą one między innymi metabolizmu, braku tolerancji na niektóre substancje, alergii, obniżonej odporności i częstego zapadania na infekcje wirusowe, grzybicze i bakteryjne, nieprawidłowości pracy nerek i wątroby (Goldson, Bauman, 2007). Większość zebranych informacji odnosi się jednak do małych grup dzieci i trudno określić ich znaczenie dla całej populacji lub jej wyodrębnionej części. Najwięcej danych dotyczy nadwrażliwości na gluten i kazeinę, zatrucia rtęcią lub innymi metalami ciężkimi oraz pestycydami (Shattock, Carr, Whiteley, 2009). Wiadomo, że niektóre z zaburzeń metabolicznych występują u osób z autyzmem częściej niż w ogóle ludzkiej populacji np. fenyloketonuria (Pisula, 2010, s. 26). Ponad wszelką wątpliwość został już udowodniony wywołujący autyzm wpływ zanieczyszczeń ekologicznych, w tym metali ciężkich występujących w glebie, powietrzu a także w szczepionkach.

Faktem jest, że u pewnej grupy dzieci zaobserwowano regres w rozwoju oraz pojawienie się symptomów niedługo po podaniu im potrójnej szczepionki przeciwko odrze, śwince i różyczce (MMR – *measles-mumps-rubella*). Szczepionka ta zawierała substancję konserwującą thimerosal, której składnikiem była rtęć i to właśnie rtęci przypisywano, że w wyniku gromadzenia się w organizmie dziecka jest odpowiedzialna za zaburzenia w rozwoju powodujące autyzm. W następstwie zaistniałego podejrzenia przeprowadzono szereg badań jednak ich wyniki nie były jednoznaczne. Pomimo że oficjalne stanowisko Światowej Organizacji Zdrowia głosi, że nie istnieją jednoznaczne dowody na szkodliwy wpływ thimerosalu, w większości krajów wycofano z użycia szczepionki zawierające szkodliwe substancje. W ostatnich latach wiele uwagi poświęcono także genetycznym predyspozycjom do autyzmu (por. Klauck, 2006; Rutter, 2005).

Wykazano w nich, że autyzm znacznie częściej współwystępuje u bliźniąt monozygotycznych (około 60-95% zgodności) niż u bliźniąt dzygotycznych (około 5-8%). Zaburzenie to częściej występuje również u rodzeństwa (prawdopodobieństwo autyzmu u kolejnego dziecka w rodzinie jest około 50-200 razy wyższe niż przeciętnie w populacji i wynosi około 2-8%). Nie wykryto jednak genu autyzmu odpowiedzialnego bezpośrednio za powstawanie autyzmu. Przypuszczalnie do powstania tego zaburzenia dochodzi na drodze interakcji co najmniej kilku genów. Z aktualnego stanu wiedzy na temat genetycznych przyczyn autyzmu wynika, że chodzi nie tyle o dziedziczenie zaburzenia jako takiego, co raczej predyspozycje do pewnego sposobu funkcjonowania społecznego oraz trudności w komunikowaniu się z innymi ludźmi. Wyniki badań wskazują, że niektóre typowe dla autyzmu trudności znacznie częściej występują u rodziców i rodzeństwa dzieci z tym zaburzeniem niż przeciętnie w populacji (Bolte, Poustka, 2006, Chuthapisith i wsp., 2007). Dotyczy to między innymi

opóźnienia rozwoju mowy, trudności w uczeniu się i niektórych procesów poznawczych. Niektóre badania wskazują również, że rodzice są podobni do swoich dzieci z autyzmem także w innych obszarach: są nieśmiali w sytuacjach społecznych, uciekają w samotność, lubią porządek i mają niechętny stosunek do zmian (Bolte i wsp., 2007). Dotychczas zaproponowano (Dawson i wsp., 2002) sześć cech charakterystycznych dla szerokiego fenotypu autyzmu są to:

- trudności w przetwarzaniu informacji dotyczących twarzy – rozpoznawanie emocji, rozpoznawanie twarzy,
- obniżona zdolność do tworzenia więzi społecznych lub wrażliwość na wzmocnienia społeczna (na przykład czytając dezaprobatę lub pochwałę),
- słabe umiejętności naśladowania ruchów,
- gorsza pamięć bodźców społecznych,
- trudności w zakresie planowania, kontroli wykonania czynności oraz płynności, działania (i elastycznego dostosowywania go do zewnętrznych okoliczności) (Pisula, 2010, s. 33).

Jedno można na ten temat stwierdzić bezdyskusyjnie – geny być może zwiększają podatność na wystąpienie zaburzenia, ale nie przesądzają o nim.

Repertuar czynników mogących wywołać autyzm jest bardzo bogaty, przy czym nigdy nie ma 100-procentowej pewności, że właśnie te czynniki wpływają jednoznacznie na wystąpienie tego zaburzenia, które może przejawiać się w bardzo różnorodnym obrazie klinicznym.

Dla tych, którzy zjawiskiem autyzmu zajmują się nie od dziś obecnie wiadomo, że nie wszystkie dzieci dotknięte autyzmem izolują się od ludzi żyjąc zamknięte w swoim własnym świecie i stroniąc od społecznych i emocjonalnych więzi. Nie mniej typowe dla autyzmu problemy dotyczą przede wszystkim trudności

w budowaniu relacji z innymi ludźmi oraz w porozumiewaniu się z nimi. Towarzyszy temu wiele innych nieprawidłowości w rozwoju, które składają się na bardzo złożony i zróżnicowany w przypadku poszczególnych osób obraz funkcjonowania.

Zgodnie z powszechnie przyjętymi kryteriami diagnostycznymi aktualnie stosuje się termin „zburzenia autystyczne” lub „autyzm dziecięcy” (Obuchowska, 2005, s. 296). Autyzm nie jest zaliczany do psychoz. Wchodzi w skład kategorii diagnostycznej określanej jako „całościowe zaburzenia rozwojowe” inaczej „autystyczna triada”, które uzewnętrzniają się jako nieprawidłowości w trzech obszarach rozwoju dziecka:

- przebiegu rozwoju społecznego,
- komunikowaniu się,
- znacznie ograniczonych, powtarzanych i stereotypowych wzorcach zachowania, aktywności i zainteresowań.

Jeszcze bardziej aktualnym i popularnym określeniem jest „autystyczne spektrum”, zazwyczaj używa się go w odniesieniu do trzech spośród całościowych zaburzeń rozwoju: autyzmu dziecięcego, zespołu Aspergera oraz innych całościowych zaburzeń rozwoju (Pisula, 2010, s. 16, 19).

Zaburzenia autystyczne występują we wszystkich trzech wyżej wymienionych sferach łącznie i pojawiają się przed ukończeniem przez dziecko 3. roku życia. Jednakże sposób, w jaki się one manifestują może być bardzo różny i zależy w dużym stopniu od poziomu zdolności intelektualnych oraz chronologicznego wieku dziecka.

Większość dzieci z autyzmem nie potrafi uczestniczyć w interakcjach społecznych na zasadzie naprzemienności oraz nawiązywać relacji opartych na miłości i przyjaźni. Zubożony jest kontakt wzrokowy, zubożona ekspresja twarzy i gestykulacja w sytuacjach społecznych.

Nie dążą one do kontaktu z rówieśnikami, a także nie współdzielą z innymi osobami radości, zainteresowań i osiągnięć. Znacznie zaburzona jest zdolność naśladowania oraz zabawy społecznej, opartej w dużym stopniu na imitacji np. zabawa w role (por. Lord, 1993).

U wielu dzieci z autyzmem nie rozwija się zdolność mówienia mogąca służyć międzyosobowej komunikacji. Charakterystyczne jest, że nie próbują one kompensować owej niezdolności przez pozawerbalne sposoby porozumiewania się (mimikę, gestykulację). Opanowywane przez nie gesty są zazwyczaj wyrazem niechęci do kontaktu z inną osobą i służą przerwaniu interakcji („idź stąd”, „nie chcę”). Nawet te dzieci, które mówią, mają znaczne trudności z rozpoczynaniem i podtrzymywaniem rozmowy. Często przybiera ona postać bądź to długiego monologu, bądź też aktywność dziecka sprowadza się do ścisłego, dokładnego odpowiadania na pytania. W mowie występują bezpośrednie lub odroczone echolalie (automatyczne powtarzanie usłyszanych dźwięków, wyrazów, całych zdań, (por. Surowaniec, 1994), zamienianie zaimków (np. mówienie o sobie w drugiej lub trzeciej osobie albo używając imienia), stereotypie. Duża grupa osób z autyzmem komunikuje się z innymi ludźmi wyłącznie posługując się wypowiedziami echolalicznymi. Osoby z autyzmem charakteryzuje sztywność w zachowaniu. Przejawia się ona w przywiązaniu do pewnych stereotypowych, ściśle określonych, ograniczonych wzorców zachowań, aktywności i zainteresowań (Obuchowska, 2005, s. 297). Dzieci te przestrzegają niezmiennych zwyczajów i rytuałów. Reagują silnym protestem na nowość, zmiany w dotychczasowym trybie życia. Przestrzeganie stałego porządku dnia, przywiązanie do swojego miejsca przy stole, zawsze tej samej drogi do sklepu, czasem określonego ubrania, rodzaju pożywienia to przejawy owej sztywności. Innym przykładem sztywności w zachowaniu są manieryzmy ruchowe (obracanie się

wokół własnej osi na palcach, przebieranie palcami rąk przed oczyma w peryferycznych częściach pola widzenia), stereotypie (np. kołysanie się), przywiązywanie do wybranych, szczególnych obiektów (tzw. talizmanów). Sztywność przejawia się w zainteresowaniach – dotyczą one zazwyczaj bardzo wąskiego, rzadko zajmującego dla innych obszaru, przy czym cechuje je quasi – obsesyjny charakter.

Starsze dzieci tworzą kolekcje uznawane za dziwaczne (np. bilety autobusowe, kamienie o określonym kształcie i kolorze, czerwone ołówki). W przypadku zabawy, dzieci z autyzmem bawią się w sposób schematyczny, rutynowy.

W zabawie brak elementów świadczących o wyobraźni, umiejętności grania ról. I tak np. bogaty zbiór małych modeli samochodów służy 10-letniemu chłopcu wyłącznie do ustawiania ich w długie szeregi, w określonej kolejności.

Jednym z najciekawszych zjawisk występujących u niektórych osób dotkniętych autyzmem są tzw. wysepkowe zdolności w obrębie procesów poznawczych. Dotyczy to około 5-15% tej populacji. Zdolności te towarzyszą zazwyczaj ogólnie upośledzonemu rozwojowi i ograniczają się do bardzo wąskich obszarów, w których osiągnięcia dziecka są fenomenalne. Ich poziom znacznie przekracza możliwości nie tylko pełnosprawnych rówieśników, ale też większości dorosłych. Mogą to być zdolności: muzyczne – np. wybitnie dobry słuch muzyczny, komponowanie melodii. Językowe – np. opanowanie kilku języków obcych przez dziecko uczące się zupełnie samodzielnie i często w sposób nawet niezauważalny dla otoczenia. Pamięciowe – dotyczą najczęściej pamięci mechanicznej – np. zapamiętanie treści książki telefonicznej, rozkładu jazdy pociągów, haseł z encyklopedii. Percepcyjne – np. bardzo szybkie i sprawne układanie puzzli składających się z kilkuset czy kilku tysięcy elementów, czasem nawet gdy są one rozrzucone obrazkiem do dołu. Arytmetyczne –



błyskawiczne wykonywanie w pamięci skomplikowanych działań arytmetycznych, np. mnożenie dwóch wielocyfrowych liczb, wyciąganie pierwiastka z kilkucyfrowej liczby, przy czym dziecko nie jest w stanie dokonać analizy tej operacji. Plastyczne – wybitne zdolności rysunkowe.

Osoby z autyzmem myślą w sposób obrazowy, z czym wiązać należy np. zdolność natychmiastowego prawidłowego oszacowania liczby zapalek wysypanych z pudełka lub kilkudziesięciu kółek we wzorze na okładce zeszytu. Osobie sprawdzającej poprawność informacji podanej przez dziecko liczenie tych elementów zabiera znacznie więcej czasu. Zdarza się, że zdolności te stopniowo zanikają lub też, że nigdy nie zostaną wykorzystane w sposób konstruktywny. Specyfika przebiegu procesów poznawczych dotyczy też trudności w generalizowaniu i abstrahowaniu od konkretności. Znacznie zaburzona jest również koncentracja uwagi (Obuchowska, 2005, s. 299). Charakterystyczny dla wielu osób z autyzmem jest duży lęk, występujący w sytuacjach, które nie wywołują go u innych ludzi (np. lęk przed wsiadaniem do autobusu, silnym wiatrem, określonym kolorem lub pewnymi osobami). Uwagę zwracają również występujące u wielu dzieci zaburzenia wrażliwości sensorycznej.

Nieprawidłowości w odbiorze bodźców (różnych modalności – słuchowych, dotykowych, węchowych, wzrokowych i smakowych) mogą przejawiać się w postaci nadwrażliwości na nie. Z drugiej jednak strony niektóre dzieci z autyzmem sprawiają wrażenie niewrażliwych na pewne rodzaje stymulacji. Dotyczy to szczególnie bodźców bólowych, które nie wywołują u nich typowej reakcji (np. dziecko nie reaguje na oparzenie, na upadek połączony z silnym uderzeniem). Populacja osób z autyzmem jest bardzo niejednorodna, a obraz kliniczny zaburzeń występujących w rozwoju poszczególnych dzieci może istotnie się od siebie różnić. Podejmowane są próby wyodrębnienia w miarę jednorod-

nych grup osób z autyzmem, przy czym zasadniczym kryterium są różne wzorce zachowania, zwłaszcza w sytuacjach społecznych. Za najbardziej popularną należy uznać typologię opracowaną przez (Wing, Gould, 1979). Wyróżniono w niej trzy grupy, cechujące się różnym charakterem i stopniem zaburzeń interakcji społecznych:

- a) osoby aktywne unikające kontaktów społecznych – to najliczniejsza grupa (około 61% populacji); należą do niej osoby pełne rezerwy wobec innych ludzi, czynnie unikające kontaktów, dążące do zachowania dystansu fizycznego, unikające kontaktu wzrokowego,
- b) osoby bierne w kontakcie – akceptujące kontakt (nie stawiające oporu, gdy ktoś próbuje ich dotknąć lub wziąć za rękę), ale go nie szukające i nie nawiązujące własnej inicjatywy,
- c) osoby aktywne, ale specyficzne – to jednostki inicjujące kontakty z innymi ludźmi, ale czyniące to w charakterystyczny sposób: dominujące w przebiegu interakcji, nie uwzględniające perspektywy (zainteresowań, wiedzy) rozmówcy, nie posiadające umiejętności wchodzenia w rolę, prezentujące powtarzane, sztywne wzorce zachowań (np. powtarzanie pytań, rytuały werbalne) i zainteresowanie rutynowym przebiegiem interakcji, a nie jej treścią.

W grupie pierwszej znajduje się najwięcej osób z głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej, w grupie trzeciej najmniej. Łączą się z tym również przewidywania dotyczące dalszego rozwoju dzieci z poszczególnych grup. Najlepsze rokowania sformułowane są wobec dzieci z grupy trzeciej, najgorsze zaś z grupy pierwszej. Trzeba jednak zaznaczyć, że dynamika (uwarunkowana przez wiele różnych czynników) bywa taka, że w jego trakcie dziecko zaliczone wstępnie do grupy pierwszej

może znaleźć się w grupie drugiej lub trzeciej. Może też zdarzyć się odwrotnie. Nie mniej należy stwierdzić, że u większości dzieci z autyzmem występuje niepełnosprawność intelektualna. Największą grupę stanowią wśród nich osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym (pod red. Obuchowska, 2005, Pisula, s. 300).

Z naukowego punktu widzenia rodzina określana jest mianem podstawowej komórki społeczeństwa, funkcjonuje jako mała grupa społeczna; stanowi ona duchowe zjednoczenie szczupłego grona osób, skupionych we wspólnym ognisku domowym aktami wzajemnej pomocy i opieki, oparta na wierze w prawdziwą i obecną łączność biologiczną, tradycję rodzinną i społeczną. Wśród innych grup rodzinę wyróżnia współwystępowanie następujących cech: wspólne zamieszkanie członków, wspólne nazwisko, wspólna własność, ciągłość biologiczna i wspólna kultura duchowa wyrastająca na gruncie miłości (Różycka, 2006, s. 306).

Rodzina jest również pierwszym i podstawowym środowiskiem rozwoju dziecka. Oddziaływanie rodziny na rozwój dziecka dokonuje się m.in. przez dostarczanie mu wzorów i standardów wykonywania czynności i zachowania się, stwarzanie warunków wyzwalających różne formy jego aktywności, zaspokajanie potrzeb dziecka, stymulowanie jego rozwoju poznawczego oraz przekazywanie mu wzorów opracowywania i interpretacji nabywanych doświadczeń (Tyszkowa 1985, s. 5, 6). Kiedy dziecko przychodzi na świat jest to święto dla całej kochającej się rodziny, gdyż wreszcie doczekano się potomka, radość jest ogromna i żadnemu z członków rodziny nawet przez myśl nie przejdzie, że coś może być z dzieckiem nie tak.

Autyzm należy do najcięższych zaburzeń rozwoju i w przypadku nawet tak ciężkiego zaburzenia, na początku życia dziecka najczęściej nic nie budzi niepokoju. Stopniowo jednak w rodzinach zaczyna kiełkować podejrzenie że dzieje się coś niedobrego,

ponieważ dziecko nie dąży do kontaktu z nimi. Wydaje się najszczęśliwsze, gdy leży samotnie w łóżeczku. Ogląda wówczas swoje paluszki, poruszające się na ścianie cieni, wpatruje się w światło lampy. Nie odwraca głowy w stronę osób wchodzących do pokoju, nie wyciąga do nich rąk, nie uśmiecha się i nie domaga przytulenia. Brane na ręce pręży się, krzyczy, wygina i odsuwa albo tylko sztywnieje i nie patrzy na ich twarze. Gdy jest starsze, nie umie robić „pa pa” i bawić się w „a kuku”. Nie bawi się też zabawkami w typowy sposób, za to godzinami może się wpatrywać w kołyszące się wahadło zegara, albo obracający się bęben prakki. Niezrozumiałe dla innych zachowanie dziecka nasila się i coraz bardziej odbiega od zachowania rówieśników. Wydaje się, że nie odróżnia ono rodziców od innych osób. Nie okazuje im swego przywiązania, nie szuka u nich pocieszenia ani wsparcia w trudnych chwilach. Nie mówi. Wreszcie, najczęściej wówczas, gdy kończy dwa lata, nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu są na tyle widoczne, że rozpoczęty zostaje proces diagnozowania i padają pierwsze, z reguły błędne, diagnozy. Dopiero znacznie później – gdy dziecko ma cztery, pięć lat – rodzice dowiadują się że cierpi na autyzm (pod red. Obuchowska, 2005, Pisula, s. 295). Jest to ogromny cios dla całej rodziny a w szczególności dla matki dziecka.

Autyzm jest syndromem zaburzeń dziecka stwarzającym jego rodzicom wiele sytuacji stresowych i trudnych pod względem opiekuńczo-wychowawczym. Zwykle niedostatecznie wczesne rozpoznanie autyzmu i nieudzielanie rodzicom właściwych wyjaśnień i porad nasila ich niepokój i utrudnia im właściwe postępowanie opiekuńczo-wychowawcze z dzieckiem. Tym bardziej, że większość dzieci z autyzmem ujawnia już w okresie niemowlęcym i po niemowlęcym niepokojące rodziców reakcje i zachowania (Maciarz, 2009, s. 125). Dlatego też im rodzina jest zdrowsza pod względem harmonijnego funkcjonowania i wzajemnego wy-

pełnienia ról przypadających poszczególnym jej członkom, im łatwiej przystosowuje się do podejmowanych zadań, tym lepiej sobie będzie radzić z wychowaniem dziecka przejawiającego trwałą niepełnosprawność (Gałkowski, 1995, s. 45).

Istnieje wiele przyczyn stresu doświadczanego przez rodziców dzieci z autyzmem. Należą do nich m.in. trudności związane z uzyskaniem diagnozy oraz problemy w relacjach ze specjalistami. Autyzm jako zaburzenie rozwojowe jak już wcześniej zostało wielokrotnie podkreślone jest odmienny w swoim przebiegu i nasileniu, przede wszystkim występuje we wczesnym okresie rozwoju, specyficzne symptomy są zróżnicowane, jeśli chodzi o nasilenie i zakres co nie pozwala na ujęcie statyczne w diagnozie. Gdy już wreszcie diagnoza zapadnie jest to ogromnym szokiem dla rodziców gdyż właśnie w jednej chwili runął cały ich świat i nadzieje jakie żywili wobec własnego dziecka. Niezależnie od zachowań rodziców, wyróżniono pięć faz reakcji rodziców na postawioną diagnozę 1) opłakiwanie i protest – jako doświadczenie niespełnienia oczekiwań i pragnień związanych z dzieckiem w poczuciu swojej bezradności, 2) zaprzeczenie – wyparcie diagnozy, 3) natręctwa – obawy perspektywiczne, 4) przepracowania – przepracowanie dotychczasowego postępowania, 5) statyczny, chroniczny smutek – smutek z jednoczesnym indywidualnym radzeniem sobie z diagnozą (pod red. Kosakowski, Krause, 2004, Błeszyński, s. 330). Późne uzyskanie diagnozy łączy się z długotrwałym poczuciem niejasności co do możliwości dziecka i budowaniem jego nierealistycznego obrazu. Innym problemem jest brak wyraźnych oznak przywiązania ze strony dziecka.

Chciałam tutaj szczególnie uwidocznić sytuację matek dla, których szczególnie bolesnym doświadczeniem jest to, że dziecko nie przejawia typowych oznak przywiązania emocjonalnego do nich. Dzieci autystyczne nie okazują matkom uczuć w sposób spontaniczny, jak ich rówieśnicy, nie szukają u nich pocieszenia,

nie oczekują od nich serdeczności, robią wrażenie nieświadomych istnienia tego rodzaju relacji z matką. Większość tych dzieci sprawia wrażenie, że traktuje matkę podobnie jak inne osoby. Jednak wnikliwa obserwacja ich zachowania pozwala dostrzec, że większość dzieci z autyzmem ma zachowaną wrażliwość na obecność matki i dostrzega jej brak. Potwierdzają to oznaki reakcji tych dzieci w sytuacji separacji z matką. Obserwuje się u nich w czasie separacji z matką wzrost niepokoju, wzrost nadruchliwości, nasilenie zachowań stereotypowych lub wręcz całkowite wyhamowanie aktywności, oczekiwanie w bezruchu na powrót matki. Dążenie dziecka do zmniejszenia dystansu fizycznego z matką ujawnia się wyraźniej w pomieszczeniach pustych oraz obcych, nieznanymi dziecku. Uświadamianie matce tego, że jej dziecko dotknięte autyzmem ujawnia w sposób nietypowy i subtelny przywiązanie do niej, uczenie jej umiejętności obserwacji tego rodzaju symptomów i odpowiedniego reagowania na nie ma duże znaczenie terapeutyczne. Matka odzyskuje poczucie więzi z dzieckiem oraz jego i swojej wartości emocjonalnej oraz uczy się wzmacniania oznak przywiązania w zachowaniu dziecka.

Dla rodziców dziecka dotkniętego autyzmem bardzo przykrym doświadczeniem także jest to, że ich dziecko nie włącza się w zabawy i zajęcia z rówieśnikami, unika kontaktu z nimi i stale jest samo. Rodzice ubolewają nad tym nie tylko z powodu ograniczenia świata przeżyć i doświadczeń ich dziecka, ale także z powodu piętna, które obejmuje także ich samych. Inność zachowania się dziecka z autyzmem w różnorodnych sytuacjach społecznych wymaga od rodziców dużej odporności na negatywne reakcje otoczenia, niekiedy wręcz krzywdzące ich. Niepokojąca jest także dla rodziców perspektywa przyszłego życia ich dziecka z autyzmem, którego socjalizacja jest zaburzona.

Często rodzice cierpią z tego powodu, że ich dziecko, mimo że przejawia subtelne oznaki chęci włączenia się w zabawy

i zajęcia rówieśników jest przez nich traktowane z obojętnością bądź odrzucane (Maciarz, 2009, s. 126, 127). Większość rodziców dostrzega zmiany w funkcjonowaniu swojego dziecka, ale wielu pragnęłoby, aby były one wyraźniejsze. Przyczyną poważnych stresów są też trudności w porozumiewaniu się z dzieckiem, wynikające z zaburzeń w komunikacji werbalnej oraz braku kompensowania problemów językowych, np. przez gestykulację. Wielu rodziców sądzi, że gdyby ich dziecko potrafiło się porozumiewać, to łatwiej byłoby wyeliminować inne zaburzenia.

Przebieg rozwoju dziecka z autyzmem jest niezwykle i nieprzewidywalny. W pewnych sferach jest on względnie prawidłowy, w innych następuje zatrzymanie lub regresja, w jeszcze innych jest zdecydowanie opóźniony. Paradoksy w funkcjonowaniu prowadzą do tego, że zachowanie dziecka jest trudne do przewidzenia nawet w zwykłych, codziennych sytuacjach. Dzięki rozwojowi w pewnych obszarach stworzone zostają pozory normalności. Sprawia to, że stres z powodu zaburzeń jest jeszcze większy, bowiem rosną oczekiwania rodziców i trudniej im wypracować spójny obraz dziecka. Nie są oni w stanie ocenić jego możliwości rozwojowych i często mają wątpliwości, czy brak postępów nie jest efektem braku motywacji, albo też ich niskich kompetencji rodzicielskich. Rodzice dzieci autystycznych często mają problemy ze stawianiem dziecku granic, jasnym określeniem, co wolno, a czego nie wolno. Trudno jest im ocenić, które zachowania dziecka wynikają z autyzmu, a które są efektem nie respektowania przez dziecko określonych zasad. Ponieważ rozwój dziecka przebiega nieprawidłowo, rodzice niejednokrotnie czują się zmuszeni do wykonywania wielu czynności za dziecko. W wielu przypadkach niemożność traktowania dziecka zgodnie z jego wiekiem metrykalnym prowadzi do obniżenia wymagań stawianych mu, jak również ustępowania w sytuacjach, w których nie ustąpiliby swoim zdrowym dzieciom.

Rodzice dziecka autystycznego żyją w ustawicznym stresie, bywa ono niebezpieczne dla siebie i innych, niszczy rzeczy, rozlewa wodę, krzyczy...zwykle, zdroworozsądkowe sposoby postępowania są wobec dziecka autystycznego nieskuteczne, rodzice są bezradni, a zachowanie dziecka przekracza granice ich wytrzymałości (Olechnowicz, 2004, s. 96).

W dodatku normalny wygląd dziecka utrudnia zrozumienie, jak duże są i na czym polegają problemy w jego rozwoju i wiąże się z nieprzyjemnymi uwagami otoczenia na temat metod wychowawczych rodziców. Obciążeniem są też niezrozumiałe zachowania (kołysanie się, kręcenie się w kółko, obracanie palcami przed oczyma, krzyk itd.), nadruchliwość, stereotypie, autoagresja. Trudne zachowanie nasila się w miejscach publicznych. Kolejnym, ogromnym problemem jest brak systemu usług dla tych dzieci i ich rodzin, niezrozumienie problemu przez otoczenie i niewiedza specjalistów.

Rodzice bywają całkowicie osamotnieni w opiece nad dzieckiem. Konsekwencją kumulujących się przez wiele lat obciążeń, braku adekwatnego do potrzeb rodzin systemu wsparcia, presji emocjonalnej, finansowej i czasowej, w jakiej żyje wielu rodziców, może być tzw. *zespół wypalania się sił* (Gałkowski, 1995; Marcus, 1983; Peeters, 1996; Pisula, 1998). Polega on na utracie fizycznych i/lub psychicznych sił w efekcie przeciążenia sprawowaniem długotrwałej opieki nad dzieckiem. Rodzice czują, że opieka ta przekracza ich możliwości. Ma to miejsce wówczas, gdy dziecko nie czyni żadnych postępów w rozwoju, gdy brakuje wsparcia, potrzebnych usług terapeutycznych, edukacyjnych itp.

Za największy stresor prowadzący do utraty sił uznaje się brak odpoczynku i odciążenia. Zespołowi sprzyjają też osamotnienie i izolacja spowodowane przez specyficzne zachowanie dziecka oraz zaniedbywanie potrzeb rodziców przez profesjonalistów.



Rodzice czują się przemęczeni ciągłą opieką nad dzieckiem, wyłączną odpowiedzialnością za nie, beznadziejnością podejmowanych wysiłków. Są zrezygnowani i sfrustrowani. Dotyczy to przede wszystkim tych osób, które pozbawione są wsparcia – zarówno instytucjonalnego (np. w zakresie edukacji dziecka), jak i nieformalnego. Nie ulega wątpliwości, że w ciągu ostatnich lat nastąpił znaczny postęp w opiece nad osobami z autyzmem. Programy terapeutyczne są lepiej dostosowane do ich potrzeb, rośnie liczba placówek oferujących swe usługi dzieciom z tym zaburzeniem i ich rodzinom. Jest to jednak stanowczo zbyt mało, by można uznać, że potrzeby zostały choćby w minimalnym stopniu zaspokojone (pod red. Obuchowska, Pisula, 2005, s. 313).

U zdrowego rodzeństwa dziecka autystycznego w chwili pojawienia się w rodzinie dziecka upośledzonego występują negatywne przeżycia emocjonalne. Nasilają się one wraz z upływem czasu, gdy rodzice poświęcają „choremu” dziecku coraz więcej uwagi. Ciągłe zajmowanie się chorym dzieckiem czyni rodziców mniej wrażliwych na potrzeby zdrowego rodzeństwa. Niektórzy z rodziców stawiają zdrowym dzieciom zbyt wysokie wymagania. Dzieci zdrowe bywają zazdrosne i pełne urazy wobec zdrowego rodzeństwa. (Kosecka, 1999). Mimo, że współczuje choremu „choremu” bratu lub siostrze i rozumie dlaczego potrzebuje ono tak intensywnej opieki, to jednocześnie czuje się skrzywdzone i mniej kochane.

Uczucie to szczególnie potęguje się, gdy porówna sytuację swoją i swoich rówieśników. Postrzega wtedy chore rodzeństwo jako źródło swoich niepowodzeń, odczuwa zazdrość, wrogość, gniew, agresję. Będąc jednak świadomym oczekiwań rodziców, nie ujawnia tych uczuć, a nawet czuje się winne z powodu ich przeżywania. Skutkiem tego jest podwyższony poziom napięcia emocjonalnego, niepewność uczuciowa oraz zaburzenie obrazu samego siebie. Małe rodzeństwo dzieci autystycznych szczegól-

nie zaniepokojone jest możliwością zarażenia się kalectwem, a kiedy wchodzi w okres dojrzewania zaczyna obawiać się, że w przyszłości może mieć dziecko niepełnosprawne.

Funkcjonowanie zdrowego rodzeństwa dzieci autystycznych uzależnione jest od wielu czynników, które kształtują: warunki życia i wychowania, relacje z otoczeniem, przebyte doświadczenia. W pierwszym rzędzie zależy ono jednak od informacji, jakie zdrowe dziecko czerpie na swój temat. Źródłem tych informacji są: rodzice, rówieśnicy, szkoła, społeczeństwo. Opinie i poglądy tych środowisk kształtowane są często przez pryzmat obecnych w życiu rodzeństwa dzieci autystycznych. Zdrowe rodzeństwo dzieci autystycznych charakteryzuje się wyraźnym poczuciem własnej tożsamości oraz pozytywną samooceną.

Nie czuje się psychicznie uzależnione od autystycznego brata lub siostry ani też wykorzystywane do opieki nad nim. Kontakty z chorym bratem lub siostrą oparte są na współczuciu i miłości. Rodzeństwo nie lubi, gdy autystyczne dziecko jest agresywne i rozłoszczone. Autyzm traktuje jako ciężki, nieuleczalny stan. Mimo, iż nie są rodzeństwu obojętne potrzeby innych ludzi, na istotnym miejscu stawia własne dobro i ważne dla siebie plany życiowe. Jednocześnie rodzeństwo uważa, że „przypadek”, jakim los obdarzył jego rodzinę, wywiera ogromny wpływ na postawy i zachowania wszystkich jej członków, dlatego też, obserwując zmagania rodziców z chorobą i napiętnowanie przez społeczeństwo, domaga się pomocy ze strony profesjonalistów. Pomocy takiej oczekuje wierząc, że zmieni ona sytuację wewnątrzrodzinną na lepszą. Warto też wspomnieć, że jednak większość dzieci posiadających autystyczne rodzeństwo radzi sobie dobrze z tym faktem. Wpływa to na nie pozytywnie i czyni bardziej wytrzymałymi, dojrzałymi, odpowiedzialnymi i tolerancyjnymi. Wyraża pozytywny obraz własnego „ja”, odruchy opiekuńcze oraz ułatwia stosunki interpersonalne. Zdrowe rodzeństwo dziecka auty-

stycznego charakteryzuje się tolerancją, poszanowaniem dla odmienności, poświęceniem i oddaniem, a także większym poczuciem pewności co do swojej przyszłości i realizacji celów życiowych.

Podsumowując poglądy dotyczące wpływu autystycznego dziecka na zdrowe rodzeństwo można stwierdzić, że wyniki badań wyraźnie akcentują częstsze negatywne oddziaływanie dziecka autystycznego na rodziców niż na rodzeństwo.

Próbując dokonać analizy przebiegu skomplikowanego procesu niesienia pomocy rodzicom dziecka autystycznego, można wymienić okresy działań zmierzających do określenia „co dziecku dolega” i zaangażowania w proces rehabilitacji (pod red. Kosakowski, Krause, 2004, s. 331).

Można pokusić się o wyszczególnienie faz przede wszystkim w zakresie poszukiwań:

1. **odmienność**, pierwsze objawy – kiedy rodzice spostrzegają pierwsze niepokojące objawy lecz nie są one jeszcze określane jako zaburzenie w rozwoju:
  - mimo niepokojów rodziców, najczęściej objawy te są bagatelizowane przez środowisko,
  - brak jednorodnego, specyficznego obrazu klinicznego dodatkowo utrudnia wczesną diagnozę,
  - często spotykamy się z diagnozą niedosłuchu (głuchoty), upośledzenia (encefalopatii), zaburzeń w zachowaniu,
  - rodzice, poszukując odpowiedzi na niepokojące zachowania dziecka, kontaktują się przede wszystkim ze specjalistami z kręgu medycyny,
2. **diagnoza** – po okresie niepokojów, poszukiwań i ukierunkowania stawiana jest diagnoza lub rediagnoza (często uszczegółowienie lub na nowo określenie) zaburzenia:

- rodzice często obczytują się w popularnej i specjalistycznej literaturze, porównują swoje dziecko do typowego opisu autyzmu,
  - poszukują czynnika, który mógłby mieć wpływ na wywołanie tego zaburzenia u ich dziecka (często określany jest on okresem winy),
  - określenie typu zaburzenia jest z jednej strony ulgą po dotychczasowych poszukiwaniach (nareszcie wiem, co dolega mojemu dziecku), jak również wezwaniem do podjęcia terapii,
3. **poszukiwanie pomocy** – kolejnym krokiem jest poszukiwanie specjalisty lub ośrodka, który podejmie się wspierania rozwoju ich dziecka:
- często natrafiają na sprzeczne informacje dotyczące samego zaburzenia (możliwości wyleczenia), jak również metod postępowania, autorem takiego podejścia badawczego był, jak wiadomo J. Błęszyński, który rozwinął je w swojej książce pt. „Terapia dziecka autystycznego z głębokimi deficytami rozwojowymi – przegląd problematyki”,
  - wtórnie, następuje poszukiwanie specjalistów, którzy podejmą się pracy z dzieckiem oraz pozyskanie środków umożliwiających prowadzenie terapii (zaangażowanie instytucji lokalnych),
4. **wybór terapii** – często w sposób przypadkowy lub w wyniku świadomego wyboru,
- uwarunkowane jest to często miejscem zamieszkania, możliwościami finansowymi, jak również fachowością prowadzonych działań terapeutycznych,
  - utrudnienia w wyborze wynikają z braku publikacji na ten temat, jak również skoordynowanych działań ośrodków zajmujących się terapią,

- często rodzice oczekują szybkich efektów, bez konieczności głębszej reorganizacji funkcji rodziny,
5. **wdrażanie do życia społecznego** – uwarunkowane rozwojem psychofizycznym dzieci, które dojrzewając, wrażliwiej wstręcają w struktury społeczne,
- najczęściej, z powodu zaburzeń społecznych, nie występuje integracja ze społeczeństwem,
  - dzieci i młodzież objęte są głównie edukacją segregującą, tj. w ograniczonym stopniu zapewnia się im kontakty rówieśnicze (nauczanie indywidualne, nauczanie w ośrodkach dla dzieci z autyzmem), w niewielkim procencie uczęszczają do przedszkoli i szkół masowych (realizując program indywidualny lub uczestnicząc w wybranych zajęciach),
  - to okres zapewnienia osobom z autyzmem przyszłości, zabezpieczenia w optymalny sposób samostanowienia, które jest wypadkową głębokości i rozległości występujących zaburzeń w rozwoju, efektów terapii, jak również możliwości integracji społecznej.

Rodzina pełni kluczową rolę w kształtowaniu i przebiegu rozwoju osób z autyzmem. W obecnym systemie edukacyjnym to rodzice podejmują, w oparciu o sugestie poradni psychologiczno-pedagogicznej (orzekających system kształcenia), decyzję o dalszej drodze kształcenia ich dziecka. W przypadku osób z autyzmem najistotniejszy głos w sprawach oddziaływań mają rodzice, prawni opiekunowie, którzy przechodzą wszystkie etapy rozwoju ze swoim dzieckiem, jak również podejmują decyzję o podjęciu odpowiednich form terapeutycznych i ich wdrażaniu w codziennym życiu (pod red. Kosakowski, Krause, 2004, s. 332). Środowisko rodzinne dziecka autystycznego jest bardzo ważną podstawą dla jego rozwoju i funkcjonowania gdyż musi pełnić nie tylko

rolę opiekuńczo-wychowawczą, realizowaną zazwyczaj, głównie przez matkę dziecka autystycznego ale przede wszystkim, rolę wspierającą co nie jest łatwym zadaniem dla rodziny, w której dziecko autystyczne żyje. Cała rodzina musi zmagać się z wieloma problemami, które nieraz przekraczają jej możliwości psychiczne wynikające ze stanu zdrowia dziecka i wystawiają na wielką próbę, jej uczucia i związane z tym emocje.

Również wychowanie dziecka autystycznego jest znacznie trudniejsze niż wychowanie dziecka zdrowego. Dziecko autystyczne wymaga wzmożonej opieki rodziny i jej cierpliwego kierownictwa w prawidłowym poznaniu otoczenia. Pomoc, którą powinno otrzymać dziecko powinna polegać na poświęceniu mu czasu, współdziałaniu z nim w bawieniu się i ćwiczeniach i wreszcie zapewnieniu dziecku autystycznemu możliwości poznawania otoczenia. Wszystkie te działania muszą być poparte bezwarunkową miłością, której rodzina niejednokrotnie musi się na nowo nauczyć zwłaszcza po pierwszym doznanych szoku wobec stanu zdrowia własnego dziecka.

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] BOGDANOWICZ M., LIPOWSKA M., 2008, Rodzinne, edukacyjne i psychologiczne wyznaczniki rozwoju, Kraków.
- [2] BRAUNS A., 2009, Barwne cienie i nietoperze, Poznań.
- [3] GAŁKOWSKI T., 1995, Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym, Warszawa.
- [4] KOSAKOWSKI CZ., KRAUSE A., 2004, Rehabilitacja, opieka i edukacja specjalna w perspektywie zmiany, Olsztyn.
- [5] MACIARZ A., 2009, Trudne dzieciństwo i rodzicielstwo, Warszawa.

- [6] OBUCHOWSKA I., 1991, Dziecko niepełnosprawne w rodzinie, Warszawa.
- [7] OLECHNOWICZ H., 2004, Wokół autyzmu, Warszawa.
- [8] PISULA E., 2002, „Autyzm u dzieci” diagnoza, klasyfikacja, etiologia, Warszawa.
- [9] RÓŻYCKA E., ŚMIETANA U., 2006, Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku, Tom 5, Warszawa.
- [10] KOSECKA A., 1999, Stosunki wewnątrzrodzinne w percepcji rodzeństwa dzieci autystycznych, „Psychologia Wychowawcza”, 1/1999, s. 42-50.
- [11] [www.sosw.turek.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=275:wychowanie-dziecka-autystycznego&catid=36:publikacje&Itemid=142](http://www.sosw.turek.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=275:wychowanie-dziecka-autystycznego&catid=36:publikacje&Itemid=142), pobrano 30.12.2013 r.

## **METODY TERAPII Z DZIECKIEM AUTYSTYCZNYM**

### **Streszczenie**

Od bardzo dawna obserwuje się zainteresowanie funkcjonowaniem osób z autyzmem w społeczeństwie. Obecnie opracowuje się i wykorzystuje wiele metod terapii dzieci autystycznych. W swojej pracy właśnie opisałam kilka podstawowych, najbardziej skutecznych i najczęściej stosowanych metod terapeutycznych z autystykiem. Omówiłam, na czym polega dana terapia i jakie umiejętności ma kształtować u dziecka. Wszystkie formy pracy mają na celu pomoc w codziennym funkcjonowaniu dziecka, rozwijaniu komunikacji i umożliwianie budowania prawidłowych relacji społecznych, czyli stopniowe integrowanie ich z otoczeniem. Ze względu na specyfikę i złożoność zaburzeń autystycznych nie można wskazać jednej skutecznej metody terapii. Efektywność terapii zależna jest w równym stopniu od dziecka, jak i od z nim pracujących. Ważne jest opracowanie i wdrożenie indywidualnych programów terapeutycznych z konkretnym dzieckiem. Wcześniej podjęta, intensywna i dobrze zaplanowana interwencja ma kluczowe znaczenie w przypadku wszystkich dzieci z autyzmem.

### **Słowa kluczowe**

terapia, autyzm, metody pracy

### **Abstract**

It has been of great interest how people with autism function in society. At present a lot of therapeutic methods are being developed and implemented to treat children with autism. I have presented how each therapy works and what skills should it shape.



All methods are supposed to facilitate in daily functioning of a child, developing communication and enabling creating proper social relationships, i.e. gradual integration with a society. Due to the fact that autistic disturbances are complex and sophisticated, it is impossible to choose only one effective method. The effectiveness of the therapy depends on a child as much as on people working with him. It is essential to develop and implement individual therapeutic programmes for each particular child. The intervention that has been undertaken in the early stages is vital in case of children with autism.

### **Keywords**

therapy, autism, methods of work

*Autyzm może być drzewem wiadomości nieprawdopodobnym,  
hybrydycznym stanem, właściwym tylko ludziom. Do tych  
specjalnych małych ludzi można dotrzeć. Ich własny świat  
można połączyć z radościami naszego świata.  
Może i dla nas jest to początek czegoś nowego?*

Barry Kaufman

Autyzm wczesnodziecięcy to zaburzenie w rozwoju emocjonalnym i społecznym, którego przyczyny nie są do końca poznane. Zazwyczaj cechą autyzmu jest fakt, że dziecko niezdolne jest do naturalnego udziału w życiu rodziny, do emocjonalnych kontaktów (werbalnych, wzrokowych, dotykowych) nie radzi sobie z otaczającym światem, a także nie potrafi nawiązać właściwego kontaktu z rówieśnikami oraz osobami dorosłymi. Symptomatyczna w autyzmie jest nadwrażliwość lub niedowrażliwość na bodźce dotykowe, dźwiękowe, zapachowe, a także na światło i obrazy. Najprawdopodobniej to mikrouszkodzenia mózgu powodują, że dziecko to nie potrafi prawidłowo odbierać i dobrze

interpretować napływających zewsząd sygnałów. Mnogość docierających do niego bodźców rodzi chaos. Ucieczka w izolację staje się sposobem poradzenia sobie z tą sytuacją – przestaje ono wtedy odbierać sygnały i reagować na nie. Aby się ochronić tworzy swój własny, odrębny, odizolowany – autystyczny świat.

Praca z dzieckiem autystycznym wymaga od terapeuty prowadzącego zajęcia ogromnej wiedzy i umiejętności. Jest to praca znacznie bardziej wymagająca niż z innymi zaburzeniami. Terapeuta podczas prowadzonej terapii musi pokonać barierę zaburzonego kontaktu, problemów emocjonalnych, nadpobudliwości i indywidualnych zaburzeń, które niesie ze sobą autyzm. Najważniejszym aspektem wszelkich oddziaływań terapeutycznych na dziecko jest pełna akceptacja prowadzonej przez terapeutę metody pracy, gdyż w przeciwnym przypadku nie osiągnie on wystarczających efektów. Warto również pamiętać o tym, że bardzo ważna jest opinia rodziców, którzy najlepiej znają swoje dziecko. Należy także dobrze zastanowić się nad sposobem wyboru pracy z dzieckiem, czy wykorzystywać wszelkie dostępne metody równocześnie, czy wybrać jakąś konkretną metodę i zmierzać w jednym, określonym kierunku. Można tak poprowadzić pracę z dzieckiem i wybrać określone metody terapeutyczne, aby każda kolejna stanowiła kontynuację poprzedniej i wykorzystać je w taki sposób, aby stanowiły nierozzerwalną całość. W swojej pracy pragnę przedstawić najważniejsze, moim zdaniem metody, które w procesie terapeutycznym odnoszą najlepszy skutek, pomagają dzieciom autystycznym przełamywać bariery, jaką stanowi autyzm.

Nie wynaleziono jeszcze lekarstwa na autyzm, ale szanse na poprawę sytuacji są większe, im wcześniej wdrożona zostanie terapia, ponieważ zaburzenie to rozwija się w ciągu pierwszych trzech lat życia dziecka. Odpowiednio wprowadzone, indywidualnie opracowane dla każdego dziecka programy terapeutyczne

i edukacyjne mogą lepiej przystosować dzieci do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie w przyszłych latach jego życia.

### **Metoda behawioralna**

Jedną z głównych metod leczenia dzieci autystycznych jest metoda behawioralna. Szczególnie duże efekty przynosi terapia podjęta wcześnie, czyli w przypadku dzieci, które nie ukończyły 3. roku życia. Jej celem jest nauczenie dziecka samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym i jak najlepszego przystosowania go do zmieniającego się otoczenia.

Zapoczątkowanie wykorzystania teorii behawioralnej w podejściu do zaburzeń autystycznych zawdzięczamy C.B. Fersterowi (1961). Wsunął on hipotezę, że podstawowym problemem dzieci autystycznych są deficyty w uczeniu się. Zauważono, że proste bodźce wzmacniające mogą być wykorzystywane w terapii dzieci autystycznych. W późniejszych latach Lovaas i Smith (por. Bobkowicz-Lewartowska, 2005, s. 143) sformułowali główne założenia behawioralnej teorii autyzmu:

1. terapia behawioralna dzieci z autyzmem powinna być oparta na ogólnych prawach uczenia się;
2. autyzm to nie jedyny, lecz szereg deficytów, których korygowanie prowadzi do ogólnej poprawy funkcjonowania.
3. dzieci z autyzmem mają zdolność uczenia się tak jak inni ludzie, pod warunkiem, że proces ten przebiega w specjalnie dla nich przystosowanym środowisku;
4. podejście behawioralne musi być oparte na indukcji, tzn. zbieraniu danych i ich analizie, a nie na domysłach.

Technika behawioralna skupia się na podstawowym założeniu behawioryzmu, czyli teorii uczenia się. Terapeuta lub rodzic pracując z dzieckiem wzmacniają zachowania pożądane, a starają się

wygasać zachowania nieprawidłowe. Dziecko osiągnie tym większą samodzielność i niezależność, im większą posiadzie zdolność do adaptacji. Podstawowym celem procesu terapeutyczno-edukacyjnego jest kształtowanie u dziecka jak największej ilości zachowań adaptacyjnych, które rozwiną jego niezależność i umożliwią mu efektywne funkcjonowanie w środowisku (Danielewicz, Pisula, 2003, s. 17). Podstawowe założenia terapii behawioralnej:

- punktem wyjścia jest diagnoza, która określa stan rozwoju dziecka i nieprawidłowości w jego zachowaniu,
- na podstawie postawionej diagnozy formułuje się cele i wzmocnienia, które stanowią podstawę indywidualnych programów terapeutycznych,
- zajmuje się ona tym, co najbardziej zauważalne w zachowaniu się dziecka,
- nad przebiegiem terapii czuwa terapeuta,
- zaburzenia w rozwoju dziecka tłumaczy „niedostosowaniem” układu nerwowego do wymagań płynących z otaczającego go środowiska,
- system wzmocnień jest ważnym elementem, stosowanym w sposób ściśle zaplanowany sposób,
- zastosowane terminy są jasne i precyzyjne,
- analiza rezultatów i skuteczności podjętych działań jest kluczową częścią metody behawioralnej,
- wyniki pracy terapeutycznej są systematycznie dokumentowane.

Terapię behawioralną rozpoczynamy od podstawowych umiejętności, tzn. prawidłowej komunikacji, czyli zachowania kontaktu wzrokowego, wykonywania prostych poleceń słownych, czynności samoobsługowych.

W swojej pracy terapeuta pracuje, bazując na wzmocnieniach pozytywnych. Za zachowanie pożądanе dziecko otrzymuje po-

chwałę. Aby zachowanie występowało częściej, powinno być systematycznie wzmacniane. Wzmocnienie występuje bezpośrednio po pewnym elemencie zachowania, zwiększając prawdopodobieństwo jego ponownego wystąpienia. Wzmocnienia mogą być pozytywne lub negatywne. Pozytywne wzmocnienie polega na tym, że po danym zachowaniu następuje rzecz przyjemna. W przypadku wzmocnienia negatywnego usuwamy rzecz nieprzyjemną. Ważną rzeczą jest, aby nagradzanie właściwego zachowania następowało bezpośrednio po nim i było zauważalne. Dziecko powinno wiedzieć, że zasłużyło na pochwałę, za konkretne zachowanie i że od tego zależy, czy w przyszłości otrzyma kolejne pochwały. Zachowanie negatywne nie powinno być wzmacniane. Zachowania niepożądane wygasza się przez brak nagrody i zaproponowanie dziecku innej formy działania. Niepożądane zachowania dziecka powinny być zwalczane, dlatego że sprawiają kłopoty otoczeniu i nie sprzyjają nauce.

W zwalczaniu niepożądanych zachowań stosujemy dwie metody: odbieranie dziecku czegoś, co lubi lub obdarzamy go czymś nieprzyjemnym. Jedno jak i drugie postępowanie powinno występować, jako bezpośrednie następstwo złego zachowania się. Liczba pożądanych zachowań powinna być stopniowo zwiększana, a czas poświęcony na wzmocnienia negatywne powinien być stopniowo skracany. Terapia behawioralna przebiega wg poszczególnych etapów:

1. Wczesne rozumienie mowy – przygotowanie do nauczania,
2. Trening imitacji – naśladowanie,
3. Dopasowywanie i sortowanie,
4. Imitacja werbalna,
5. Rozwój rozumienia mowy i mowy czynnej; nazywanie obiektów i czynności,
6. Pojęcia abstrakcyjne,

7. Budowanie zdań i nauka odpowiadania na pytania,
8. Umiejętności szkolne,
9. Rozwój społeczny i nauka wspólnej zabawy ([www.autyzmpomoc.org.pl/teoria\\_beh.htm](http://www.autyzmpomoc.org.pl/teoria_beh.htm), pobrano: 14.02.2014 r.).

### **Holding – metoda wymuszonego kontaktu**

Metoda Holding (nazwa pochodzi od ang. Hold – trzymać) polega na wymuszanie przez matkę bliskiego kontaktu fizycznego z dzieckiem. „Metoda opiera się na założeniu, że przyczyną autyzmu jest brak poczucia bezpieczeństwa dziecka w jego relacji z matką” (Zabłocki, 2002, s. 48). Jej celem ma być zbudowanie lub odbudowanie więzi emocjonalnej matki z dzieckiem – trzyma je przytulone do siebie, dąży do utrzymania z kontaktu wzrokowego. Metoda Holding jest jedyną metodą, która ma wymuszony charakter. Początkowo sesja terapeutyczna wygląda na agresywną. Każda sesja składa się z trzech etapów:

1. konfrontacji,
2. odrzucenia,
3. rozwiązania.

Konfrontacja polega na tym, że matka trzyma dziecko na kolanach „twarzą w twarz” i uniemożliwia mu ucieczkę poprzez podtrzymywanie rąk dziecka i przyciskanie ich do tułowia. Zadaniem matki jest nawiązać i utrzymać stały kontakt wzrokowy z dzieckiem. W tym celu trzyma głowę dziecka i zmusza go do patrzenia w oczy. Naleganie matki, aby dziecko patrzyło na nią prowadzi do buntu i odrzucenia, aż prowadzi do fazy odrzucenia.

Odrzucenie – dziecko stawia opór, kopie, drapie, wrywa się, płacze, gdyż nie chce kontaktu fizycznego ani wzrokowego. Matka musi wtedy użyć siły i okazać swoją przewagę fizyczną. Może dać upust swoim emocjom, tj. płakać i krzyczeć z dzieckiem. Pod koniec tej fazy dziecko uspokaja się i wycisza.

Rozwiązanie – opór dziecka zostaje przełamany i dziecko nie wzbrania się już przed bliskością z matką i nawiązuje z nią kontakt. Kontakt matki z dzieckiem powinien trwać około 30 minut. Cała sesja trwa od 20 minut do 4 godzin i powinna odbywać się co najmniej raz dziennie. Ważne jest, aby zachować wszystkie zasady holdingu i nie dopuścić do przerywania sesji przed zakończeniem fazy odrzucenia.

Metoda Holdingu nie została jeszcze poddana obiektywnej, empirycznej ocenie. Jej wartość bywa kwestionowana. Nie może być ona jedyną metodą terapii. Krytycy zwracają uwagę na silny protest wielu dzieci, nieetyczne zmuszanie do kontaktu wbrew jego widocznemu sprzeciwowi (Danielewicz i Pisula, 2003, s. 16, 17).

### **Metoda TEACCH**

Metoda TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) to program Terapii i Edukacji Dzieci Autystycznych oraz dzieci z Zaburzeniami w Komunikacji. Polega na kompleksowej pomocy i terapii dzieci autystycznych. Stworzony został przez Erica Schoplera i jego współpracowników w 1966 r. na Uniwersytecie Północnej Karoliny w Chapell Hill. Metody i programy nauczania dzieci z autyzmem zostały opracowywane i sprawdzane przez długi okres czasu. Z przeprowadzonych badań wynika, że korzyści płynące z tej metody pracy z dziećmi są znaczne. Według twórców tej terapii najlepsze efekty pracy można uzyskać integrując działanie rodziców, którzy dużo wiedzą o dziecku, z pracą terapeutów-profesjonalistów, którzy posiadają rozległą wiedzę dotyczącą mechanizmów autyzmu.

Program TEACCH to system behawioralnego zarządzania, który odpowiednio zastosowany zapewnia bardziej przewidywalne zachowania u dzieci autystycznych, nie jest natomiast syste-

mem uczenia się lub nauczania. Program jest skierowany do mało aktywnych autystycznych dzieci i pomaga im uczyć się czynności samoobsługowych, a także przygotować dziecko i jego rodzinę do instytucjonalnego zaangażowania trwającego przez całe życie.

Podstawowymi elementami systemu TEACCH są:

1. zindywidualizowane programy terapeutyczne bazujące na ćwiczeniach edukacyjnych uwzględniających sfery rozwoju i poziomy wiekowe;
2. preferowanie kodu wizualnego w komunikowaniu się z dzieckiem;
3. ustrukturywane fizycznej organizacji ([www publikacje.edu.pl/publikacje.php](http://www publikacje.edu.pl/publikacje.php), pobrano: 3.03.2014 r.).

Program TEACCH oparty jest na kilku podstawowych zasadach:

1. współpracy – polegającej na bliskim współdziałaniu rodziców i instytucji (przedszkole, szkoła, dom krótkiego pobytu). Działanie takie gwarantuje najlepsze świadczenia dla każdego dziecka, łącząc troskę rodzicielską z doświadczeniem zawodowym terapeuty,
2. dalekosiężny cel – trening nastawiony jest na potrzeby życiowe dorosłego, tak żeby przystosować dziecko do życia w społeczeństwie poza domem i szkołą. Pozwala zapewnić mu to przejście na wyższy poziom niezależności, a w konsekwencji prowadzić w miarę normalne życie,
3. indywidualizacja – oznacza to, że każde dziecko jest unikalne i pedagogikę należy dostosować do niego. Specjalista dokonuje oceny postępów dziecka modyfikując i dostosowując na bieżąco program według najważniejszych jego potrzeb,
4. pedagogika wizualna – polega na tym, aby czytelnie i jednoznacznie pokazać dziecku to, co ma zrobić



([www publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=778](http://www publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=778), pobra-  
no: 21.02.2014 r.).

Głównym zamierzeniem programu jest pomoc dzieciom auty-  
stycznym w osiągnięciu jak największej samodzielności w przy-  
szłości. Zajmuje się okolicznościami sprzyjającymi nabywaniu  
nowych umiejętności. W swoich zamierzeniach zmierza również  
do poprawy sprawności komunikacyjnych.

### **Metoda Felicji Affolter**

Metoda ta polega na bezpośrednim wspomaganiu aktywności  
osoby niepełnosprawnej. Następuje to poprzez kładzenie rąk  
terapeuty na rękach podopiecznego, tak, aby on czuł się sprawcą  
działania. Terapeuta siedząc lub stojąc za dzieckiem lekko nakie-  
rowuje jego dłonie, ale to podopieczny wykonuje daną czynność  
i w związku z tym przeżywa radość z sukcesu i poczucie spraw-  
czości. Ważne jest to, że terapeuta nie wyręcza pacjenta, ani nie  
zmusza go do wykonania czynności, ale wspomaga działanie  
poprzez nakierowanie.

Wykorzystując tą metodę należy zadbać o stabilne podłoże  
i bezpieczną pozycję dla podopiecznego. Terapeuta wraz z podo-  
piecznym przemieszczają się w przestrzeni, lokalizując przedmio-  
ty, obiekty, dotykając ich, przenosząc, itp. Podczas terapii należy  
prowokować dziecko do przenoszenia, dotykania, ujmowania,  
łączenia i rozłączania. Terapeuta powinien stale aranżować sytu-  
acje, kiedy podopieczny może doświadczać oporu, który stawiają  
przedmioty, tj. ich ciężaru, temperatury, faktury, itp. Felicja  
Affolter zwraca szczególną uwagę na dobór pomocy dydaktycz-  
nych wykorzystywanych przez terapeutę. Powinno to być kwestią  
wysoce zindywidualizowaną, odpowiadającą możliwościom  
i upodobaniom podopiecznego. Zaleca kontakt z materią ożywio-  
ną (owoce, jarzyny), ponieważ pobudzają one silnie zmysły, wy-  
wołują przyjemne doznania, bądź budzą wstręt, który trzeba

przewyciężyć- zawsze jednak dostarczają bogatych informacji (Wegnerowska, 2005, s. 165).

To właśnie warzywa służą jako pomoce naukowe podczas pracy z dziećmi autystycznymi. W tzw. metodzie jarzynowej wykonuje się różne zadania kulinarne. Dziecko jest motywowane do działania, a motywacja jest silna, bo wykonuje coś dla swojej rodziny.

Przedmioty, z którymi pracuje terapeuta powinny być różnorodne. Affolter zwraca szczególną uwagę, aby były one naturalne i pochodziły z naszego otoczenia. Mogą to być: owoce, warzywa, ziemia, piana, piasek, śnieg, liście, które wykorzystywane są do różnych czynności (codziennych problemów) takich jak; wyłanianie naczyń z piany, sadzenie kwiatów, przygotowywanie surówki, przesypywanie ziemi, wieszanie prania.

Metoda ta wymusza u dziecka ciągły kontakt dotykowy. Dzieci z autyzmem mają ograniczone poznanie wielozmysłowe. Przeważnie odbierają bodźce za pomocą jednego zmysłu. Metoda Affolter zakłada integrację jak największej ilości zmysłów. Na zróżnicowanym sensorycznie materiale uczy możliwie jak najdokładniej przekazywać rzeczywistość. Odwrażliwienie dłoni i etapu łączenia zmysłów jest milowym krokiem do rozumnego działania, które prowadzi do zrozumienia świata i zasad w nim panujących, a także wykonywania czynności bardziej złożonych, a z czasem pojawiającej się mowy. Metoda terapeutyczna Affolter daje dziecku możliwość powtórnego przejścia poszczególnych faz rozwojowych, kiedy przejście jednej warunkuje rozpoczęcie kolejnej fazy. W przypadku dzieci autystycznych praca wykorzystująca ten program przynosi bardzo duże efekty (tamże, s. 168, 169).

## **Zmodyfikowana Metoda Dobrego Startu**

Metoda ta została opracowana przez Martę Bogdanowicz w latach 60-tych. Jest to modyfikacja metody Le Bon Depart, opracowanej we Francji w latach 40-tych, przygotowująca dzieci do nauki czytania i pisania. Celem tej metody jest usprawnienie i zharmonizowanie współdziałania psychiki i motoryki. W tej metodzie usprawniane są funkcje: wzrokowe, słuchowe, dotykowo-kinestetyczno-ruchowe, co w konsekwencji prowadzi do ich integracji. Metoda ta rozwija percepcję i szybkość reakcji, zwiększa koncentrację i podzielność uwagi, kształci zdolność rozumowania i operowania symbolami, rozwija wyobraźnię i pamięć, myślenie matematyczne, kinestezję. Ponadto rozwija sprawność manualną i koordynację rąk i nóg, a także kształtuje świadomość ciężaru ciała i zwiększa poczucie pozycji ruchów ciała bez kontrolowania go wzrokiem. Działa również terapeutycznie na sferę emocjonalną, wpływając pozytywnie i ułatwiając nawiązywanie kontaktów społecznych (Wysocka, 2004, s. 134).

Zajęcia metodą dobrego startu przebiegają zawsze według określonego schematu:

1. Zajęcia wprowadzające – ich celem jest budowanie poczucia tożsamości dziecka przez poznawanie imienia, części ciała, nawiązywanie kontaktu z innymi osobami. Podczas zajęć stosowane są ćwiczenia w orientacji schematu ciała i przestrzeni, ćwiczenia korekcyjne, usprawniana jest motoryka rąk. Pod koniec zajęć dziecko słucha piosenki, przy której wykonuje dalszą część ćwiczeń. Następnie nauczyciel omawia treść piosenki. Służy to nauce poprawnego formułowania odpowiedzi, a także rozwija słuch fonetyczny. Dzieci otrzymują wzór graficzny do piosenki, który jest nawiązaniem do jej treści.
2. Zajęcia właściwe stanowią zasadniczą część metody i podzielone są na:

- a. ćwiczenia ruchowe – prowadzone w formie zabawy ruchowej i nawiązują do treści piosenki. Najpierw wykonywane są ruchy całego ciała, później przechodzi się do bardziej precyzyjnych ruchów dłoni i palców.
- b. ćwiczenia ruchowo-słuchowe – do ćwiczeń związanych z ruchem dołączana jest piosenka. Celem tej części jest rehabilitacja zaburzonych funkcji psychomotorycznych. Rozwijają one percepcję słuchową, poczucie rytmu, koordynację ruchu rąk i kształcą orientację czasowo-przestrzenną.

Ćwiczenia ruchowo-słuchowo-wzrokowe stanowią zasadniczą część tej metody. Wzory graficzne dobierane są do piosenki, aby rytm ich był zgodny z układem elementów wzoru. Wzory mogą być z różnych materiałów. Dzieci starają się odtwarzać ruchem wzór graficzny zgodnie z rytmem śpiewanej piosenki.

3. Zajęcia końcowe to ćwiczenia wokalne-rytmiczne mające charakter relaksujący. Dzieci ruchem ilustrują treść śpiewanej piosenki.

Zajęcia powinny być przeprowadzone w atmosferze zabawy, akceptacji dziecka i humoru. Dzieci pracując w grupie uczą się współdziałania, wykonywania poleceń, pokonywania trudności, nabierania wiary we własne możliwości. Chęć dzieci autystycznych do uczestnictwa w ćwiczeniach i zadowolenie na widok terapeuty świadczy o celowości prowadzenia tego typu terapii.

### **Metoda integracji sensorycznej**

Twórcą teorii integracji sensorycznej jest terapeutka amerykańska A. Jeans Ayres. Określiła ona integrację sensoryczną, jako proces, który ma wspierać całe zachowanie człowieka oraz

wszystkie czynności, które ten człowiek wykonuje. Terapię tą należy traktować głównie, jako terapię podstawową, która ma za zadanie pomóc dziecku w uczeniu się i złagodzić określone zaburzenia w przetwarzaniu danych percepcyjnych. Terapia ta jest oddziaływaniem na zaburzone sfery, a nie edukacją dziecka. Dziecko ma być „samo swoim terapeutą” – aktywizując dziecko do poznawania i badania otaczającej go rzeczywistości. Dziecko wybiera samo to, co mu sprawia przyjemność lub czego potrzebuje. Terapeuta jest tylko narzędziem w rękach dziecka, wcześniej musi on na sobie doświadczyć wszystkiego, co następnie ćwiczy na dziecku, tj. naciągania, uciskania, siłę uderzeń bodźca, pamiętając o tym, że tylko bodźce przyjemne zostaną zintegrowane przez układ nerwowy. Techniki stosowane podczas tej terapii pobudzają hamują lub nadwrażliwość lub niedowrażliwość dziecka. Techniki stosowane w terapii zaburzeń sensorycznych, najlepiej zaprezentować odnosząc się do poszczególnych sfer zmysłów. Wspólną cechą tych technik i najważniejszym celem jest wyrobienie u dziecka tolerancji na bodźce pochodzące z zewnątrz oraz kontrolowania ich przez terapeutę, a nie przez samo dziecko (Bobkiewicz, 2005, s. 98, 99). Nadwrażliwość dotykowa – to hamowanie odruchu obronnego przed dotykiem, które najlepiej osiągnąć jest przez dostarczenie bodźców głębokich (proprio-receptywnych). Stymulacja proprioceptywna polega na zastosowaniu mocnego nacisku na różne części ciała przy użyciu, ciężkich piłek, innych materiałów lub poprzez ręce. Trzeba przy tym pamiętać o zmianie rytmu i siły kierowanego bodźca, aby stymulacja nie była dla dziecka monotonna. Kolejnym etapem przełamania obronności dotykowej jest stymulacja dotykowa tych części ciała, które są najmniej wrażliwe na dotyk, wykorzystując takich materiały, jak pianki, kremy, pędzle, dłonie. Niedowrażliwość, czyli zbyt mała wrażliwość na dotyk – tutaj należy zwrócić uwagę przede wszystkim na te miejsca na ciele, które są

często uszkodzane przez dziecko poprzez uderzanie, gryzienie. To właśnie te obszary wymagają najbardziej intensywnej stymulacji. Powinno się stosować takie oddziaływania, jak głęboki masaż, zmiany temperatury wody, pocieranie różnymi materiałami. Dla dziecka z nadwrażliwością słuchową najbardziej korzystne będzie przebywanie w pomieszczeniach wytlumiające dźwięki, np. zasłony, dywany. Nie należy wtedy przebywać z dzieckiem w zatłoczonych, zbyt hałaśliwych miejscach. Zalecane jest też mówienie szeptem w obecności dziecka. Jeśli dziecko ma nadwrażliwość wzrokową, to wtedy powinno się wyeliminować jaskrawe, migoczące światło oraz błyszczące przedmioty. Terapia dzieci, u których występuje nadwrażliwość smakowa polega na wprowadzaniu po kropelce nowego jedzenia, rozpoczynając od smaków łagodnych, a następnie przechodząc do potraw kwaśnych i gorzkich. Nadwrażliwość węchową można znacznie złagodzić przez umiarkowane używanie pachnących kosmetyków i potraw. Unormowanie tego zmysłu może nastąpić po wyeliminowaniu bodźców silnie stymulujących, poprzez prezentowanie dziecku różnych łagodnych zapachów (tamże, s. 99, 100).

Terapia z dziećmi, u których stwierdzono niedowrażliwość w jednym lub kilku zakresach powinno polegać przede wszystkim na różnorodnej, intensywnej stymulacji bodźcami, które wiążą się z daną zaburzoną modalnością. Dziecko z niedowrażliwością słuchu powinno mieć prawo, żeby w ciągu dnia mogło trochę pohłasować, czy też pokrzyczeć bez negatywnej reakcji ze strony otoczenia. Trzeba je próbować zainteresować takimi urządzeniami, jak mikrofon, magnetofon, wzmacniacz dźwięku, które mogą się przydać w stymulacji rozwoju mowy, a także mobilizują dziecko do prawidłowego posługiwania się tymi przedmiotami. Należy uczyć dziecko również lokalizowania bodźców dźwiękowych. Przy niedowrażliwości wzroku należy

zwrócić uwagę, aby dziecko nie wpatrywało się w słońce lub inne źródła światła. Powinno je nakłaniać, by obserwowało oświetlone przedmioty i osoby, a nie źródło światła. Trzeba podjąć naukę różnicowania i nazywania kolorów. Gdy dziecko posiada niedowrażliwość smakową lub węchową (najczęściej występują one razem), ważne jest przede wszystkim zabezpieczenie dziecka przed kontaktem z substancjami toksycznymi (benzyna, środki czyszczące). Tutaj terapię najlepiej zacząć od nauki nazywania dwóch bardzo różniących się zapachów lub smaków. Opierając się na założeniach, które dotyczą terapii integracji sensorycznej dzieci autystycznych szczególną rolę odgrywa tu terapia zaburzeń związanych ze zmysłem równowagi i propriocepcji.

Równowaga:

- dziecko z nadwrażliwością porusza się niechętnie i jest załęcznione. Terapeuta powinien zadbać o warunki, w których dziecko będzie samo chętnie działało. Zaproponować można dziecku np. przechodzenie przez wypełniony pokój, aby dotarło do ulubionego przedmiotu.
- terapia z niedowrażliwością u dziecka polega na dostarczeniu wielokierunkowych, silnych bodźców, które stymulują zmysł równowagi np.: bujanie się do przodu i do tyłu, na boki, na huśtawce obrotowej, hamaku, wałku, itp. Ćwiczenia te też okazją do uczenia u dzieci odruchowych reakcji obronnych (tzw. odruch podparcia).

Propriocepcja:

- nadwrażliwość – przy tym rzadkim typie nadwrażliwości dziecko poruszając się może w bolesny sposób odczuwać każdy ruch (np. chce ograniczyć nieprzyjemne doznania związane ze stawami). Zalecana jest wówczas hydroterapia, która działając siłą wyporu wody powoduje rozluźnienie ciała.

- niedowrażliwość – oprócz uciskania różnymi przedmiotami można stosować opukiwania różnymi przedmiotami.

Wiele codziennych, zwykłych sytuacji może nieść za sobą możliwość terapii sensorycznej (np. przebywanie na plaży może sprzyjać różnorodnym doznaniom dotykowym dzięki kontaktowi z piaskiem, mokrym lub suchym, wodą, przyjemne owiewanie ciała ciepłym wiatrem przy akompaniamencie szumu fal (tamże, s. 100, 103).

### **Metoda M. Ch. Knillów**

W Polsce zainteresowanie metodą stworzoną przez małżeństwo Marianny i Christophera Knillów rozpoczęło się od 1995 r. wraz z wydaniem książek „Programy Aktywności” i „Dotyk i komunikacja”. Autorzy wyszli z założenia, że prawidłowy rozwój człowieka uzależniony jest w dużej części od znajomości własnego ciała. Poprzez pracę z ciałem, wykorzystywanym, jako pierwotny kanał komunikacyjny, możliwe jest nawiązanie kontaktu z drugą osobą i stworzenie z nią więzi emocjonalnych, co 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 i Kossewska red., 2004, s. 148).

Dzieci autystyczne mają trudności w nabywaniu i organizowaniu podstawowych informacji o sobie. Ich kontakt ze środowiskiem jest przez to ograniczony, co w efekcie może wykształcić zaburzony obraz swojego ciała. Powoduje to często brak kontroli swoich ruchów, a także wtórnie – może wywołać u nich brak poczucia bezpieczeństwa oraz zaburzenia emocjonalne. Aby przerwać to błędne koło, trzeba pomóc dziecku w uzyskaniu wiedzy dotyczącej:

1. jego ciała jako całości;



2. poszczególnych części ciała i powiązań między innymi częściami;
3. poszczególne części ciała mogą być używane w różny sposób;
4. powiązanie ciała z innymi ludźmi, przestrzenią i ludźmi.

Zdaniem Knillów rozwój komunikacji i kontaktu jest ważniejsze niż sam ruch oraz precyzja jego wykonania. Ruch wykonywany przez dziecko wspierany jest przez akompaniament muzyczny, który jest sygnałem konkretnej aktywności i wspiera późniejszy jego udział, a także zrozumienie związanego z nim języka. Doświadczenie to powinno uniezależnić dziecko od fizycznego wsparcia oraz nauczyć używania ciała w niezależny od innych sposób. Podczas ćwiczeń muzyka pomaga zdobyć uwagę dziecka i pomaga w organizowaniu jego ruchów i wykonywanych czynności. Najważniejszym zadaniem tych ćwiczeń jest rozwinięcie świadomości ciała, doświadczanie ciała jako jedności, pomoc w rozwoju wyobrażenia ciała, nawet w przypadku, gdy dziecko nie jest w stanie używać go w sposób aktywny. Najważniejszy elementem tych ćwiczeń jest ich aspekt społeczny. Ćwiczenia wykonywane wspólnie z grupą stanowią wartość samą w sobie. Nie należy jednak zapominać o tym, iż pełna świadomość ciała w dużym stopniu zależy od doświadczeń własnych ruchów w kontakcie z wieloma ludźmi, sytuacjami, przedmiotami. Podstawowym zadaniem programów Knillów jest rozwijanie kontaktu społecznego, np. świadomości obecności innej osoby, kontakt wzrokowy z innymi osobami czy też świadomości własnego ciała w kontekście społecznym. Ćwiczenia wymagają od dziecka większej ruchliwości, koordynacji oraz świadomości społecznej. Program Aktywności Knillów to doskonale uzupełnienie terapii, której celem jest na kompensowanie braków i zmniejszanie zaburzeń rozwojowych (Knill, 1997, s. 124).

## **Metoda Weroniki Sherborne – Ruch Rozwijający**

W latach 60-tych angielska fizjoterapeutka Weronika Sherborne opracowała metodę pracę z dziećmi pod nazwą „Ruch Rozwijający”. Metoda ta ma wspomagać prawidłowy rozwój dziecka i korekcję jego zaburzeń. Ważne miejsce w niej zajmuje wielozmysłowa stymulacja psychomotoryczna. Metoda opiera się na ruchu, odkrywaniu otoczenia, a w konsekwencji w dążeniu do jego przekształcenia, jako twórczym sposobie oddziaływania w procesie nawiązywania interakcji ze środowiskiem. Metoda opracowana przez Sherborne jest efektem wyniesionych przez nią doświadczeń ze współpracy z Labanem. Dostosowała metodę ćwiczeń ekspresyjnych do możliwości dziecka wykorzystując doświadczenie pedagogiczne z osobami przejawiającymi różne dysfunkcje rozwojowe (zarówno parcjalne, jak i sprzężone). Bazując na kontakcie fizycznym możliwe stało się zastosowanie tej metody w różnorodnych warunkach (np. w wodzie). Terapia metodą Sherborne pozwala już w najwcześniejszym okresie rozwoju dziecka wspomagać najbardziej zaburzone funkcje rozwojowe (Błęszyński, 2004, s. 114). Metoda Sherborne traktowana jest jako forma treningu interpersonalnego. Zajęcia mogą odbywać się indywidualnie lub grupowo.

Metoda ta jest dość znana i często, a także z powodzeniem stosowana w pracy z dziećmi i dorosłymi, którzy mają różnego rodzaju niepełnosprawności. Wyniki doświadczeń pozyskane podczas pracy z osobami autystycznymi pokazują, że poprzez właściwy dobór doświadczeń możliwa jest również praca nad ekspresją emocji oraz mimiką twarzy – co wydaje się być fundamentem formowania zachowań empatycznych, a także komunikacji pozawerbalnej. Podczas prowadzenia terapia powinna uwzględniać wiek dziecka (terapia jest bardziej skuteczna, im młodsze jest dziecko). Najbardziej widoczne efekty owej metody zauważalne są w początkowym okresie jej zastosowania, co moż-

na wykorzystać do zainicjowania i utrwalania kontaktów społecznych z otoczeniem. Dla zwiększenia efektywności należy także włączyć środowisko rodzinne. Ta forma pracy może być również początkiem do wprowadzenia dalszych terapii wspierających osoby z autyzmem, aczkolwiek metody te muszą być odpowiednio dobrane do możliwości i potrzeb indywidualnych. Metoda Ruchu Rozwijającego może być wykorzystywana do wspierania innych terapii (tamże, s. 122, 123).

Dobrowolność uczestnictwa jest nadrzędną zasadą tej metody. Każdy biorący w niej udział może osiągnąć sukces. Nie ma w niej elementów rywalizacji i współzawodnictwa. Prowadzący terapię nawiązuje indywidualny kontakt z dzieckiem i bierze aktywny udział w proponowanych ćwiczeniach.

### **Metoda Opcji**

Metodę Opcji stworzyli Barry Neil i Samaria Kaufmanowie w latach 70-tych. Małżeństwo wykorzystało tą metodę w pracy ze swoim 18-miesięcznym autystycznym synem Raunem. W trakcie pracy podążali oni za własną intuicją i za synem, zaufali mu i nie oceniali tego co robi uznając, że to jest dla niego najlepsze. Po półrocznej pracy Raun otworzył się na świat, a w wieku 4 lat nie miał już żadnych śladów autyzmu.

Metoda Opcji jest swoistego rodzaju filozofią w kontakcie z dzieckiem autystycznym. Metoda ta zakłada, że dzieci pokazują nam drogę do ich środka, a my im drogę na zewnątrz. Tworzy się w ten sposób wzajemna więź i relacja, która jest podstawą rozwoju i edukacji. Można w ten sposób nauczyć dziecko tego, co chcemy. Terapia ta różni się od innych tym, iż nie opiera się na konkretnych technikach i zasadach postępowania. Każda sesja z dzieckiem jest inna.

Ważne miejsce w terapii zajmuje środowisko, w którym dziecko czuje się najbezpieczniej ( pokój, czy inne pomieszczenie

w domu). Musi być w jakiś sposób odizolowany od reszty domu, aby nic nie zakłócało spokoju. Szyby w pokoju powinny być przyciemnione. W pomieszczeniu nie powinny się znajdować rzeczy, które mogą rozpraszać uwagę dziecka.

Przy terapii tej konieczna jest praca z dzieckiem przez cały dzień od pobudki, aż po jego zaśnięcie. W terapii poza rodzicami mogą brać udział również inne osoby. W pracy z dzieckiem istotne jest:

- zaakceptowanie dziecka takiego, jakim jest,
- stworzenie dziecku motywacji do działania,
- adaptacja wymagań do możliwości dziecka.

Każdy wchodząc do pokoju dziecka nastawia się na odbieranie bodźców, które wysyła dziecko i naśladowanie ich. Stosując Metodę Odzwierciedlania przekazują dziecku informacje zwrotną o tym, że jest ono akceptowane i podobne do nich. Naśladujemy ruchy, mimikę i dźwięki. Musimy jednak pamiętać, że naśladowanie musi być autentyczne i sprowadzać się do dokładnego odzwierciedlenia zachowań dziecka. Przykładowo na jego klaśnięcie, odpowiadamy swoim klaśnięciem, krzykiem na krzyk. Działając w ten sposób ułatwiamy dziecku spostrzeżenie nas i rozpoznanie, jako element niezagrażający jego światu. Gdy dziecko świadomie wystrzega się kontaktu wzrokowego, terapeuta wkracza brutalnie w pole jego widzenia (macha się dziecku przed oczyma). Ten etap nazywany jest wchodzeniem w świat dziecka (Zabłocki, 2000, s. 127). Po naśladownictwie wymagana jest obserwacja zachowań dziecka. Terapeuta naśladuje je, a w kolejnym etapie pokazuje mu propozycje własnych, prawidłowych zachowań. Tą czynność poprzedza informacja słowna. Wraz z upływem czasu wprowadzane są coraz trudniejsze zadania, zaczyna się czegoś wymagać, a następnie kierować do dziecka konkretne, ale proste i zrozumiałe polecenia, takie jak „daj piłkę”. Opieramy się na najbliższym otoczeniu, prostych, pod-

stawowych przedmiotach. Dziecko powinno być nieustannie motywowane, a niezmuszane do niczego. Przykładowo wyolbrzymione i przerysowane. Naśladowanie „złego” zachowania pokazuje dziecku, że są inne możliwości zareagowania na konkretną sytuację.

Tak jak każda inna metoda, również i ta nie daje gwarancji osiągnięcia sukcesu w pracy z każdym z dzieckiem autystycznym. Bywa też trudna ze względu na brak posiadania sprecyzowanego programu oraz technik terapeutycznych. Rodzic skupia się na zrozumieniu, dlaczego dziecko się tak zachowuje. Należy uzmysłowić sobie, że świat dziecka autystycznego jest inny, ale przez to wcale nie jest uboższy od tego, do którego chcemy je zachęcić.

### **Metoda Ruchu Rozwijającego R. Labana**

Rudolf Laban był autorem jednej z najoryginalniejszych metod kształtowania poczucia ruchu poprzez rozbudzanie u człowieka wrodzonego popędu do „samowyróżnienia się”. Czynnikiem inspirującym dla tego rodzaju aktywności stały się: muzyka, rytm, taniec. Laban jest autorem systemu kodowania choreografii, uwzględniającego w zarysie ruch, gest, mimikę, pantomimę, prezentację stanów emocjonalnych na tle muzyki. Głównym założeniem gimnastyki jest eliminacja zachowań odtwórczych, które ograniczają ekspresyjność i indywidualizm jednostki, na rzecz intensyfikacji empatycznego, twórczego działania człowieka. Ruch rozumiany jest, jako opanowanie własnego ciała zrozumienie i kreowanie empatycznych form reagowania, ma posłużyć kształtowaniu twórczych i niekonwencjonalnych postaw ludzi.

Metodę Labana cechuje:

1. swoboda toku zajęć;
2. wsłuchania się w propozycje prowadzonej grupy;
3. dostosowanie się do warunków lokalnych;

#### 4. możliwość wykorzystania różnorodnych przyborów.

Metodykę gimnastyki artystycznej oparto na możliwościach uwzględniających etapy rozwoju człowieka oraz przebieg faz socjalizacji – od egocentryzmu do otwarcia się na środowisko, od pełnego indywidualizmu do kreatywnego społecznienia. Przykładowe ćwiczenia:

1. wycucie przestrzeni wokół własnego ciała – ćwiczenia związane z poznawaniem i doskonaleniem ruchu własnego ciała;
2. wycucie przestrzeni własnego ciała w otaczającym środowisku;
3. świadomość aktywności i szybkości ruchu poszczególnych części ciała- poczucie ciała (możliwość wykonywania ruchów o różnym nasileniu pod względem siły, szybkości, zwinności);
4. doskonalenie płynności ruchu – ćwiczenia ruchów lokomocyjnych w formie zabawy (kierowanie ruchami, opracowywanie układów ruchowych);
5. współdziałanie z partnerem, a następnie z grupą;
6. użycie własnego ciała jako narzędzia np. gesty w różnych czynnościach (tamże, s. 110, 111).

Ze względu na i złożoność specyfikę zaburzeń autystycznych nie ma jednej odpowiedzi jak pracować z dzieckiem autystycznym i jaką metodę pracy wybrać. Nie istnieje, bowiem dwoje takich samych dzieci i to, co dobrze wpływa na jedno dziecko może wcale nie działać na inne. Pracę należy rozpocząć od znalezienia wzorców zachowań typowych dla danego dziecka. Należy poznać zainteresowania dziecka i wykorzystać je. Trzeba również zapewnić dziecku bezpieczne, stabilne i uporządkowane otoczenie. Praca z dzieckiem powinna być podjęta możliwie najwcześniej i prowadzona w sposób intensywny. Rodzice powinni być włączeni do procesu terapeutycznego.

Istnieje wiele metod terapii, ale najważniejsze i konieczne jest indywidualne podejście do każdego dziecka i poszukanie takich sposobów i możliwości terapeutycznych, które pozwolą rozwijać jego indywidualną osobowość. Od wyboru programów terapeutycznych najwyższej, jakości zależy jakość życia dziecka autystycznego.

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] BŁESZYŃSKI J., 2004, Wykorzystanie metody Ruchu Rozwijającego w terapii dziecka z głębokimi deficytami rozwojowymi – autystycznego. [w:] J. BŁESZYŃSKI (red.). Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Kraków.
- [2] BOBKOWICZ-LEWARTOWSKA L., 2000, Autyzm dziecięcy – zagadnienia diagnozy i terapii, Kraków.
- [3] DANIELEWICZ D, PISULA E., 2003, Terapia i edukacja osób z autyzmem [w:] D. DANIELEWICZ, E. PISULA (red.), Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia, Warszawa.
- [4] GAŁKOWSKI T, KOSSEWSKA J. (red.), 2004, Autyzm wyzwaniem naszych czasów, Kraków.
- [5] KNILL M., KNILL CH., 1997, Program aktywności. Świadomość ciała, kontakt i komunikacja, Warszawa.
- [6] WACLAW W., ALDENRUD U., ILSTEDT S., 2000, Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera. Praktyczne doświadczenia z codziennej pracy, Katowice.
- [7] WEGNEROWSKA E., Metoda Felicie Affolter [w:] J. BŁESZYŃSKI (red.), 2005, Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem, Kraków.
- [8] WYSOCKA K., Metoda Dobrego Startu w pracy z dziećmi autystycznymi.[w:] J. BŁESZYŃSKI (red.), 2004, Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem, Kraków.
- [9] ZABŁOCKI K.J., 2002, Autyzm, Płock.

[10] [www.autyzmpomoc.org.pl/teoria\\_beh.htm](http://www.autyzmpomoc.org.pl/teoria_beh.htm)

[11] [www.publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=778](http://www.publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=778)



*Tomasz Krawczyk*

## **DLACZEGO JESTEM „INNY”? – PRZYCZYNY WYSTĘPOWANIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI INTELEKTUALNEJ**

### **Streszczenie**

Praca podzielona jest na trzy części. Część pierwsza przedstawia nam czym jest niepełnosprawność intelektualna i wyjaśnia terminologię pojęć opisujących tę niepełnosprawność. Możemy tutaj zauważyć, że pojęcie niepełnosprawności intelektualnej w różnych zakresach wyznaczają nauki medyczne, społeczne i pedagogiczne. Pojęcie to jest różnie interpretowane ze względu na różnice w stopniach niepełnosprawności. W drugiej części możemy odszukać informacje na temat przyczyn i klasyfikacji niepełnosprawności intelektualnej. Oprócz czynników dziedzicznych, wrodzonych i nabytych, które są głównymi przyczynami powstawania tej niepełnosprawności, dział ten zawiera szczegółowe informacje na temat chorób i czynników społecznych mających wpływ na powstawanie i stopnie niepełnosprawności. Kolejna część pracy opisuje w sposób szczegółowy osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Możemy tutaj znaleźć dokładną charakterystykę zachowań oraz sposobów komunikowania się osób o różnym stopniu niepełnosprawności intelektualnej.

### **Słowa kluczowe**

niepełnosprawność intelektualna, oligofrenopedagogika, genetyka, choroba, rehabilitacja

### **Abstract**

This article consists of three chapters. The first chapter opens with a brief outline of the concept of intellectual disability and

endeavours to collect the terminology describing that disability. It is noticed that the notion of intellectual disability is determined by medical, social and pedagogical sciences. In addition, the term 'intellectual disability' is interpreted differently on account of varieties in levels of it. Chapter two focuses on the main reasons and classification of intellectual disability. Except for hereditary, innate and acquired factors, which play the main role in intellectual disability formation, the chapter presents detailed information on diseases and social factors influencing intellectual disability formation. In the final chapter, the author provides a description of a person suffering from intellectual disability in practical terms, i.e. he examines behavioural characteristics and communication methods of people at different levels of their intellectual disability.

### **Keywords**

intellectual disability, education and rehabilitation of people with mental retardation, genetics, disease, rehabilitation

Obecny świat pełen jest podziałów społecznych ze względu na poziom życia, warunki bytowe a także ze względu na poziom intelektualny jednostek. Osoby dotknięte niepełnosprawnością intelektualną często były izolowane od reszty społeczeństwa, grup rówieśniczych, a nawet rodziny. Praca ta ma ukazać podłoże i główne czynniki powodujące tę niepełnosprawność oraz opis osób dotkniętych tą dysfunkcją. Zmiany rozwojowe oraz deficyty w różnych aspektach funkcjonowania mają nam dać obraz, z jakimi problemami i na jaką skalę muszą sobie radzić niepełnosprawni intelektualnie i ich rodziny. Duża liczba czynników powodujących niepełnosprawność intelektualną ma nam nakreślić plan pracy dla lekarzy, terapeutów, rehabilitantów a przede wszystkim dla nas samych.

W diagnostyce psychiatrycznej niepełnosprawność intelektualną określano terminami, często obraźliwymi względem osób dotkniętych tą dysfunkcją. Przyczyniały się one do stygmatyzacji osób niepełnosprawnych, dlatego też uznano, iż należy odejść od tego typu terminów i zaleca się używanie pojęcia „niepełnosprawność intelektualna”. W 1959 roku w Wielkiej Brytanii zastąpiono je pojęciem subnormalności intelektualnej w stopniu niższym niż normalny i znacznie niższym. Niektóre z tych określeń nadal funkcjonują w zapisach niektórych ustaw czy rozporządzeń. W ostatnich kilkunastu latach pojęcie „upośledzenie umysłowe” coraz częściej zastępowane jest określeniem „niepełnosprawność intelektualna”. Biorąc pod uwagę, iż pojęcie niepełnosprawności intelektualnej jest stosunkowo nowe, terminologia z nim związana nie jest w pełni uporządkowana. Termin ten sprawia pewne problemy definicyjne. Zakres tego pojęcia inaczej wyznaczają nauki medyczne, a inaczej nauki społeczne czy pedagogiczne.

Za niepełnosprawną intelektualnie można uznać osobę, która z powodu urazu, choroby lub wady wrodzonej ma trudności albo nie jest zdolna wykonywać pewnych czynności, które osoba rozwijająca się bez zaburzeń jest zdolna wykonać. Niepełnosprawność intelektualną, zwaną też obniżeniem poziomu rozwoju intelektualnego, definiuje się jako zaburzenie rozwojowe. Niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się utrudnieniami w sferze percepcyjnej i poznawczej. Powoduje wolniejsze tempo uczenia się i opanowywania różnorodnych sprawności poznawczych oraz społecznych. Niepełnosprawność intelektualna nie jest jednak chorobą psychiczną, ponieważ nie stanowi ona żadnej określonej jednostki chorobowej, lecz jest zespołem skutków, stanów chorobowych i uszkodzeń układu nerwowego.

Wielka Encyklopedia Powszechna PWN mówi, że „niepełnosprawność intelektualna jest to stan niedostatecznej sprawności

intelektualnej wskutek niedorozwoju lub uszkodzenia we wczesnym dzieciństwie tkanki mózgowej” (Wielka Encyklopedia Powszechna PWN).

Światowa Organizacja Zdrowia za niepełnosprawność intelektualną uznaje istotne obniżenie ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego oraz trudności w zachowaniu przystosowawczym, występujące przed 18. rokiem życia, gdzie znane są przypadki nieuleczalne (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, 1980, s. 27).

Z kolei E. Doll, w 1941 roku scharakteryzował niepełnosprawność intelektualną jako: „stan niedojrzałości społecznej powstały w okresie rozwoju będący skutkiem zahamowania rozwoju inteligencji pochodzenia konstytucjonalnego – bądź to dziedzicznego, bądź nabytego. Autor wyróżnia przy tym sześć następujących aspektów niepełnosprawności:

- niedojrzałość społeczną,
- niską sprawność umysłową,
- opóźnienie rozwojowe,
- zahamowanie rozwoju trwałe, nieprzemijające w procesie dojrzewania,
- konstytucjonalność,
- nieodwracalność” (Cyt. za: Bobińska K., Pietras T., Gałęcki P., 2012, s. 29).

Zdaniem Amerykańskiego Towarzystwa do Badań nad Upośledzeniem Umysłowym za niepełnosprawność umysłową można uznać niższy niż przeciętny, ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego powstały w okresie rozwojowym. Towarzyszą mu zaburzenia w zakresie dojrzewania, uczenia się i przystosowania społecznego. Organizacja ta uwzględnia w nim trzy komponenty:

- funkcjonowanie intelektualne – nacisk jest położony na ograniczenia intelektualne osób z niepełnosprawnością

intelektualną, które określane są na podstawie badania klinicznego lub wyników testu inteligencji,

- zachowanie przystosowawcze – rozumiane jako zbiór umiejętności społecznych, koncepcyjnych i praktycznych, których trzeba się wyuczyć, aby móc normalnie funkcjonować w życiu codziennym,
- systemy wsparcia – osoby dotknięte niepełnosprawnością intelektualną wykazują potrzebę wsparcia i zazwyczaj korzystają z różnych systemów służących jej realizacji. Może być one oferowane na różnych poziomach zapotrzebowania, takich jak: okresowe, ograniczone, rozległe i wszechobecne.

Zofia Sękowska definiuje niepełnosprawność intelektualną jako „istotnie niższy niż przeciętny ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszą istotne ograniczenia w funkcjonowaniu przystosowawczym, przynajmniej w zakresie dwóch spośród wielu sprawności takich jak:

- komunikowanie się słownie,
- porozumiewanie się,
- samoobsługa,
- radzenie sobie w obowiązkach domowych,
- sprawności interpersonalne,
- korzystanie ze środków zabezpieczenia społecznego,
- kierowanie sobą,
- zdolności szkolne,
- praca,
- sposoby spędzania wolnego czasu,
- troska o zdrowie” (Sękowska Z., 2001, s. 215, 216).

Natomiast Maria Grzegorzewska, jako prekursor pedagogiki specjalnej w Polsce upośledzenie umysłowe określa jako uwstecznianie się psychiki. Uważała ona, że osoby niesprawne intelektualnie posiadają potencjał rozwojowy, który może zostać

wyzwolony w procesie terapeutycznym (Bobińska K., Pietras T., Gałęcki P., 2012, s. 30).

Obecnie „niepełnosprawność intelektualna to zaburzenie charakteryzujące się zarówno deficytem intelektualnym, jak i deficytem w funkcjonowaniu przystosowawczym z początkiem w okresie rozwojowym (Bobińska K., Pietras T., Gałęcki P., 2012, s. 32).

Z przedstawionych definicji wyłania się wniosek, iż niepełnosprawność intelektualna nie jest tylko właściwością osoby, lecz zespołem warunków środowiska społecznego i fizycznego, które powodują trudności i ograniczenia osoby niepełnosprawnej. W definiowaniu niepełnosprawności intelektualnej coraz mocniej akcentowane jest funkcjonowanie osób dotkniętych tym stanem w ich środowisku. Ze zmianą modelu ujmowania niepełnosprawności intelektualnej, polegającą na dostrzeganiu poza jej aspektami biologiczno-medycznymi także aspektów społeczno-personalnych wiąże się także to, iż następstwem tego procesu stało się postrzeganie w pierwszej kolejności osoby, a nie niepełnosprawności oraz budowanie systemu społecznej profilaktyki. Wydaje się zatem, iż tylko ujmując zjawisko niepełnosprawności intelektualnej wieloaspektowo, można opracować skuteczne formy pomocy osobom dotkniętym tym stanem.

Geneza niepełnosprawności intelektualnej jest obiektem zainteresowania wielu nauk. Wyróżnia się patogenne czynniki pochodzenia biologicznego i społecznego, w tym także niezaspokojenie potrzeb emocjonalnych, które wywołują lub przyczyniają się do powstawania stanu niepełnosprawności intelektualnej.

Zdaniem M. Kościelskiej z jednej strony to czynniki biologiczne determinują przebieg procesów psychicznych, z drugiej zaś trzeba uwzględnić fakt, iż również psychika wpływa na funkcje biologiczne. Autorka przywołuje przykład dzieci, które doznały uszkodzeń we wczesnym okresie życia, osiągają rozmaite

te stopnie rozwoju. Kościelska rozumie zatem niepełnosprawność intelektualną jako niepowodzenie rozwojowe, do którego dochodzi się w rezultacie nieprawidłowego przebiegu procesu rozwojowego o specyficznym charakterze (Kościelska M., 2000, s. 171-176). Proces rozwojowy może być zaburzony w różnym okresie i pod wpływem różnych czynników. Autorka wyróżnia trzy zasadnicze etapy patologizacji rozwoju dziecka i jeden etap wstępny. Są one następujące:

- etap wstępny, w którym kształtuje się zespół czynników biologicznych, społecznych, psychologicznych jakie będą oddziaływać na dziecko,
- etap I, w którym zadziała czynnik uszkadzający-biologiczny, psychologiczny, społeczny lub wszystkie jednocześnie,
- etap II – negatywnych sprzężeń zwrotnych – czyli wg Kościelskiej zasadniczy etap patologizacji, w którym następuje ciąg interakcji między dzieckiem a otoczeniem, które w sposób niekorzystny dla rozwoju dziecka reaguje na nie, co powoduje wytworzenie się patologicznych wzorców zachowania u dziecka,
- etap III, w którym zachodzi proces usztywniania się patologii. W tym etapie, zdaniem autorki dochodzi się do sytuacji, w której następuje nieodwracalność niepełnosprawności.

Badania nad zjawiskiem niepełnosprawności intelektualnej przeprowadzone w ostatnich kilkudziesięciu latach pozwalają stwierdzić, że istnieje ogromna ilość przyczyn niepełnosprawności intelektualnej. Trafnie odzwierciedla to następujące spostrzeżenie Agnieszki Żyta: „niepełnosprawność umysłowa nie jest jednostką chorobową, lecz zespołem skutków, stanów chorobowych i uszkodzeń wywołanych różnorodnymi przyczynami” (Żyta A., 2004, s. 17). Należy jednak zaznaczyć, że nie zawsze

znane są przyczyny niektórych chorób i zespołów powodujących powstanie niepełnosprawności intelektualnej. Mimo to szybki rozwój medycyny i nauk z jej pogranicza przyczynia się do coraz lepszego wyjaśniania i określania czynników wywołujących niepełnosprawność intelektualną. Według różnych badaczy zjawiska klasyfikacja przyczyn jest różna, ale zwykle uwzględnia czas i rodzaj. Z punktu widzenia etiologii osoby z niepełnosprawnością intelektualną stanowią bardzo zróżnicowaną grupę, zarówno pod względem cech klinicznych, jak i stopnia obniżenia sprawności intelektualnej.

Zdaniem Zofii Sękowskiej w etiologii niepełnosprawności intelektualnej należy brać pod uwagę (Sękowska Z., 2001, s. 217):

- czynniki dziedziczne,
- czynniki wrodzone – działające w życiu płodowym osobnika,
- czynniki nabyte – działające w pierwszych latach życia.

L. Bobkowicz-Lewartowska przedstawiła klasyfikację niepełnosprawności intelektualnej z uwagi na przyczyny, w której wyodrębnia się: czynniki działające przed poczęciem, czynniki działające w czasie życia płodowego, czynniki związane z porodem, czynniki działające po narodzinach dziecka. Za zasadnicze czynniki mające udział w wywoływaniu zjawiska niepełnosprawności intelektualnej uznaje się zatem:

- czynniki uszkodzające komórki rozrodcze rodziców (zaburzenia uwarunkowane nieprawidłowościami budowy genów oraz nieprawidłowościami chromosomalnymi). Są to uwarunkowania genetyczne, których rezultatem jest urodzenie dziecka obciążonego wadami rozwojowymi. Zaburzenia warunkowane genetycznie, mające bezpośredni związek z niepełnosprawnością intelektualną to zespół Downa, zespół Angelmana, zespół Jacobse-na, zespół kociego krzyku – Cri du Chat, zespół Patau,



zespół łamliwego chromosomu, stwardnienie guzowate. Również niektóre wrodzone choroby metaboliczne mają ścisły związek ze zjawiskiem niepełnosprawności intelektualnej. Należą do nich takie choroby, jak:

- Fenylketonuria,
  - Galaktozemia,
  - Mukopolisacharydoza,
  - Choroba Niemann-Picka,
  - Zespół Taya-Sachsa.
- czynniki uszkodzające zarodek ludzki (płód) w łonie matki (np. promienie Roentgena, niedotlenienie, urazy mechaniczne, działanie niektórych leków, zatrucia, zaburzenia hormonalne matki, infekcje, awitaminoza, zaburzenia krążenia, silne urazy psychiczne, alkohol). Stan niepełnosprawności intelektualnej występuje także po przebytych infekcjach okresu prenatalnego, zwłaszcza gdy mają miejsce:
- Embrionopatia poróżyczkowa,
  - Wrodzone zakażenie wirusem cytomegalii,
  - Objawowa toksoplazmoza wrodzona.
- czynniki uszkodzające płód w czasie akcji porodowej. Za najczęstszą przyczynę uznaje się urazy okołoporodowe, których konsekwencją jest tzw. krwotok wewnątrzczaszkowy i zamartwica noworodka (niedotlenienie mózgu). Częstym następstwem zamartwicy jest porażenie mózgowie. Podaje się, że od 50 do 70% dzieci z dziecięcym porażeniem mózgu jest upośledzonych umysłowo. Warto również dodać, iż także mała masa urodzeniowa ciała dziecka jest ściśle związana z niepełnosprawnością. Około 25% dzieci z wagą poniżej jednego kilograma mają duże prawdopodobieństwo zachorowania na mózgowie

porażenie dziecięce, a około 50% ma problemy w szkole i wymaga specjalnego kształcenia,

- czynniki zaburzające rozwój dziecka w życiu pozapłodowym (okres niemowlęstwa, wczesnego dzieciństwa). Wymienia się tu głównie czynniki teratogenne, działające w pierwszych latach życia dziecka. Spośród wielu chorób, urazów i zatruc mogących być przyczyną niepełnosprawności intelektualnej, najczęściej wskazuje się na: zapalenie opon mózgowych, choroby wirusowe (np. świnka, odra, różyczka, ospa wietrzna), zatrucie ołowiem, lekami, ciężkie zatrucia pokarmowe, urazy głowy, mózgu. Wymienione czynniki występują powszechnie, ale nie w każdym przypadku powodują powstanie stanu niepełnosprawności intelektualnej. Skutki ich działania zależą między innymi od indywidualnej wrażliwości organizmu dziecka, przebiegu choroby i stosowanego leczenia,
- czynniki środowiskowe. Zaliczane są do nich warunki niesprzyjające wychowywaniu dziecka, takie jak brak stymulacji rozwoju, izolacja społeczna oraz choroby psychiczne. Warto zauważyć, iż dzieci zaniedbane i maltretowane zazwyczaj mają bardzo niskie IQ i zaburzenia funkcji intelektualnych. Nie jest znana dokładna przyczyna tego zjawiska, ale może ono prowadzić do zakłóceń w rozwoju, których skutki mogą okazać się nieodwracalne (Bobkowicz-Lewartowska L., 2011, s. 24).

Wydaje się zatem, iż wszystkie wymienione czynniki i ich podziały ukazują jedynie potencjalne źródła nieprawidłowego rozwoju. Prawdopodobieństwo powstania różnych zaburzeń w rozwoju rośnie, gdy działanie jednych czynników nakłada się na działanie innych, gdy rozwój dziecka przebiega w znacznie skażonym środowisku naturalnym, gdy czynniki te upośledzają

jednocześnie jego rozwój somatyczny i rozwój układu nerwowego, oraz gdy na te uwarunkowania biologiczne nakłada się niewłaściwy system oddziaływań wychowawczych. Można więc stwierdzić, że niepełnosprawność intelektualna jest raczej wynikiem interakcji różnorodnych czynników, a nie działania jednego wyizolowanego czynnika.

Niepełnosprawność intelektualna może mieć różne stopnie nasilenia. Stopień niepełnosprawności intelektualnej ocenia się za pomocą wyniku badania ilorazu inteligencji mierzonej za pomocą specjalnych testów. Jest to wskaźnik otrzymany na podstawie porównania sprawności intelektualnej badanej osoby ze sprawnością właściwą dla jej wieku.

Obecnie podział niepełnosprawności intelektualnej opiera się na stopniu deficytu intelektualnego i codziennego funkcjonowania. W tym celu wykorzystuje się znormalizowane testy inteligencji. W testach tych najczęściej wykorzystuje się skalę inteligencji Davida Wechslera. Klasyfikacja diagnostyczna wyróżnia cztery stopnie niepełnosprawności intelektualnej:

- lekka niepełnosprawność intelektualna o ilorazie inteligencji od 50-69 – u wielu osób może nie zostać zauważona. Charakterystyka tego poziomu niepełnosprawności przedstawia się następująco: dzieci nieco później zaczynają chodzić; pojawiają się trudności szkolne, które jednak są do opanowania. Pracują nieco wolniej niż reszta grupy, mają uboższe słownictwo, trudniej przystosowują się do nowych sytuacji. Wielu z nich można pomóc stosując specjalne programy edukacyjne. Zwykle po skończeniu szkoły są niezależne i zdolne do pracy zarobkowej, a niektóre zakładają rodziny. Osoby takie są zatem samodzielne i zaradne społecznie, nie powinny jednak wykonywać zawodów wymagających podejmowania de-

- cyzji, ponieważ nie osiągnęły etapu myślenia abstrakcyjnego w rozwoju poznawczym,
- umiarkowana niepełnosprawność intelektualna o ilorazie inteligencji od 35-49 – osoby niepełnosprawne intelektualnie w tym przedziale mają problemy z nawiązaniem kontaktu z otoczeniem, ich rozwój mowy jest opóźniony, nie radzą sobie w szkole. W okresie przedszkolnym wykazują trudności z nabywaniem reguł społecznych (lojalność, współdziałanie), a także niezręczność fizyczną i powolny rozwój motoryczny. Radzą sobie z samoobsługą. Wykonują proste prace, mogą pracować w zakładach pracy chronionej. Uważa się jednak, że nie powinny zakładać rodzin. Osoby z tym stopniem niepełnosprawności intelektualnej wykazują funkcjonowanie intelektualne dorosłego człowieka na poziomie dziewiątego roku życia,
  - znaczna niepełnosprawność intelektualna o ilorazie inteligencji od 20-34 – osoby z takim stopniem niepełnosprawności intelektualnej często wymagają stałej opieki, występują u nich trudności z porozumieniem się z otoczeniem i przejawy agresji. Osoby te wykazują rozwój psychiczny osoby dorosłej na poziomie szóstego roku życia. Około 4-5 roku życia zauważalne jest u nich opóźnienie rozwoju psychofizycznego. Osoby te mogą opanować samoobsługę, przy stałej opiece mogą wyuczyć się czynności domowych, ale nie są zdolne do wyuczenia zawodu. Mogą podejmować prace niewymagające kwalifikacji,
  - głęboka niepełnosprawność intelektualna o ilorazie inteligencji poniżej 20 – najcięższy klasyfikacyjnie typ niepełnosprawności umysłowej, odpowiadający rozwojowi dorosłego człowieka na poziomie trzeciego roku życia

lub niższym. Na poziomie tym występuje całkowita degradacja życia psychicznego. W skrajnych przypadkach osoby głęboko upośledzone nie wykraczają poza poziom życia wegetatywnego. Daje się zauważyć brak jakichkolwiek reakcji korowych, a funkcjonowanie jest zgodne z reakcjami bezwarunkowymi, przy czym nawet na poziomie tych reakcji występują zaburzenia, objawiające się np. zniesieniem lub istotnym ograniczeniem czucia bólu. Osoby głęboko niepełnosprawne intelektualnie nie są zdolne do samodzielnego życia i wymagają nieustannej opieki ze strony otoczenia. Najczęściej wymagają opieki specjalistycznych instytucji (Bobińska K., Pietras T., Gałęcki P., 2012, s. 33, 34).

Dodać należy, iż obecnie odchodzi się od sztywnego podziału niepełnosprawności ze względu na stopień niepełnosprawności, przyjmując jedynie kryterium poznawcze. Warto zaznaczyć, iż diagnozowanie niepełnosprawności intelektualnej jest sprawą niezwykle trudną, ale bardzo ważną z uwagi na potrzebę podjęcia wczesnej i właściwej interwencji terapeutycznej i edukacyjnej. Badania nad rozwojem dziecka wykazują, że inteligencja dziecka w ciągu pierwszych czterech lat życia zwiększa się i osiąga taki pułap, że stanowi połowę zakresu, do jakiego dochodzi przez następne trzynaście lat. Wynikają z tego poważne konsekwencje pedagogiczne. Program wczesnej interwencji powinien obejmować aktywne uczestnictwo dziecka w zajęciach terapeutycznych i pomoc jego opiekunom.

Niepełnosprawność intelektualną określają różne ograniczenia i funkcjonowanie osób dotkniętych tą dysfunkcją. Ze względu na stopień niepełnosprawności osoby niepełnosprawne intelektualnie różnią się między sobą w czynnościach orientacyjno-poznawczych, czynnościach intelektualnych, w rozwoju mowy i rozwoju społecznym.

Osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej mają ograniczone, niepełne i nieadekwatne wrażenia, spostrzeżenia i wyobrażenia. U osób tych jest słabo rozwinięty proces analizy i syntezy oraz różnicowanie barw. Dzieci z lekką niepełnosprawnością umysłową mają gorszą pamięć logiczną i dowolną oraz występuje u nich mniejsza podzielność i ograniczony zakres uwagi (tamże, s. 70).

Osoby niepełnosprawne intelektualnie mają obniżone umiejętności w uogólnianiu i abstrahowaniu, i w konkretnych opisach spowodowanych zubożeniem związków fragmentarycznych. Występują u nich liczne zaburzenia rozwoju mowy. Osoby te charakteryzuje seplenienie, bezdźwięczność, nieprawidłowe wymawianie głosek „k” i „g”. U dzieci tych występuje późniejsze pojawienie się mowy oraz mały zasób słownictwa.

U osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim występuje obniżona zdolność odczytywania sytuacji społecznych oraz relacji, jakie zachodzą między ludźmi. Osoby te charakteryzuje osłabiona kontrola emocji, popędów i dążeń. W rozwoju społecznym osób niepełnosprawnych w stopniu lekkim ważna jest rodzina, w której osoba z niepełnosprawnością funkcjonuje oraz grupa rówieśnicza, która odgrywa dużą rolę w życiu niepełnosprawnego umysłowo (Bobkowicz-Lewartowska L., 2011, s. 51).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym posiadają dużo większe deficyty w poszczególnych sferach ich życia, spowodowane poważnymi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego. U osób tych występuje spowolnienie myślenia oraz trudności różnicowania spostrzeżeń. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym spostrzegają wolniej i spostrzegają mniej elementów. Występują u nich poważne trudności w koncentrowaniu uwagi.

Rozwój dzieci z tą niepełnosprawnością przebiega znacznie wolniej. Występuje u nich głębokie opóźnienie rozwoju mowy, a zasób słownictwa jest bardzo ograniczony. Osoby te nie przejawiają inicjatywy i samodzielności, a ich rozwój ruchowy jest głęboko opóźniony. U osób tych występuje też brak kontroli emocji i popędów. Dojrzałość społeczna u osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym ogranicza się do realizacji prostych potrzeb i dbałości o higienę osobistą (Bobkowicz-Lewartowska L., 2011, s. 51).

Dzieci niepełnosprawne w stopniu umiarkowanym i znacznym w większym zakresie odczuwają potrzeby bezpieczeństwa i miłości, a cechy te sprzyjają procesowi ich kształcenia (Wyczesany J., 2005, s. 34).

Głęboka niepełnosprawność intelektualna charakteryzuje się rozległym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego połączonym z szeregiem wad rozwojowych. U osób tych występuje głęboka, zubożona sprawność spostrzegania, a poziom inteligencji nie przekracza poziomu 2. roku życia osób w normie intelektualnej (Bobińska K., Pietras T., Gałęcki P., 2012, s. 75).

Rozwój fizyczny i motoryka duża są w znacznym stopniu zaburzone i ograniczają się do zdolności nauki chodzenia i to także nie we wszystkich przypadkach.

Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną nie potrafią komunikować się werbalnie, są w stanie opanować 2-3 wyrazy, a dzięki intensywnej pracy terapeutycznej potrafią wykonać proste polecenia.

U osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną występuje całkowity brak czynności regulacyjnych. Wyrażają one proste emocje za pomocą gestów i mimiki twarzy.

Praca w sposób szczegółowy ukazała ogrom czynników mających wpływ na powstawanie niepełnosprawności intelektualnej. Dokładny opis stopni niepełnosprawności intelektualnej szeregu-

je osoby z tą dysfunkcją na podstawie ich funkcjonowania w społeczeństwie.

Są czynniki, na które nie mamy wpływu, ale są i takie, z którymi możemy walczyć ograniczając zakres ich działania. Praca z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie powinna być zindywidualizowana i skierowana na włączenie tych osób w jak najszerszym stopniu w funkcjonowanie w społeczeństwie. Osoby niepełnosprawne muszą czuć się bezpiecznie między osobami w normie intelektualnej, a te z kolei muszą czuć się odpowiedzialne za osoby, które same nie podążają wymogom współczesnego świata.

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] BOBIŃSKA K., PIETRAS T., GAŁECKI P. red., *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*, Wrocław 2012.
- [2] BOBKOWICZ-LEWARTOWSKA L., *Niepełnosprawność intelektualna. Diagnozowanie, edukacja i wychowanie*, Gdańsk 2011.
- [3] KOŚCIELSKA M., *Oblicza upośledzenia*, Warszawa 2000.
- [4] SĘKOWSKA Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Warszawa 2001.
- [5] *Wielka Encyklopedia Powszechna PWN*.
- [6] WYCZESANY J., *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Kraków 2005.
- [7] ŻYTA A., *Rodzeństwo osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, Kraków 2004.



## **KORZYŚCI WYNIKAJĄCE Z OBECNOŚCI PSA W ŻYCIU DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

### **Streszczenie**

Autorka artykułu stara się przedstawić niekwestionowane benefity wynikające z obecności psa w życiu dziecka, skupiając się na szczególnej roli tego zwierzęcia w życiu dziecka z niepełnosprawnością. W części początkowej tekstu opisane zostały: stymulacja rozwoju psychoruchowego, poprzez wpływ na emocje oraz kształtowanie się osobowości dziecka, a także wspomaganie w sytuacjach trudnych zarówno pod względami fizycznymi jak i psychicznymi. Dalej odnajdujemy opis roli psa asystującego, czy terapeutycznego, gdzie pies jest czynnikiem wspomagającym, zachęcającym i wynagradzającym. Zdaniem autora wprowadzenie psa w życie i rehabilitację dziecka z niepełnosprawnością niewątpliwie ułatwia i usprawnia przebieg wielu codziennych czynności. Autorka zwraca jednak zdecydowanie uwagę na istotę i wagę odpowiedniego doboru psa oraz jego przygotowanie. Pies powinien być wybrany pod względem predyspozycji psychicznej i fizycznych do danego typu pracy terapeutycznej oraz poddany specjalistycznemu szkoleniu, w którego „ramach” utrzymywany jest przez całe swoje życie.

### **Słowa kluczowe**

dogoterapia, kynoterapia, animaloterapia, terapia, dziecko z niepełnosprawnością

### **Abstract**

The presence of a dog in a child's life with a disability brings unquestionable benefits. Starting from the stimulation of the psy-

chomotor development, through the impact on the emotions and the development of the personality of the child as well as assisting in situations demanding both on the grounds of physical and mental health problems, and as a help in the role of a guide or therapeutic dog, where the dog is a factor in supporting, encouraging and rewarding. The introduction of a dog to the life and rehabilitation of a child with a disability undoubtedly facilitates and improves the process of many daily activities. Usually performed reluctantly revalidation or therapeutic steps can enrich themselves by more positive emotions if the child is doing something to or with a dog - with his beloved a trustworthy friend which does not evaluate, criticize and goad. At this point, the author notes, however much attention to the essence and importance of proper selection of the dog and its preparation. The dog should be selected in terms of mental and physical suitability to a given type of therapeutic work and undergone specialized training in which the "under" is maintained throughout his life.

### **Keywords**

canine-assisted therapy, animal-assisted therapy, therapy, a child with disabilities

Niniejsza publikacja ma na celu zaprezentowanie odpowiedzi na pytania: czy i jakie benefity mogą wynikać z obecności psa w życiu dziecka z niepełnosprawnością. Czy w życiu dziecka niedostosowanego, któremu towarzyszą nieustannie pojawiające się bariery fizyczne bądź psychologiczne, a czas wolny wypełnia rehabilitacja i rewalidacja, obecność psa może pomóc? Czy być może jest ona zbędnym balastem, niepotrzebnym problemem dla rodziców i dezorganizującym elementem organizacji czasu? Studiując historie psów oddawanych do schronisk, w wielu przypadkach można dowiedzieć się, że ich właściciele nie podolali opiece

nad nim i organizacji życia codziennego. Często nawet w przypadku rodzin funkcjonujących bez przeszkód. Czy można, zatem mówić o pozytywnej roli psa w rodzinie? Uważam, że tak o ile zna się potrzeby i wymagania nie tylko swoje i swoich dzieci, ale również żywej istoty, jaką jest pies. Obecność psa w życiu dziecka niepełnosprawnego może dać wiele o ile rodzina jest w stanie również ponieść wyrzeczenia. Jako pedagog, dogoterapeuta oraz hodowca psów rasowych, a także matka, chciałabym zaprezentować w tym miejscu kilka istotnych aspektów wynikających z obcowania człowieka z tym niezwykłym zwierzęciem. Pragnę zwrócić uwagę jak te informacje można wykorzystać właśnie wprowadzając psa w świat dziecka z niepełnosprawnością, zwracając jednocześnie szczególną uwagę na specyfikę i trudności tych relacji oraz na aspekty organizacyjne.

### **Uzasadnienie relacji pies – człowiek**

Od wieków pies przywodzi na myśl obraz sprzymierzeńca ludzi. Rozpoczął on międzykontynentalną, koczowniczą wędrówkę wraz z człowiekiem już setki lat temu. Początkowo wynikały z tej relacji jednostronne korzyści – benefity plasowały się jedynie po stronie zwierzęcia. Psowate towarzyszyły ludziom by zapełniać głodne brzuchy resztkami, co było znacznie łatwiejsze i zużywało mniej energii niż nieustanne polowanie. Człowiek jednak zaczął bliżej przyglądać się tym zwierzętom i zauważył wiele interesujących cech, które postanowił wykorzystać, by ułatwić sobie życie. Relacja zaczęła przynosić obustronne korzyści. W długotrwałym toku udomawiania i selekcji, zaczęły wyłaniać się różnorodne rasy, bogate w cechy istotne pod względami użytkowymi. Tym sposobem pojawiły się psy myśliwskie, pasterskie, stróżujące, czy zaprzęgowe. Wraz z rozwojem cywilizacji sposoby wykorzystania psów stały się coraz bardziej zróżnicowane i na chwilę obecną możemy wyłonić również między innymi psy: policyjne,

ratownicze, czy terapeutyczne. Z biegiem czasu jednak użytkowe role psów zaczęły ustępować innej, istotnej roli, a mianowicie – roli psa towarzyszącego. Zależność oparta na obopólnych korzyściach przerodziła się w pewnego rodzaju zażyłość emocjonalną, bez której na chwilę obecną wielu ludzi nie potrafi, lub po prostu nie chce funkcjonować. Zatem obecność psa w życiu człowieka, stała się nie tylko pomocna, ale wręcz potrzebna, biorąc pod uwagę w szczególności kwestie emocjonalne. Przypadek pojawienia się tej niesamowitej więzi psa i człowieka trudno byłoby w podobnej ilości powtórzeń odnieść do jakiegokolwiek innego żywego stworzenia na kuli ziemskiej. Stąd utarło się powiedzenie nadające psom pozycję najlepszego przyjaciela człowieka. W swojej publikacji na temat dogoterapii, Beata Kulisiewicz zauważa, że określając rolę psa w życiu dziecka powinniśmy zwrócić uwagę właśnie na ten fakt, że człowieka pomimo zdumiewającej liczby gatunków zwierząt, które zamieszkują naszą planetę, nadał tylko niewielkiej ich części status uprzywilejowanego ulubieńca (Kulisiewicz, 2007, s. 13). Pragnę, zatem jeszcze raz wrócić do istoty ukształtowanie się wyżej wymienionych zależności. Społeczność ludzka i „społeczność” zwierzęca – stała, siłą przypadku, a w zasadzie za sprawą naturalnego dążenia do zaspokajania potrzeb, weszły we wzajemne, pozytywne i korzystne dla obu stron relacje. W czasach obecnych nie jesteśmy już koczowniczymi plemionami, nadal pozostaje jednak ta podstawowa komórka społeczna, mała, ale jakże istotna dla świata grupka osób zwana rodziną. Podstawowa komórka, tworząca większy organizm ludzkiej społeczności. Zatem jej prawidłowy rozwój i poprawny stan fizyczny i psychiczny jej członków jest elementem kluczowym dla pozytywnego rozwoju społeczeństwa oraz utrzymywania poprawnych relacji z innymi ludźmi. Skoro setki lat temu grupa ludzi czerpała korzyści z obecności psów w ich życiu, można spokojnie zakładać, że ta podstawowa spo-

łeczność ludzka, jaką jest rodzina, będzie również mogła czerpać korzyści z obecności psa w pobliżu. Na dzień dzisiejszy jest to wręcz zintegrowanie dwóch światów – ludzkiego i zwierzęcego, gdyż pies nazwany został, zupełnie poważnie, członkiem rodziny. Uważam, że absolutnie nie należy bać się tego stwierdzenia, gdyż więź międzygatunkowa w tym przypadku jest całkowicie, antropologicznie uzasadniona.

Pies otrzymał, zatem status członka rodziny. Może on odnaleźć zasłużone miejsce również w rodzinie, gdzie pojawia się dziecko z niepełnosprawnością. Będzie spełniał funkcje emocjonalne i zdrowotne adekwatne również dla dzieci zdrowych, oraz funkcje wspomagające rozwój, a co za tym idzie również rehabilitację i rewalidację w przypadku dzieci z dysfunkcjami. Wszystkie te benefity obecności psa w życiu dziecka postaram się szerzej opisać w dalszej części tekstu.

### **Wspomaganie rozwoju dziecka**

Jedną z pierwszych narzucających się korzyści wynikających z obcowania dziecka z psem jest wpływ na szeroko pojęty rozwój poprzez motywację do aktywności ruchowej i umysłowej. Punktem wyjścia jest tutaj animaloterapia, będąca następstwem dostrzeżenia benefitów wynikających z obcowania ludzi ze zwierzętami. To właśnie jej częścią jest dogoterapia. Wracając jednak do obserwacji, już wiele lat temu odnotowany został pozytywny wpływ obecności zwierząt na rozwój psychiczny i fizyczny człowieka. Przykładowo już Hipokrates, słusznie zwrócił uwagę na istotny wpływ jazdy konnej na pobudzanie funkcji organizmu i łagodzenie schorzeń (Franczyk, Krajewska, Skorupa, 2012, s. 9).

Rozwój dziecka charakteryzuje się szybkim rozwojem intelektualnym, przy jednoczesnym rozwoju fizycznym, społecznym i emocjonalnym. W wyniku tak silnej aktywności na wielu płasz-

czynach pojawia się potrzeba stymulacji oraz pomocy w wyzwaniu możliwości rozwojowych dzieci. Przy wszystkim należy pamiętać o istotnej roli łączenia nauki z tak ważną w życiu dziecka zabawą oraz o wspieraniu twórczości (Ogrodzka-Mazur, Szusić, Gajdzicy, 2010, s. 22). Obcowanie dziecka z psem łączy rolę zabawy i stymulacji w sposób naturalny. Pies zachęca dziecko do eksploracji otaczającego świata, motywuje je do ruchu, a nawet aktywności twórczej, której przejawami są jakże liczne rysunki z podobizną pupila. Dodatkowo przebywanie dziecka w towarzystwie psa w znaczącym stopniu pobudza jego zmysły. Podstawą percepcji jest cały system złożony z ośrodków podkorowych i korowych, na czym opiera się ciąg działań kodujących i odtwarzających informacje (Sadowski, 2007, s. 148, 149). Pobudzanie percepcji polega, zatem na niczym innym jak na mnogości i różnorodności bodźców. Pies dostarcza tego wszystkiego w sposób zupełnie naturalny i nieświadomy. Podstawowe pięć zmysłów, jakie tradycyjnie wyróżniamy, w odniesieniu do człowieka, to – wzrok, słuch, smak, węch i dotyk (tamże, s. 152). Wszystkie one są stymulowane obecnością psa. Waga stymulacji zmysłów polega na tym, że są one kanałami dostarczającymi informacji o świecie, a doznania czuciowe, wzrokowe, skórne i słuchowe, odgrywają ważną rolę w orientacji przestrzennej (Bańka, 2002, s. 109).

Obecność psa dodatkowo wpływa na polepszanie pamięci oraz nawiązywanie interakcji z otoczeniem (Grochmal-Bach, 2007, s. 167). Pies ćwiczy umysł człowieka „zmuszając” go do zapamiętywania pewnych rzeczy. Dodatkowo obecność psa jest niejednokrotnie pretekstem do rozmowy. Ma to szczególne znaczenie w przypadku osób starszych, ale z pewnością nie jest obojętne w przypadku posiadania psa przez dziecko.

W miejscu omawiania rozwoju dziecka należy wspomnieć jeszcze o jednym istotnym elemencie, a mianowicie o roli dotyku

w życiu dziecka i oczywiście o związku tego elementu z obecnością psa. Dotyk pełni ogromną funkcję w procesie rozwoju psychoruchowego. Na łamach dwumiesięcznika „Przyjaciel”, magister rehabilitacji ruchowej oraz pedagog specjalny, pani Aneta Giczewska prezentuje w obszerny sposób rolę, jaką odgrywa dotyk w życiu dziecka. Uznaje go za element wręcz niezbędny do życia i dobrego samopoczucia zarówno psychicznego jak i fizycznego. Umiejscowione w skórze receptory odbierają wrażenia takie jak dotyk, ucisk, temperatura czy wibracje. Informacje w ten sposób uzyskiwane są przetwarzane i integrowane przez korę mózgową, co kształtuje wyobrażenie o sobie samym i otaczającym świecie. Dodatkowo dotyk to często intencjonalne zachowanie w przypadku odczuwania bólu, czy współczucia. Podstawowe i fundamentalne są potrzeby miłości i bezpieczeństwa, które mogą być zaspokojone przez dotyk bliskiej osoby. Osiemdziesiąt procent bodźców u niemowląt odbieranych jest właśnie przez dotyk. Zatem można śmiało powiedzieć, że dotyk odgrywa kluczową rolę w procesie rozwoju organizmu. Podsumowując ten paragraf za A. Giczewską, dotyk pełni funkcję emocjonalną i pomaga borykać się z fizycznymi i psychicznymi dolegliwościami. Jest elementem ochronnym i dostarcza wielu informacji na temat otoczenia, pomaga tworzyć schemat własnego ciała, pomaga zaplanować ruch, i odgrywa rolę w stabilizacji posturalnej. Pomaga również w kształtowaniu percepcji wzrokowej, ma wpływ na umiejętności manualne i jest elementem bezpieczeństwa emocjonalnego oraz funkcjonowania społecznego (Giczewska, 2007, s. 4-7). Naturalne obcowanie z psem w domu, jak i terapia z udziałem psa (nazywana terapią kontaktową), polegają w głównej mierze na bezpośrednim dotyku. Dodatkowo jest to kontakt bezpośredni i naturalny, co jest kluczem do wyjaśnienia sukcesów dogoterapii i obcowania dzieci z psami.

Podjęcie tematu wspomaganie rozwoju wymaga wspomnienia uodparniającej roli psa. Zwierzę to, oczywiście zadbane, odrobaczone i szczepione, wnosi w otoczenie dziecka umiarkowaną ilość bakterii i drobnych, różnorodnych, naturalnych substancji (jak kurz, trawa itp.), co sprzyja naturalnej aklimatyzacji ze środowiskiem. Niestety w przypadku silnych alergii dziecka na sierść, zdarzają się przypadki zaburzenia tego naturalnego procesu.

### **Wpływ obcowania z psem na sferę emocjonalną i kształtowanie się psychiki**

Czasowa lub stała obecność psa w otoczeniu dziecka może w znaczącym stopniu zmniejszyć poczucie osamotnienia i społecznej izolacji (Kurzeja, 2008, s. 116). Pies od lat symbolizuje miłość i oddanie. Świat pełen jest pośpiechu i samotności, a pies pełni rolę wsparcia emocjonalnego. Daje je człowiekowi bezinteresownie w formie akceptacji i bezwarunkowej miłości. Dzieje się tak również, dlatego, że pies widzi w człowieku wartość. Możliwość przytulenia się do psa daje dziecku poczucie bezpieczeństwa. W kontakcie człowiek – pies, istotną rolę, bowiem odgrywa czynnik termiczny. Temperatura ciała psa jest zazwyczaj o około jeden stopień Celsjusza wyższa od temperatury człowieka. Z tej różnicy wynika przyjemne wrażenie ciepła w kontakcie ze zwierzęciem, co można odnieść do zakorzenionych w świadomości wspomnień z okresu niemowlęctwa, gdzie ciepło kojarzyło się jednoznacznie z bezpieczeństwem. W skrajnych wypadkach dochodzi, do tego, że pies pełni rolę emocjonalnego opiekuna. Dodatkowo panowanie nad psem, wydawanie mu respektowanych poleceń, daje odczucie siły i pomaga w budowaniu poczucia własnej wartości, co będzie jednym z kluczowych elementów dorosłego życia.



Dziecko postrzega świat zupełnie inaczej niż osoba dorosła, o czym my dorośli niejednokrotnie zapominamy. Te różnice oraz pogoń za codziennością, pochłonięcie rodziców obowiązkami domowymi i zawodowymi oraz pogoń za dobrobytem niszczą relacje dzieci z ich opiekunami. Prowadzi to do samotności i poczucia odrzucenia oraz odgraniczenia świata jednych wobec świata drugich. W takiej sytuacji niejednokrotnie pies staje się rodzajem pierwszej pomocy emocjonalnej (Kulisiewicz, 2007, s. 12-15). Pomaga przezwyciężyć trudności i w swej bezwzględnej akceptacji w stosunku do dziecka, ułatwia mu radzenie sobie z trudną sytuacją. Niejednokrotnie staje się on powiernikiem najskrytszych tajemnic. Jedynym godnym zaufania przyjacielem. Należy zwrócić w tym momencie szczególną uwagę na emocje socjalne. Mają one ogromne znaczenie w toku pojawiania się różnorodnych zdarzeń w życiu dziecka. Każdy człowiek dąży do akceptacji otoczenia wobec własnych poczynań. Naturalna jest tutaj chęć wzbudzania podziwu, przyjaźni, miłości czy innych pozytywnych emocji (Sadowski, 2007, s. 323). Pies poprzez brak uprzedzeń i bezwarunkowość relacji potrafi w łatwy sposób te potrzeby zaspokoić. Angielski satyryk Jerome K. Jerome, uważa, że jest to zwierzę, które potrafi słuchać z jednoczesnym podtrzymaniem wrażenie niezwyklego zainteresowania rozmową. Jednocześnie nie wtrąca jednak nic od siebie. Ta żartobliwa uwaga zdecydowanie zawiera ziarnko prawdy i ukazuje charakter relacji człowiek – pies, będący sensem umiejscowienia psa, jako członka rodziny oraz terapii z udziałem psa (Włodarczyk-Dudka, 2006, s. 8). Ta niesamowita akceptacja i zainteresowanie ze strony psa ma szczególne znaczenie dla dziecka z niepełnosprawnością, które przecież, jest świadome swojej odmienności i ograniczeń.

W kontekście kształtowania się psychiki dziecka, nie sposób pominąć roli, jaką pies odgrywa w nauce odpowiedzialności.

Posiadanie psa, czy nawet czasowa opieka i pielęgnacja pomaga w ukształtowaniu prawidłowych empatycznych zachowań oraz ułatwia przyjęcie systematycznego trybu życia. Oprócz tego mobilizuje młodego człowieka do poczucia odpowiedzialności nie tylko za swój los, ale i za inną istotę żywą. Uczy opiekuńczości, systematyczności oraz pracowitości i sensu poświęcenia (na przykład czasu wolnego), jednocześnie pozytywnie wzmacniając poczynione przez dziecko wysiłki, poprzez uzyskanie przyjaciela na dobre i złe.

Psy dostarczają swoim młodym opiekunom nie tylko elementów pomocy i stymulacji fizycznej, ale również wsparcia psychicznego w różnorodnych trudnych sytuacjach. W kontekście niniejszej publikacji, niezwykle istotne jest wskazanie, iż nić sympatii pomiędzy człowiekiem, a zwierzęciem powstaje już w okresie dziecięcym. Pies pomaga przezwyciężyć samotność, strach, stres i lęki. Jest godnym powiernikiem tajemnic. Uczy zasad odpowiedzialności, a także niejednokrotnie staje się substytutem nieobecnego rodzica, w sensie emocjonalnym. Oswaja również dziecko ze śmiercią (Kurzeja, 2008, s. 115, 116).

### **Pies wspomagający rehabilitację i rewalidację dziecka z niepełnosprawnością**

Wszystkie wyżej wymienione aspekty kontaktu dziecka z psem mogą dotyczyć zarówno dzieci zdrowych, jak i tych z różnorodnymi deficytami. W przypadku zaś tych drugich rola psa może okazać się nawet bardziej znaczącą, gdyż niezwykle ważny jest tutaj aspekt kompensacyjny i wyrównawczy związany z wszystkimi opisywanymi wyżej płaszczyznami rozwoju.

Wpływ obecności zwierzęcia na dziecko jest szeroki i z powodzeniem można określić go, jako terapeutyczny. Obecność zwierzęcia może wspomagać rekonwalescencję, niejednokrotnie jest czynnikiem uspokajającym w sytuacjach stresowych i lęko-

wych, zmniejsza również napięcie psychiczne. Zauważalne bywają spadki ciśnienia, bądź pobudzenie do aktywności w stanach apatii czy depresji, w zależności od rodzaju kontaktu z psem. Odnotować można poprawę działania układu odpornościowego oraz poprawę ogólnego stanu psychicznego. Obcowanie ze zwierzętami często pomaga zapomnieć o samotności. Tę mnogość pozytywnych rezultatów wynikających z kontaktu człowieka ze zwierzętami, a także miłość i przywiązanie, ofiarują nam w zamian za odrobinę czułości i opieki (Franczyk, Krajewska, Skorupa, 2012, s. 9).

W przypadku dzieci z niepełnosprawnościami, stała obecność psa w rodzinie może okazać się niemożliwa, ze względu na mnogość obowiązków i brak czasu. Bo przecież pies nie jest martwym narzędziem, które można wykorzystać tylko w chwili potrzeby. Jest żywą istotą i wymaga opieki i miłości przez dwadzieścia cztery godziny na dobę, tak jak każdy członek rodziny. Dlatego istotne jest by zapewnić dziecku, choć odrobinę tej tak niesamowicie wpływającej na rozwój relacji. Można to uzyskać poprzez skorzystanie z usług wykwalifikowanego kynoterapeuty, z odpowiednio przygotowanym psem. Zwierzę w czasie wolnym od zajęć ma swojego ukochanego opiekuna, a praca pozwala mu czerpać radość z życia, gdyż należy pamiętać o cechach użytkowych psa leżących u źródła wieloletnich relacji psa i człowieka. Pies ma poczucie bycia użytecznym, a będący w potrzebie mały człowiek może skorzystać z niewątpliwie pozytywnych aspektów obcowania z tym wspaniałym zwierzęciem. Animaloterapia, a co za tym idzie, również dogoterapia ma swoje zastosowanie w bardzo szerokim kręgu. Badacze tacy jak Levinson, czy Corsonowie, udowadniają, że zwierzęta potrafią przynosić wiele korzyści tym, których cechuje wyizolowanie społeczne oraz słaba komunikatywność. Wytlumaczeniem tego jest pozawerbalny kontakt, jaki można nawiązywać ze zwierzętami, co w efekcie zwraca zabu-

rzoną osobę, w stronę świata ludzi (Kurzeja, 2008, s. 117). Ciekawostką z zakresy relacji człowiek – pies, jest również fakt, że psy wyczuwają emocje takie jak smutek, obawy jak i radość, czy ekscytację. Potrafią rejestrować zmianę pracy serca i zapach skóry. Bywają nawet zdolne do odróżniania chorych tkanek. Predyspozycje te dziś mogą być rozwijane przez szkolenie związane na przykład z wyczuwania ataków epilepsji, czy hipoglikemii, jak również w profilaktyce chorób nowotworowych (Franczyk, Krajewska, Skorupa, 2012, s. 16). W kontekście dziecka z deficytami należy zwrócić uwagę również na psy pełniące rolę przewodnika. Chodzi tutaj głównie o psy pomagające osobom niewidomym oraz niedowidzący, a także niedosłyszącym (tak zwane „hearing dogs”) oraz osobom na wózkach inwalidzkich, w funkcjonowaniu w codziennym życiu. Jest to, zatem dodatkowa rola, jaką może spełniać odpowiednio wyszkolony pies, oprócz wszystkich innych, zupełnie naturalnych, które wynikają z codziennego obcowania z nim.

Na podstawie zebranych materiałów, jak i własnych obserwacji osoby hodującej psy i pracującej w zawodzie kynoterapeuty, stwierdzam, że obecność psa w życiu dziecka z niepełnosprawnością wnosi niekwestionowane benefity. Począwszy od stymulacji rozwoju psychoruchowego, poprzez wpływ na emocje oraz kształtowanie się osobowości dziecka, a także wspomaganie w sytuacjach trudnych zarówno pod względami fizycznymi jak i psychicznymi. Po pomoc w roli psa asystującego, czy terapeutycznego, gdzie pies jest czynnikiem wspomagającym, zachęcającym i wynagradzającym. Wprowadzenie psa w życie i rehabilitację dziecka z niepełnosprawnością niewątpliwie ułatwia i usprawnia przebieg wielu codziennych czynności, które dziecko wykonuje ponad standardowo (co w kontekście dziecka niepełnosprawnego jest „na porządku dziennym”). Zazwyczaj wykonywane niechętnie czynności rehabilitacyjne, rewalidacyjne czy

terapeutyczne mogą wzbogacić się o więcej pozytywnych emocji, jeżeli robi ono coś dla lub z psem. Ze swoim ukochanym, godnym zaufania przyjacielem, który go nie ocenia, nie popęda i nie krytykuje. W tym momencie należy jednak zdecydowanie zwrócić uwagę na istotę i wagę odpowiedniego doboru psa oraz jego przygotowanie. Pies powinien być wybrany pod względem predyspozycji psychicznej i fizycznych do danego typu pracy terapeutycznej oraz poddany specjalistycznemu szkoleniu, w którego „ramach” utrzymywany jest przez całe swoje życie. Użyty tutaj zwrot „praca terapeutyczna” dotyczy nie tylko psów terapeutycznych, czy przewodników, ale również tak zwanych zwykłych pupili, czyli tych wspomnianych członków rodziny, gdyż i one wykonują pracę, dla nas ludzi, będąc naszymi towarzyszami. Należy o tym pamiętać, zapraszając psa do swojej rodziny, by zachować wszelkie zasady bezpieczeństwa i komfortu życia zarówno w stosunku do innych członków rodziny jak i samego zwierzęcia. Pies nie zna naszej mowy i zasad moralnie akceptowalnych. Musimy go tego nauczyć i tylko wtedy można mówić o wymienianych w tym artykule benefitach kontaktu psa z dzieckiem. Pies nie jest zabawką i jeżeli ta zasada jest respektowana zazwyczaj wszystko się udaje. Rodzina, w której jest dziecko niepełnosprawne, jeżeli decyduje się na posiadania Spa, musi wiedzieć, że choć może on wiele pozytywnego wnieść do życia, to będzie też czegoś wymagał. Jeżeli ze względu na ograniczenia czasowe, czy inne niedogodności, nie jesteśmy w stanie poświęcić odpowiedniej ilości czasu na szkolenie i zabawę z psem, nie powinniśmy decydować się na jego posiadania, gdyż zamiast pozytywnych, w naszym życiu zajdą negatywne zmiany. W takim wypadku złotym środkiem dla dziecka niepełnosprawnego może być właśnie terapia z udziałem psa. Zdaniem B. Kulisiewicz, istnieje, co najmniej pięć powodów, wyjaśniających, dlaczego pies tak wspaniale spełnia się w roli przyjaciela i terapeuty:

- nie ocenia, lecz akceptuje. Nieważne są dla niego niedoskonałości cech wyglądu, ruchów czy mowy. Pies akceptuje zmienność ludzkich nastrojów i emocji, najważniejsze zaś jest to, że można opowiedzieć mu o wszystkim i zawsze zostanie wysłuchani bez krytyki.
- nie wyznacza nam reguł i granic w relacjach. Po prostu czeka na próby nawiązywania kontaktu i sygnały do zabawy. Zawsze chętnie na nie reaguje. Pozwala dziecku na realizowanie spontanicznych pomysłów i zawsze słucha go z uwagą.
- niczego na siłę nie oczekuje od nas, a sam daje bardzo wiele. Pyszczek do pogłaskania, uszko do złapania, daje całego siebie do. Choć nie obiecuje – wszystko spełnia.
- niczego nie zabrania, zwyczajnie pozwala. Można zajrzeć mu do ucha, czy nawet włożyć palce do pyszczka lub zabrać zabawkę. Nie upomina – „bądź grzeczny”, nie wydaje poleceń i nie uspokaja, nie okazuje zniecierpliwienia.
- dla niego nie ma warunków – kocha bezwarunkowo. Nie istotne jest dla niego czy odniesiemy sukces czy może porażkę. Jest po prostu przyjacielem na dobre i na złe (Kulisiewicz, 2007, s. 15, 16).

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] BAŃKA A., *Spoleczna psychologia środowiskowa*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002,
- [2] FRANCZYK A., KRAJEWSKA K., SKORUPA J., *Baw się poprzez animaloterapię. Przykłady gotowych sytuacji edukacyjnych z udziałem zwierząt*, Oficyna wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012,

- [3] GROCHMAL-BACH B., Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera. Podejścia terapeutyczne, wyd. WSF-P Ignatianum, Kraków 2007,
- [4] KULISIEWICZ B., *Witaj piesku! Dogoterapia we wspomaganiu rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007,
- [5] KURZEJA A., *Dzieci ulicy profilaktyka zagrożeń*, Oficyna Wydawnicza „Impuls” 2008, Kraków 2008,
- [6] OGRODZKA-MAZUR E., SZUŚCIK U., GAJDZICA A. (red.), *Edukacja małego dziecka, Tom I: Teoretyczne odniesienia, tendencje i problemy*, Impuls, Cieszyn-Kraków 2010,
- [7] SADOWSKI B., *Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt*, WN PWN 2007, Warszawa 2007,
- [8] WŁODARCZYK-DUDKA M. (red.), *Terapia psychopedagogiczna z udziałem psa wybrane zagadnienia*, wyd. Drwęca, Ostróda 2006.
- [9] GICZEWSKA A., *Dotyk w rozwoju i życiu dziecka*, „Przyjaciel” 2007, nr 2 (3).

*Karina Klimża*

## **METODY AKTYWIZUJĄCE W PRACY Z DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM INTELEKTUALNIE W STOPNIU LEKKIM**

### **Streszczenie**

Praca dotyczy problemu rozwoju dziecka z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim. Przedstawia teoretyczne i praktyczne aspekty tego zagadnienia. W pierwszej części opisuje oligofrenię jako przedmiot refleksji pedagogiki specjalnej. Zostają przywołane różne definicje upośledzenia umysłowego, jego etiologia i klasyfikacja. Upośledzenie umysłowe w niniejszej pracy jest traktowane jako stan dynamiczny, który podlega zmianom. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera rewalidacja dzieci upośledzonych. W drugiej części pracy zostają omówione metody rozwoju dziecka z lekkim upośledzeniem umysłowym, ze szczególnym uwzględnieniem metod aktywizujących. Ostateczną konkluzją, jest uznanie tych metod za kluczowych dla rozwoju dziecka niepełnosprawnego intelektualnie.

### **Słowa kluczowe**

oligofrenia, metody aktywizujące, pedagogika specjalna, rewalidacja, zaburzenia rozwojowe

### **Abstrakt**

Diese Arbeit ist der Problematik der Entwicklung der Kinder die eine leichte Geistesschwäche aufweisen gewidmet. Sie stellt die theoretische und praktische Aspekte des Problems dar. Der erster Teil schildert beschreibt die Oligophrenie als Reflexionsobjekt der Spezialpädagogik. Es werden zahlreiche Definitionen der Geistesschwäche herbeigerufen ihre Ätiologie und Klassifizie-



rung. Die Geistesschwäche wird in der vorliegenden Arbeit als ein dynamischer Zustand dargestellt, der die ganze Zeit verändert wird. In dem Zusammenhang gewinnt die Revalidierung der geistesschwachen Kinder an der Bedeutung. In dem zweiten Teil der Arbeit werden die Entwicklungsmethoden der Kinder beschrieben, besondere Berücksichtigung erhalten die Aktivierungsmethoden. Die Schlußfolgerung ist die Annahme, dass diese Methoden der Schlüssel zu der Entwicklung der intellektuell behinderten Kinder sind.

### **Schlüsselwörter**

Oligophrenie, Aktivierungsmethoden, Spezialpädagogik, Revalidierung, Entwicklungsstörung

*Bez pogodnego, pełnego dziecięstwa  
całe życie jest kalekie.*

Janusz Korczak

Niepełnosprawność intelektualna dziecka, niezależnie od jej stopnia, stanowi dla rodziny traumatyczne przeżycie, a jednocześnie olbrzymie wyzwanie. Nawet w przypadku w pełni zdrowych dzieci, znajdujących się w intelektualnej i emocjonalnej normie, w procesie rozwojowym oraz wychowawczym pojawiają się liczne problemy i przeszkody. Tymczasem skala trudności i wyzwań, z jakimi trzeba się zmierzyć, opiekując się dziećmi z zaburzeniami rozwojowymi jest nieporównywalnie większa. Niepełnosprawność intelektualna dziecka i towarzyszące jej często dodatkowe zaburzenia w sferze poznawczej, emocjonalnej czy fizyczno-fizjologiczne wymagają specjalnej troski zarówno ze strony najbliższych, w tym przede wszystkim rodziców, jak i specjalistów z różnych dziedzin: pedagogów, terapeutów, psychologów, rehabilitantów, logopedów itd. Dziecko z upośledze-

niem umysłowym nie różni się od swoich zdrowych rówieśników w tym sensie, iż – podobnie jak oni – potrzebuje rodzicielskiej miłości, akceptacji, zrozumienia, poczucia bezpieczeństwa płynącego z głębokiej więzi. Podczas jednak, gdy w przypadku dzieci w normie intelektualno-emocjonalnej jest to wystarczająca podstawa dla ich prawidłowego rozwoju, w przypadku dzieci ułomnych konieczne jest ich odpowiednie stymulowanie i aktywizowanie, bazujące na specjalistycznej wiedzy z zakresu pedagogiki specjalnej, w tym zwłaszcza oligofrenopedagogiki.

Nawiązując do słów Janusza Korczaka zamieszczonych we wstępie, które stanowią motto dla prowadzonych tutaj rozważań, prawdziwym dramatem nie jest samo upośledzenie dziecka, lecz jego stygmatyzacja, odarcie z człowieczeństwa i dzieciństwa. Życie upośledzonego nie musi być kalekie. Trzeba jednak pamiętać, że jego los zależy w znacznym stopniu od innych – przede wszystkim rodziców i specjalistów różnych dziedzin. Podstawowym warunkiem udanego życia jest otrzymana od najmłodszych lat miłość i profesjonalna pomoc dotycząca rozwoju w wymiarze intelektualnym, emocjonalnym, fizycznym oraz społecznym.

### **Oligofrenia – definicja, etiologia, klasyfikacja**

Zaburzenia rozwojowe są przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych. W sposób najpełniejszy i najbardziej usystematyzowany refleksja nad tym zagadnieniem jest prowadzona na gruncie nauk medycznych (w tym zwłaszcza psychologii i neurologii) oraz nauk społecznych, wśród których szczególnie istotną rolę należy przypisać pedagogice. Pedagogika jako nauka o wychowaniu i kształceniu jednostki ludzkiej (Zarzecki, 2012, s. 7). zajmuje się wieloma aspektami naszego rozwoju. Jednym z tych aspektów są zaburzenia rozwojowe, które znajdują się w centrum zainteresowania szczegółowej dyscypliny pedago-

gicznej, jaką jest pedagogika specjalna (tamże, s. 18). Biorąc pod uwagę kryterium źródeł zaburzeń rozwojowych i rodzajów defektów rozwoju, można wyodrębnić kilka podstawowych działów pedagogiki specjalnej, co przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Działy pedagogiki specjalnej.

<b>PEDAGOGIKA SPECJALNA</b>	
<b>Nazwa działu</b>	<b>Opis</b>
<b>Oligofrenopedagogika</b>	Terapia, edukacja i wychowanie jednostek upośledzonych umysłowo.
<b>Tyflopedagogika</b>	Terapia, edukacja i wychowanie osób niewidomych, niedowidzących lub ociemniałych.
<b>Pedagogika rewalidacyjna</b>	Kształcenie, wychowanie, wspieranie terapeutyczne i usprawnianie osób trwale uszkodzonych na zdrowiu.
<b>Pedagogika resocjalizacyjna</b>	Edukacja i wychowanie osób z zaburzeniami w zachowaniu, niedostosowanych społecznie.
<b>Surdopedagogika</b>	Edukacja i wychowanie osób z wadami słuchu oraz ich rodzin. Obejmuje także profilaktykę, diagnostykę i poradnictwo.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Parys K., *Zakres oddziaływań współczesnej pedagogiki specjalnej na tle dotychczasowych przemian*, [w] „Niepełnosprawność. Półrocznik Naukowy. Perspektywy i drogi rozwoju pedagogiki specjalnej”, Uniwersytet Gdański, Gdańsk 2012, s. 22-50.

Uwzględniając bogactwo pedagogiki specjalnej i jej różne oblicza, można stwierdzić, że nie realizuje ona jednego, podstawowego zadania, lecz służy wypełnieniu całego zestawu konkret-

nych i szczegółowo określonych funkcji oraz czynności obejmujących: opiekę, terapię, kształcenie, wychowanie, rewalidację, rehabilitację i resocjalizację (Baranowicz, 2012, s. 15). Ten przedmiotowy zakres pedagogiki wynika wprost z jej zakresu podmiotowego – wszystkie działy pedagogiki specjalnej zajmują się jednostkami ludzkimi, które wykazują mniejsze bądź większe odstępstwa od norm rozwojowych, co przekłada się na utrudnienia w funkcjonowaniu czy to fizycznym, czy też psychospołecznym i uniemożliwia lub ogranicza możliwości adaptacji do warunków środowiskowych. Jednym z wielu zaburzeń rozwojowych jest upośledzenie umysłowe, które stanowi przedmiot zainteresowania i refleksji naukowej – zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym – oligofrenopedagogiki. Kluczowe dla zrozumienia istoty tego działu pedagogiki specjalnej jest właściwe rozumienia problemu upośledzenia umysłowego.

### **Pojęcie upośledzenia umysłowego**

Upośledzenie umysłowe, chociaż wydaje się pojęciem pozornie oczywistym i rozumianym niemal intuicyjnie, okazuje się trudne do jednoznacznego zdefiniowania. Wynika to ze złożonej natury tego zagadnienia i wielości perspektyw jego oglądu. Na pierwszy z wymienionych aspektów składają się wielorakie przyczyny, jakie leżą u podstaw upośledzenia umysłowego, różnorodność objawów, które mu towarzyszą, wreszcie trudna do przewidzenia dynamika pogłębiania się problemów z nim związanych. Natomiast odnosząc się do perspektyw, w ramach których definiuje się omawiane pojęcie, można wskazać co najmniej kilka mocno zakorzenionych w literaturze przedmiotu, jak i praktyce terapeutycznej kryteriów definicyjnych: medyczne, psychologiczne, społeczne, pedagogiczne czy ewolucyjne (Głodkowska, 2012, s. 38).

Definicja upośledzenie umysłowego jest uzależniona od kryterium, które zostało przyjęte do jej sformułowania. Wydaje się, że najtrafniej istotę zagadnienia oddają te definicje, które uwzględniają nie jedno, lecz wiele kryteriów i opisują upośledzenie umysłowe w sposób wielokontekstowy i wielopłaszczyznowy, co przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Wybrane definicje upośledzenie umysłowego.

<b>Upośledzenie umysłowe w ujęciu definicyjnym</b>	
<b>Autor definicji</b>	<b>Definicja</b>
<b>H.J. Grossman</b>	Upośledzenie umysłowe (niedorozwój umysłowy) to istotnie niższy niż przeciętny (o co najmniej dwa odchylenia standardowe od średniej) ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszą zaburzenia w zachowaniu przystosowawczym, powstałe w okresie rozwojowym do 18 roku życia (Zima-Parjaszewska, 2012, s. 5).
<b>J. Kostrzewski</b>	Upośledzenie umysłowe to istotnie niższy od przeciętnego ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego, występujący łącznie z upośledzeniem w zakresie przystosowania się, ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym (Kostrzewski, 1981, s. 36).
<b>R. Kościelak</b>	Upośledzenie umysłowe to istotnie niższy od przeciętnego (co najmniej dwa odchylenia standardowe) poziom funkcjonowania intelektualnego o charakterze globalnym wraz z zaburzeniami w zakresie dojrzwania, uczenia się i przystosowania społecznego, spowodowany przez czynniki wewnętrzne

	i zewnętrzne na podłożu względnie trwałych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym Kościelak, 1989, s. 28).
<b>Amerykańskie Stowarzyszenie Niepełnosprawności Intelktualnej i Rozwojowej</b>	Upośledzenie umysłowe jest niepełnosprawnością charakteryzującą się znacznym ograniczeniem zarówno w zakresie funkcjonowania intelektualnego, jak i zachowań przystosowawczych, które wyrażają się w umiejętnościach poznawczych, społecznych i praktycznych. Niepełnosprawność ta ujawnia się przed 18. rokiem życia (za Smith, 2008, s. 225).
<b>Światowa Organizacja Zdrowia</b>	Upośledzenie oznacza niekorzystną (gorszą) sytuację danej osoby będącą wynikiem uszkodzenia lub niepełnosprawności polegającą na ograniczeniu lub uniemożliwieniu jej wypełniania ról, które uważane są za normalne biorąc pod uwagę wiek, płeć, czynniki kulturowe i społeczne (Sowa, 1999, s. 136).

Źródło: opracowanie własne.

Powyższa tabela nie przedstawia wszystkich definicji upośledzenia umysłowego, ale już to zestawienie pokazuje, z jak skomplikowanym i wielowymiarowym zagadnieniem mamy do czynienia. Niemniej jednak, uwzględniając dominujące w literaturze przedmiotu ujęcia definicyjne, upośledzenie umysłowe należy traktować jako trwałe zaburzenie rozwojowe o globalnym (totalnym) charakterze obejmujące zarówno sferę psychobiologiczną, jak i psychospołeczną. Takie ujęcie omawianego pojęcia pozwala uwzględnić zarówno jego aspekty medyczne, jak i społeczne, a przede wszystkim pedagogiczne. Ograniczona sprawność umysłowa, która nie przemija wraz z dojrzewaniem jednostki ludzkiej i ma charakter nieodwracalny, prowadzi w konsekwencji do nie-dojrzałości społecznej. Dlatego upośledzenia umysłowego nie

należy traktować jako jednostki chorobowej, lecz raczej jako stan niepełnosprawności (Kostrzewski, 2006, s. 14). Przyjęte w niniejszej pracy rozumienie upośledzenie umysłowe jest zbieżne z koncepcją M. Grzegorzewskiej, która posługiwała się w tym kontekście terminem oligofrenia, oznaczającym występujący od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa niedorozwój umysłowy skutkujący wstrzymaniem rozwoju mózgu i wyższych czynności nerwowych, co w konsekwencji uniemożliwia jednostce ludzkiej osiągnięcie niezależności społecznej (Grzegorzewska, 1968, s. 17). Terminy upośledzenie umysłowe, oligofrenia, niedorozwój intelektualny i niepełnosprawność intelektualna jako znaczeniowo zbieżne będą w niniejszej pracy stosowane zamiennie.

### **Etiologia upośledzenia umysłowego**

Jedną z najważniejszych kwestii w kontekście oligofrenii jest określenie etiologii, czyli przyczyn niedorozwoju umysłowego. Pytanie: Dlaczego niektórzy ludzie nigdy nie osiągają pełnej sprawności intelektualnej? – jest nie tylko poznawczo (naukowo) uzasadnione, ale ma przede wszystkim doniosłe znaczenie dla praktyki działań związanych z edukacją, terapią i wychowaniem dzieci dotkniętych upośledzeniem. Zidentyfikowanie przyczyn problemu jest pierwszym krokiem do jego rozwiązania. W przypadku oligofrenii jednak mamy do czynienia z całym spectrum różnorodnych przyczyn, a zdaniem specjalistów wielu z nich ciągle nie znamy. Niemniej jednak w literaturze przedmiotu kwestia etiologii upośledzenia umysłowego doczekała się pewnego uporządkowania. Spośród wielu klasyfikacji czynników etiologicznych niepełnosprawności intelektualnej, dwie wydają się najbardziej popularne i dominujące.

Pierwsza popularna klasyfikacja systematyzująca przyczyny pojawiania się zaburzeń rozwojowych w obszarze intelektualnym, stworzona przez Stowarzyszenie Niepełnosprawności Inte-

lektualnej i Rozwojowej, opiera się na kryterium czasowym i wyodrębnia trzy zasadnicze przyczyny oligofrenii (za Smith, 2008, s. 210): prenatalne, czyli pojawiające się przed urodzeniem (infekcje, wady żywieniowe, czynniki fizyczne, chemiczne i immunologiczne, zaburzenia łożyska, niedotlenienie wewnątrzmaciczne, itp.); okołoporodowe, czyli związane z akcją porodową (uraz porodowy, zamartwica, wcześniactwo, itp.); poporodowe, czyli pojawiające się po zakończeniu akcji porodowej (zakażenia, urazy, czynniki chemiczne, izolacja zmysłowa i kulturowa).

Drugą często spotykaną klasyfikacją przyczyn upośledzenie umysłowe jest ich podział na czynniki pierwotne i wtórne (Kościelska, 2000, s. 45). Czynniki pierwotne mają charakter genetyczny i występują jeszcze przez poczęciem (wiążą się z niepełnowartościowym materiałem genetycznym przekazywanym przez rodziców lub uszkodzeniem genów, powodującym zaburzenia rozwoju płodu). Natomiast czynniki wtórne to czynniki, które – odwołując się do pierwszej klasyfikacji – pojawiają się w trakcie lub po akcji porodowej.

Należy pamiętać, że rzadko kiedy możliwe jest zidentyfikowanie jednej przyczyny wystąpienia upośledzenia umysłowego. Zwykle jest to efekt wielu okoliczności i czynników, które prowadzą do intelektualnej niepełnosprawności. Dotyczy to zwłaszcza lekkiej niepełnosprawności intelektualnej, w której występowanie organicznych uszkodzeń mózgu nie jest regułą, a większość problemów rozwojowych – jak szacują eksperci niemal 2/3 przypadków – wynika z przyczyn rodzinno-kulturowych i społecznych (Kijak, 2013, s. 25).

### **Klasyfikacja upośledzenia umysłowego**

Upośledzenie umysłowe jest stanem stopniowalnym. Między prawidłowym rozwojem, mieszającym się w normie intelektualnej, a głębokim niedorozwojem, cechującym się bardzo dużym od-



chyleniem od normy, istnieje całe spektrum stanów pośrednich, co pokazuje tabela 3. Dla określenia stopnia (głębokości) upośledzenia umysłowego powszechnie przyjmowanym kryterium jest iloraz inteligencji, który może być mierzony za pomocą różnych narzędzi i skal. Zasadniczo jednak, niezależnie od metody mierzenia ilorazu inteligencji, współcześnie wyszczególnia się kilka stopni upośledzenia umysłowego: lekkie, umiarkowane, znaczne i głębokie (Buchnat, Tylewska-Nowak, 2013, s. 37).

Tabela 3. Klasyfikacja upośledzenie umysłowego wg IX rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów.

Odchylenia standardowe	Stopień rozwoju umysłowego	Iloraz inteligencji	
		Skala Wechslera	Skala Termana-Merrill
<b>mniejsze i równe -1</b>	rozwój prawidłowy (przeciętny)	85-110	84-100
<b>od -1 do -2</b>	rozwój niższy niż przeciętny	70-84	69-83
<b>od -2 do -3</b>	niedorozwój umysłowy lekki	55-69	52-68
<b>od -3 do -4</b>	niedorozwój umysłowy umiarkowany	40-54	36-51
<b>od -4 do -5</b>	niedorozwój umysłowy znaczny	25-39	20-35
<b>większe niż -5</b>	niedorozwój umysłowy głęboki	0-24	0-19

Źródło: Wyczesany J., *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Wyd. Impuls, Kraków 2005.

Strategie wychowawczo-edukacyjne i konkretne metody oraz techniki wspomagania rozwoju powinny uwzględniać faktyczny stan dziecka i stopień jego umysłowego upośledzenia. W przypadku dzieci ze stosunkowo niewielkim stopniem upośledzenia – lekkim bądź umiarkowanym – proces wychowawczy wzbogacony o oddziaływanie terapeutyczne daje duże szanse na nauczenie wielu czynności, które zapewnią co najmniej minimalny poziom samoobsługi. Dziecko takie jako dorosły będzie więc potrafiło m.in. samodzielnie się ubrać i rozebrać, zadbać o higienę osobistą, posługiwać się sztuczcami czy zrobić proste zakupy, będzie również mogło podjąć – przynajmniej w ograniczonym zakresie – aktywność zawodową i społeczną (Oszustowicz, Baran, 1999, s. 195-202). Osoby z głębokim i znacznym upośledzeniem, nawet przy zastosowaniu intensywnej terapii, nie przekroczą poziomu rozwoju 5, 6-letniego prawidłowo rozwijającego się dziecka (Pilecka, 2011, s. 245).

We współczesnej oligofrenopedagogice dominuje również przekonanie, że przy ocenie potencjału rozwojowego dziecka nie należy kierować się wyłącznie kryterium odnoszącym się do jego inteligencji. Testy mierzące iloraz inteligencji nie pokazują wszystkich możliwości jednostki ludzkiej. Dla uzyskania pełnego obrazu konieczne jest badanie wskaźnika przystosowania społecznego, umiejętności do nawiązywania relacji z drugim człowiekiem, wreszcie uwzględnienie faktu, iż samo upośledzenie jest stanem dynamicznym, zmieniającym się w czasie. Spostrzeżenia te prowadzą do nowego sposobu ujmowania całości zagadnień związanych z oligofrenią, w którym zauważa się nie tylko ograniczenia, ale dostrzega się i podkreśla przede wszystkim szanse rozwojowe. *W najbliższym czasie* – zauważa R. Kijak – *Światowa Organizacja Zdrowia ma ogłosić dwustopniowy podział niepełnosprawności na niepełnosprawność intelektualną lekką i znaczną, bardziej podkreślając możliwości niż ogranicze-*

*nia osoby niepełnosprawnej intelektualnie* (Kijak, op. cit., s. 21). W tym ujęciu dzieci z lekkim upośledzeniem są postrzegane jako osoby, które mają dużą szansę na bliskie normalności funkcjonowanie. Czynnikiem, który w największym stopniu decyduje i ostatecznie przesądza o ich dalszym losie nie jest wcale stopień upośledzenia wyrażany w posiadanym przez nie ilorazie inteligencji, lecz praca rewalidacyjna, której są poddawani. Nie chodzi przy tym o jakiegokolwiek oddziaływanie rehabilitacyjne, wychowawcze i edukacyjne, lecz takie, które opisywane jest jako tzw. *twórcza obecność* opiekunów (Kosakowski, 2010, s. 29). Wspomniana twórcza obecność realizuje się najpełniej wówczas, gdy w pracy z dzieckiem upośledzonym umysłowo stosuje się metody aktywizujące.

### **Rewalidacja w praktyce – potencjał rozwojowy i jego aktywizacja**

Dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym wykazują stosunkowo duży potencjał rozwojowy, przejawiający się w zdolności do przyswajania nowej wiedzy, a ich stan nie wyklucza opanowania wielu kompetencji niezbędnych w dorosłym życiu. Podstawowym warunkiem rozwoju jest w tym przypadku podjęcie odpowiedniej, dostosowanej do potrzeb i możliwości dziecka pracy rewalidacyjnej. Rewalidację należy przy tym traktować nie jako działanie o charakterze incydentalnym i akcyjnym, lecz jako długotrwały, konsekwentnie realizowany proces terapeutyczno-pedagogiczny, którego celem jest jak najpełniejszy rozwój upośledzonej jednostki w wymiarze fizycznym, intelektualnym, emocjonalnym i społecznym. Rewalidacja jest więc działaniem na wielu płaszczyznach, co w konsekwencji powinno prowadzić do usprawnienia funkcjonowania dziecka pod względem sprawności (nie tylko motoryczno-ruchowej, ale także ogólnozyciowej), zdolności poznawczych i adaptacyjnych (umiejętność funk-

cjonowania w ramach społeczeństwa) (Wyczesany, 2007, s. 49). W procesie tym szczególnie istotną rolę odgrywają aktywizujące metody pracy. Zanim jednak zostaną one omówione, warto dokonać charakterystyki dzieci upośledzonych w stopniu lekkim ze szczególnym uwzględnieniem ich zdolności do przyswajania nowej wiedzy.

### **Charakterystyka dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym**

Każde dziecko, które dotyka niepełnosprawność intelektualna, zasługuje na indywidualne potraktowanie, zwłaszcza w wymiarze społecznej uwagi i wsparcia. System pomocy dzieciom upośledzonym powinien być sprawny nie tylko z formalnego punktu widzenia (zapewniać specjalistyczną pomoc medyczną, dostęp do specjalistów różnych dziedzin, wsparcie materialne, itp.), ale także musi charakteryzować się wysokim humanitaryzmem (Karwowska, nr 6/2011, s. 81). W praktyce oznacza to, iż pomoc ta musi być adekwatna do potrzeb konkretnego dziecka, które funkcjonuje w określonych warunkach i tworzy wokół siebie swoisty mikroświat, niepowtarzalny i wyjątkowy. Tego rodzaju świadomość i wrażliwość połączona z empatią powinny towarzyszyć wszystkim, którzy zajmują się w jakikolwiek sposób problemami dzieci dotkniętych upośledzeniem: pedagogom, psychologom, pracownikom systemu opieki społecznej, przedstawicielom służby zdrowia itd. Niemniej jednak, na gruncie naukowej refleksji – pamiętając o tym, iż każdy przypadek dziecka upośledzonego to odrębna, pełna wielkiego bólu i cierpienia historia – podejmuje się próby poszukiwania i opisywania powtarzalnych, charakterystycznych dla całej populacji problemów, zjawisk i zagadnień. Takie wspólne dla całej grupy cechy można znaleźć także wśród dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim.

W generalnym ujęciu, osoby z lekką oligofrenią wykazują najłagodniejszą formę niepełnosprawności intelektualnej. Często

nawet skala ich niepełnosprawność jest na tyle niewielka, iż przy powierzchownym kontakcie pozostaje niezauważalna dla otoczenia zewnętrznego, tym bardziej, że nie zawsze towarzyszy jej ułomność fizyczna. Przeciwnie, zwykle pod względem fizycznym, dzieci te nie różnią się niczym od swoich rówieśników (Wyczesany, op. cit., s. 33). Dopiero dłuższy kontakt pozwala zauważyć problem i odstępstwa od intelektualnej normy. Najczęstszymi obszarami, w których widoczny jest deficyt rozwoju dziecka upośledzonego umysłowo w stopniu lekkim są: procesy orientacyjno-poznawcze, spostrzeganie, uwaga (koncentracja), pamięć i wyobrażenia, myślenia, mowa i motoryka. W każdym z tych obszarów możliwe jest wystąpienie określonych dysfunkcji, co pokazuje tabela 4.

Tabela 4. Zaburzenia funkcjonowania u dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim.

<b>Obszary funkcjonowania</b>	<b>Opis dysfunkcji</b>
<b>Procesy orientacyjno-poznawcze</b>	Zaburzenie pojęć, kształtów geometrycznych, przestrzeni, zburzona percepcja słuchowa
<b>Spostrzeganie</b>	Spostrzeganie niedokładne, o wąskim zakresie, wolniejsze (wiele elementów umyka, pozostaje niezauważona)
<b>Uwaga i koncentracja</b>	Uwaga i koncentracja jest dowolna, występuje, cechuje się krótkotrwałością, dziecko nie ma umiejętności podzielności uwagi, bardzo łatwo „wypada” ze stanu skupienia i koncentracji
<b>Pamięć i wyobrażenia</b>	Pamięć mechaniczna najczęściej znajduje się w normie, zaburzenia występują natomiast w pamięci logicznej (kłopoty z selekcją materiału i jego pełnym zrozumieniem)

<b>Myślenie</b>	Myślenie w fazie operacji konkretnych, nie osiąga stadium myślenia abstrakcyjnego, brak zdolności myślenia w oparciu o aparat słowno-pojęciowy, potrzebują konkretnego, mają trudności z wnioskowaniem i krytycyzmem
<b>Mowa</b>	Słownik bierny (znam słowa, ale nie potrafię ich zastosować) przeważa nad słownikiem czynnym (umiejętność właściwego użycia słów); zaburzenia mowy
<b>Motoryka</b>	Upośledzona precyzja ruchów, szybkość i koordynacja

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Smykowska D., *Współpraca szkoły z rodziną w potrzeb rozwojowych dziecka z lekkim upośledzeniem umysłowym*, Wyd. Impuls, Kraków 2008.

Należy jednak pamiętać, że deficyt rozwojowy w przypadku lekkiej niepełnosprawności intelektualnej rzadko pojawia się we wszystkich wymienionych obszarach, częściej dotyczy kilku z nich. Dysfunkcje przedstawione w powyższej tabeli są charakterystyczne dla lekkiej oligofrenii, ale ich liczba i skala może znacząco się różnić w przypadku każdego dziecka. Wspólne dla całej grupy jest natomiast to, że – jak pokazują liczne badania i analizy – dzieci takie w generalnym ujęciu mają problemy z opanowaniem emocji, są impulsywne i łatwo poddają się zewnętrznemu wpływowi (manipulacji), a ich zachowanie często jest nieprzemysłane (Gajdzica, 2007, s. 50-60). Zdaniem ekspertów dziecko niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim w wieku 15-21 lat osiąga poziom rozwoju psycho-emocjonalnego dziecka 8-12-letniego (Wojnarska, 2004, s. 45).

Uwzględniając nowoczesne podejście do problemu oligofrenii, warto jednak zwrócić uwagę nie tylko na ograniczenia rozwo-

jowe dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym, ale także na ich potencjał.

### **Potencjał rozwojowy dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym**

Osoby lekko upośledzone umysłowo doświadczają wielowymiarowych trudności, które zmniejszają ich zdolność do rozumienia świata i przyswajania norm społecznych, ale – co istotne – nie powodują, iż ich rozwój w wymiarze intelektualnym, emocjonalnym i społecznym w ogóle nie jest możliwy. Przeciwnie, przy odpowiednim wsparciu, potrafią nabyć podstawowe kompetencje społeczne, nauczyć się troski o siebie i innych. Dzieci wykazujące niewielkie odchylenie od normy intelektualnej są w stanie przyswajać nową wiedzę, chociaż robią to w wolniejszym tempie niż ich zdrowi rówieśnicy. W praktyce więc opanowują umiejętność czytania, pisania, operowania pieniędzmi itp.

Fakt, iż dzieci wykazujące lekki stopień upośledzenia posiadają zdolność przyswajania nowej wiedzy i jej praktycznego implementowania, ma doniosłe znaczenie dla praktyki w zakresie ich rewalidacji, wychowania i kształcenia. Po pierwsze, oznacza to, że dzieci wykazujące nieduże odchylenie od normy intelektualnej mogą, a nawet powinny być obecne w powszechnym systemie edukacji; po drugie – oddziaływanie edukacyjne i wychowawcze w ich przypadku powinno prowadzić do zmniejszenia dystansu rozwojowego, który dzieli je od zdrowych, prawidłowo rozwijających się dzieci; po trzecie – strategicznym, długofalowym celem pracy rewalidacyjnej z dziećmi o lekkim stopniu upośledzenia umysłowego powinno być przygotowanie ich do możliwe samodzielnelnego życia w okresie dorosłości.

Dzieci z lekkim stopniem upośledzenia umysłowego, o ile od najmłodszych lat życia są poddawane odpowiedniej stymulacji rozwojowej, są w stanie odnaleźć się w standardowym, niesegre-

gacyjnym systemie edukacyjnym. Szkoły czy też klasy specjalne w ich przypadku zamiast wspomagać rozwój stają się zwykle przyczyną pogłębiania się problemów. Współcześnie badacze – psycholodzy, pedagodzy, psychiatry i socjolodzy – nie mają wątpliwości, że zarówno częstotliwość, jak i jakość kontaktów społecznych już na poziomie edukacji przedszkolnej, a następnie szkolnej, jest niezwykle istotnym czynnikiem w terapii dziecka wykazującego niewielkie odchylenie od normy intelektualnej. Relacje z otoczeniem społecznym odgrywają więc kluczową rolę w procesie asymilacji i włączenia takiego dziecka do życia w wymiarze pozadomowym. Działanie takie zwiększa szansę na to, że niepełnosprawna intelektualnie jednostka stanie się częścią struktur i relacji społecznych i będzie cieszyła się – jeśli nie pełną, to przynajmniej znaczną – samodzielnością. Izolowanie upośledzonych dzieci jest najgorszym z możliwych rozwiązań. W przypadku dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną najlepiej sprawdza się niesegregacyjna forma wychowania i edukacji, co w praktyce oznacza ich obecność w klasach ogólnodostępnych (tzw. integracja jednostkowa) lub klasach integracyjnych. Stały kontakt ze zdrowymi rówieśnikami dostarcza dodatkowych bodźców rozwojowych, sprzyja rozbudowywaniu kontaktów społecznych i wchodzeniu dziecka upośledzonego w nowe, pozarodzinne relacje, motywuje do pracy. Warto zaznaczyć, że beneficjentami takiej sytuacji są również pełnosprawne dzieci, które poprzez bezpośredni kontakt z osobą upośledzoną uczą się tolerancji, wrażliwości i empatii. Niezależnie od przyjętego rozwiązania – umieszczenia dziecka z lekkim niedorozwojem umysłowym w zwykłej klasie lub klasie integracyjnej – warunkiem skuteczności wychowawczo-edukacyjnego oddziaływania jest uwzględnienie jego specjalnych potrzeb edukacyjnych. Dlatego w pracy z dziećmi o lekkim stopniu upośledzenia konieczne jest zastosowanie specjalistycznych metod aktywizacji.



## **Aktywizacja rozwoju dziecka z lekkim upośledzeniem umysłowym**

Wybór konkretnej metody pracy z lekko upośledzonym umysłowo dzieckiem nie może być arbitralny i powinien uwzględniać takie uwarunkowania, jak: zakładany cel oddziaływania rewalidacyjnego; sytuację podopiecznego (m.in. jego wiek, potrzeby, możliwości i ograniczenia); realne warunki, w których odbywa się praca (Dykcik, 2009, s. 142). Ostateczna decyzja o tym, jaki styl pracy przyniesie najbardziej pożądane skutki i okaże się efektywny uzależniona jest od konkretnego przypadku. Nie zmienia to jednak faktu, że spośród wielu znanych i stosowanych metod oddziaływania edukacyjno-wychowawczego na dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim, metody aktywizujące uznawane są za jedno z najbardziej korzystnych zarówno z Punktu widzenia samego podopiecznego, jak i jego opiekunów (rodziców, pedagogów, rehabilitantów, itd.). W odniesieniu do dzieci korzyści ze stosowania metod aktywizujących polegają na wszechstronnej, a jednocześnie nieinwazyjnej w sensie wywieranego nacisku stymulacji podopiecznego do wysiłku i pracy. Metody te najlepiej rozwijają myślenie twórcze i uczą samodzielności, co stanowi podstawę rozwoju jednostki z lekką oligofrenią (Basak, nr 3/2013, s. 240). Przynoszą też wiele innych korzyści, chociażby w postaci zwiększonej motywacji wewnętrznej dziecka i osiąganego satysfakcji z wykonywanych zadań, wzrostu pewności siebie, rozbudzenia zainteresowań i potrzeby samorealizacji. Stosowanie metod aktywizujących rozwija również pracę, umiejętności i wrażliwość samych opiekunów, ponieważ zmusza ich do refleksji nad własną rolą w procesie rewalidacji, zmiany struktury zajęć, redefinicji stawianych przed dzieckiem celów i wyzwań.

Olbrzymią zaletą metod aktywizujących jest to, że stymulują one rozwój jednocześnie na trzech płaszczyznach: rzeczowej

poprzez postawienie przed dzieckiem konkretnego zadania (wyzwania), przeżyć osobistych poprzez pełnowymiarowe (fizyczne, emocjonalne i intelektualne) zaangażowanie dziecka w wykonanie zadania oraz relacji społecznych poprzez uruchomienie pracy grupowej, a tym samym interakcji społecznych (Brudnik, Moczyńska, Owczarska, 2010).

W przypadku dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim stałe pobudzanie i podtrzymywanie aktywności we wszystkich wymienionych sferach jest podstawowym warunkiem osiągnięcia pożądanego i zadawalającego efektu dydaktyczno-wychowawczego. Dzieci takie z uwagi na swoje specyficzne potrzeby, wynikające ze zmniejszonych w porównaniu z uczniami w pełni zdrowymi zdolności poznawczych, trudności w zachowaniu długotrwałej uwagi i koncentracji, problemów z pamięcią i myśleniem abstrakcyjnym potrzebują odpowiednich bodźców stymulacyjnych, w tym zwłaszcza większej liczby powtórzeń z materiałem poglądowym, zachęcania i pozytywnej motywacji, ciągłego angażowania (Dykcik (red.), 2002, s. 292-293). Takie wszechstronne oddziaływanie w największym stopniu zapewniają metody aktywizujące, które polegają na dostarczeniu dziecku właściwych, dostosowanych do jego potrzeb i możliwości wzmocnień o różnorodnym charakterze, poczynając od podstawowych wzmocnień pierwotnych (zaspokojenia potrzeb fizjologicznych – głodu, pragnienia, ciepła itp.), poprzez wzmocnienia społeczne (zaspokojenia potrzeb przynależności do grupy, sprawstwa, akceptacji), a skończywszy na wzmocnieniach o charakterze stymulującym (zabawa, gry, muzyka, ruch itp.) (Pileccy (red.), 1995, s. 12).

W przypadku pracy z dziećmi z lekką niepełnosprawnością intelektualną celem stosowania metod aktywizujących jest osiągnięcie trzech podstawowych efektów: kompensacji, korygowania i usprawniania. Kompensacja polega na zastępowaniu stan-

dardowych, a niedostępnych dla upośledzonego dziecka sposobów i kanałów rozwoju tymi, które odpowiadają jego możliwościom intelektualnym, fizycznym i emocjonalnym. Korygowanie natomiast oznacza stymulowanie niesprawnie działających, upośledzonych narządów w celu poprawy ich efektywności. Usprawnianie z kolei polega na pogłębianiu i pełnym wykorzystywaniu tych zasobów dziecka, które nie zostały dotknięte niepełnosprawnością. Zasoby te decydują bowiem o potencjale rozwojowym dziecka i stanowią podstawę dla całego procesu rewalidacyjnego. Im sprawniej i efektywniej dziecko nauczy się korzystać z dostępnych mu narzędzi (zarówno w wymiarze fizycznym, jak i umysłowym czy emocjonalnym), tym większą ma szansę na pokonanie ograniczeń wynikających z jego niepełnosprawności intelektualnej.

Spośród bogatego katalogu metod aktywizujących w pracy edukacyjno-wychowawczej, należy dokonać selekcji i wyboru tych z nich, które mogą być zastosowane wobec dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim. Nie wszystkie bowiem metody są odpowiednie dla dzieci ze specjalnymi potrzebami wychowawczymi i edukacyjnymi – niektóre po prostu przerastają ich możliwości czy to poznawcze, czy też emocjonalne, społeczne albo fizyczne. Do grona metod bezpiecznych i dostosowanych do potrzeb dzieci z lekką oligofrenią można zaliczyć: metodę ośrodków pracy Grzegorzewskiej, metodę Dobrego Startu, kinezylogię edukacyjną, metodę Sherborne, metodę Kepharta, metodę Montessori. Poniżej znajduje się szczegółowy opis każdej z tych metod:

#### 1. **Metoda ośrodków pracy Grzegorzewskiej.**

**Opis:** Połączenie działań rewalidacyjnych z dydaktyką, polegające na dostarczeniu dziecku wielu różnorodnych bodźców angażujących wszystkie zmysły: wzrok, słuch, dotyk, smak i węch. Dzięki wielopłaszczyznowej stymu-

lacji dziecko uczy się myślenia, wyciągania wniosków, rozumienia zjawisk przyrodniczych i społecznych. W metodzie tej wyróżnia się cztery podstawowe etapy: 1/ zajęcia wstępne, 2/ praca poznawcza (obserwacja, kojarzenie), 3/ ekspresja, 4/ zajęcia końcowe. Zajęcia wstępne poprzez rozładowanie napięcia psychiczno-fizycznego mają przygotować dziecko do wysiłku fizycznego i intelektualnego, odpowiedni nastroić je do pracy, wprowadzić przyjazną i bezpieczną atmosferę. Obserwacja polega na planowym i świadomym spostrzeganiu przedmiotów oraz zjawisk. Dziecko pod okiem pedagoga przechodzi przez proces poznawczy, zaczynając od luźnych obserwacji i skojarzeń związanych z danym tematem, a kończąc na obserwacji ukierunkowanej (nauczyciel podpowiada, co jest istotne w danym przedmiocie lub zjawisku). Z obserwacją bezpośrednio wiąże się kojarzenie, które służy powiązaniu nowej wiedzy zdobytej przez dziecko na podstawie obserwacji z wiedzą już posiadaną. Kolejny etap to ekspresja – dzieci wyrażają swoje emocje i przeżycia związane z tematem zajęć i dokonanymi obserwacjami, a nowo pozyskaną wiedzę stosują w rozmaitych działaniach (zabawach, inscenizacjach, grach, symulacjach, itp.). Zajęcia końcowe służą podsumowania pracy i sprawdzeniu dobytých informacji/wiedzy.

**Zalecenia:** Kluczowe jest pełne, wielozmysłowe zaangażowanie dziecka. Wymaga to nie tylko stosowania pomocy dydaktycznych, ale także właściwej, korelującej z danym tematem przestrzeni, np. temat dotyczący przyrody powinien być omawiany w lesie, parku, ogrodzie. Dzieci powinny mieć możliwość wchodzenia w bezpośredni kontakt z przedmiotami ilustrującymi dany temat:

dotykać, wąchać, smakować, przekształcać, itp. Pedagog powinien utrzymywać z dziećmi stały, żywy, aktywny kontakt.

## 2. **Metoda Dobrego Startu.**

**Opis:** Koncentruje się na aktywizacji rozwoju psychomotorycznego. Celem tej metody jest równoczesne rozwijanie zdolności ruchowych i poznawczych dziecka, zwłaszcza w zakresie spostrzegania. Poprzez wykonywanie ćwiczeń ruchowych, ruchowo-wzrokowych i ruchowo-wzrokowo-słuchowych dziecko doskonali percepcję zmysłową, uczy się prawidłowej orientacji własnego ciała i przestrzeni, rozwija sferę emocjonalną, twórczą aktywność i – dzięki zespołowej formie wykonywania ćwiczeń – kształtuje kompetencje społeczne. Metoda ta nie tylko stymuluje rozwój dzieci z lekką oligofrenią, ale również pozwala je diagnozować. Na podstawie obserwacji dziecka podczas wykonywania ćwiczeń, analizy popełnianych przez nie błędów można ocenić obszary i skalę jego niedorozwoju.

**Zalecenia:** Narzędzia werbalne powinny być stosowane w ograniczonym zakresie, podstawą oddziaływania terapeutycznego i dydaktycznego są techniki oglądowe (pokaz i obserwacja), praktyczne działanie (fizyczna realizacja zadań) i muzyka (piosenki, np. „Wiosno, Wiosenko”).

## 3. **Kinezylogia edukacyjna.**

**Opis:** Zestaw ćwiczeń ruchowych i bioenergetycznych opracowany przez Dennisona, wykorzystujący plastyczność mózgu (dlatego metoda ta nazywana jest również „gimnastyką mózgu”). Ćwiczenia dzielą się na trzy podstawowe grupy: 1/ przekraczanie linii środka, co stymuluje rozwój w sferze lateralnej (np. ruchy naprzemienne,

symetryczne bazgranie, leniwe ósemki, rowerek, oddychanie brzuszkiem); 2/ ćwiczenia energetyzujące-pogłębiające, porozwija poczucie stabilności (np. energetyczne ziewanie, kapturek myśliciela, pozycja Dennisona); 3/ ćwiczenia wydłużające, co poprawia zdolność koncentracji (zginanie stopy, pompowanie pięta, wypad, aktywna ręka). Wykonując te ćwiczenia, dziecko uruchamia te części i funkcje mózgu, które były dla nich niedostępne lub dostęp do nich był ograniczony/trudny.

**Zalecenia:** Metoda jest szczególnie polecana dzieciom mającym problemy z nauką, w tym dzieciom z lekkim upośledzeniem umysłowym. Konieczna jest systematyczność – nawet kilkuminutowa gimnastyka mózgu, ale realizowana codziennie, może wywołać zjawisko samostnej kompensacji zaburzonych funkcji. Optymalne są ćwiczenia przez 1 godzinę dziennie.

#### 4. **Metoda Sherborne.**

**Opis:** Metoda ruchu rozwijającego. Ruch jest tutaj traktowany jako podstawowe narzędzie rozwoju nie tylko w sferze motorycznej, ale także poznawczej, emocjonalno-osobowościowej, społecznej. Podstawą komunikacji jest naturalny język ciała. Metoda ta uczy świadomości ciała, zakresu jego ruchów, przestrzeni i jej dzielenia z innymi. Ćwiczenia dzielą się na trzy podstawowe rodzaje: 1/ relacje opiekuńcze „z” (np. rolowanie dziecka po podłodze lub na nogach opiekuna, kołyska, konik, huśtawka, koszyczek, wóz); 2/ relacje razem (np. lustro, przeciąganie w parze); 3/ relacje „przeciwko” (np. przepychanie się w parze plecami lub nogami, odklejanie dziecka od podłogi, przesuwanie dziecka po podłodze).

**Zalecenia:** Konieczne jest zaangażowanie prowadzącego zajęcia (aktywny udział w ćwiczeniach). Dziecko w każ-

dej chwili może przerwać ćwiczenia. Całość zajęć powinna być przeprowadzana w formie zabawy, w przyjaznej atmosferze. Ćwiczenia dynamiczne i relaksujące należy stosować naprzemiennie, tak samo jak używanie siły i delikatności.

## 5. **Metoda Montessori.**

**Opis:** Nauczanie wielozmysłowe z naciskiem na wczesną integrację dziecka z zaburzonym rozwojem (włączanie go do zajęć domowych, przedszkolnych i szkolnych) z poszanowaniem woli dziecka (to ono ostatecznie decyduje kiedy i czego chce się uczyć). Metoda ta kieruje się kilkoma fundamentalnymi zasadami: 1/ zasada swobodnego wyboru (in. wolnej pracy) – dzieci mają swobodę w wyborze tego, nad czym chcą pracować, są spontaniczne i działają bez presji; 2/ zasada swobodnego wyboru materiału – dziecko ma do dyspozycji wszystkie materiały i pomoce dydaktyczne dostępne w sali i samo podejmuje decyzję po co sięgnie (przy czym wybór ten dzieli się na spontaniczny i świadomy); 3/ zasad swobodnego wyboru miejsca pracy – dziecko nie jest przypisane do określonego miejsca, może swobodnie poruszać się i decydować, gdzie chce wykonać pracę (na stole, na podłodze, na krześle, na parapecie, itp.); 4/ zasada swobodnego wyboru czasu – dziecko decyduje kiedy i jak długo zajmuje się określonym tematem; 5/ zasad porządku – każdy przedmiot ma swoje miejsce, na które dziecko musi je odnieść.

**Zalecenia:** Konieczne jest przystosowanie całego środowiska, w którym uczy się dziecko do jego możliwości. Dziecko upośledzone jest prowadzone metodą małych kroków. Opiekun musi znaleźć balans między swobodą a poczuciem bezpieczeństwa (Bielska-Łach, 2010).

Opisane powyżej metody nie są jedynymi, które stosuje się w pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo w stopniu lekkim. Niemniej jednak te metody są powszechnie cenione i uznawane za podstawowe, a ich skuteczność została potwierdzona w praktyce rewalidacyjnej i dydaktycznej. Wspólnym mianownikiem dla wszystkich metod aktywizujących jest to, że dzieci w realizowanych zadaniach odgrywają czynną rolę, są nie tylko wykonawcami poleceń, ale mają również poczucie sprawstwa, czerpią satysfakcję z wykonywanej pracy, stawiane przed nimi zadania i cele są bliskie oraz konkretnie określone (dla dzieci z lekką oligofrenią, które mają problemy z myśleniem abstrakcyjnym jest to szczególnie ważne).

W ramach aktywnych metod pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo w stopniu lekkim można wykorzystywać wiele narzędzi i technik w realizacji konkretnych zadań czy czynności. Do podstawowych narzędzi i technik należy zaliczyć tzw. bazgroły (malowanie do muzyki, malowanie do tematu, malowanie hasła czy słowa, itp.), linie czasu (porządkowanie informacji według ustalonych kryteriów, np. kolejność wykonywania codziennych czynności), dywanik pomysłów (np. z obrazka przedstawiającego warzywa i owoce, dzieci wybierają tylko owoce), inscenizacja (przygotowanie i przeprowadzenie inscenizacji konkretnego zdarzenia), symulacja (odzwierciedlenia sytuacji potencjalnie realnej). Wybór konkretnej metody i dostosowanych do niej narzędzi oraz technik wymaga przede wszystkim uwzględniania potrzeb oraz możliwości konkretnego dziecka.

Upośledzenie umysłowe nie jest cechą stałą i niezmienną. Przeciwnie – poprzez odpowiednią stymulację od najwcześniejszego okresu życia dziecka można poprawić jego kondycję i los. Upośledzenie umysłowe należy więc traktować jako stan dynamiczny, który w określonym zakresie daje się zmienić na lepsze.



Uzależnione jest to nie tylko od czynników endogennych, w tym przede wszystkim stopnia upośledzenia, ale także od czynników egzogennych, w tym przede wszystkim od zaangażowania środowiska rodzinnego, pracy rewalidacyjnej i wsparcia zewnętrznego. Metody aktywizujące powinny stanowić podstawę działań podejmowanych zarówno przez rodziców dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, jak i pedagogów, którzy na co dzień z nimi pracują.

Potencjał rozwojowy dzieci z lekką oligofrenią pozwala przypuszczać, że praca z nimi może przynieść na tyle dobre efekty, iż w dorosłym życiu mogą one stać się w wielu aspektach osobami samodzielnymi, świadomymi swoich decyzji i działań. Prawdopodobieństwo tego jest tym większe, im wcześniej rozpozna się u nich problemy rozwojowe i podda stosownemu oddziaływaniu. Metody aktywizujące odgrywają w tym procesie niebagatelną rolę. Działanie, na których opierają się metody aktywizujące, stymuluje rozwój dziecka na wielu płaszczyznach: intelektualnej, emocjonalnej, motorycznej, społecznej. Wyrabia pożądane i potrzebne w życiu wzorce zachowań, chociażby wiary we własne możliwości, chęć podejmowania wyzwań i pokonywania trudności, poczucie sprawstwa, itd. Metody aktywizujące stwarzają zbliżone do naturalnych warunki, dzięki czemu dziecko lepiej uczy się rzeczywistości społecznej, przyswaja sobie społeczne normy, rozumie mechanizmy interakcji i współpracy. Nie można również zapominać, że właściwa praca z dziećmi upośledzonymi rozbudza ich pasje i zainteresowania, co może nadać życiu dodatkową wartość oraz sens. W generalnym ujęciu bowiem, rozwój dziecka z lekką oligofrenią nie różni się tak bardzo od rozwoju dziecka w pełni zdrowego i sprowadza się w istocie do jednego – życia możliwie pełnego i szczęśliwego.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] BARANOWICZ K., *Czym jest to co nazywamy pedagogiką specjalną?*, [w] „Niepełnosprawność. Półrocznik Naukowy. Perspektywy i drogi rozwoju pedagogiki specjalnej”, Uniwersytet Gdański, Gdańsk 2012.
- [2] BASAK W., *Nauczanie zintegrowane w opiniach nauczycieli*, [w] „Pedagogika Rodziny”, nr 3/2013.
- [3] BIELSKA-ŁACH M. (red.), *Szkoła Specjalna. Dwumiesięcznik Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej*, nr 5/2010.
- [4] BRUDNIK E., MOSZYŃSKA A., OW CZARSKA B., *Ja i mój uczeń pracujemy aktywnie – przewodnik po metodach aktywizujących*, Wyd. Jedność, Kielce 2010.
- [5] BUCHNAT M., TYLEWSKA-NOWAK B., *Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w systemie edukacji*, Difin, Warszawa 2013.
- [6] DYKCIK W., *Pedagogika specjalna*, Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2009.
- [7] DYKCIK W. (red.), *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy*, WNPTP, Poznań 2002.
- [8] GAJDZICA Z., *Edukacyjny kontekst bezradności społecznej osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2007.
- [9] GŁODKOWSKA, J., *Konstruowanie umysłowej reprezentacji świata. Diagnoza, możliwości rozwojowe i edukacyjne dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną w aspekcie stałości i zmienności w pedagogice specjalnej*, Wyd. Impuls, Kraków 2012.
- [10] GRZEGORZEWSKA M.: *Pedagogika specjalna*, Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa 1968.

- [11] KARWOWSKA M., *Rodzina dziecka niepełnosprawnego intelektualnie – beneficjentem pomocy i społecznego wsparcia*, [w] „Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy”, nr 6/2011.
- [12] KIJAK R., *Niepełnosprawność intelektualna. Między diagnozą a działaniem*, Wyd. Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.
- [13] KOSAKOWSKI C., *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Wyd. Akapit, Toruń 2010.
- [14] KOSTRZEWSKI J., *Niepełnosprawność umysłowa: poglądy, metody diagnozy i wsparcia*, [w] red. A. CZAPIGA, „Psychologiczne wspomaganie rozwoju psychicznego dziecka”, Wyd. Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław 2006.
- [15] KOŚCIELSKA M., *Oblicza upośledzenia*, PWN, Warszawa 2000.
- [16] MIDRO A. T., *Istnieć, żyć i być kochanym. Możliwości wspomagania rozwoju dzieci z zespołami uwarunkowanymi genetycznie*, Wyd. Impuls, Kraków 2011.
- [17] OSZUSTOWICZ B., BARAN J., *Orientacja zawodowa młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim – uwarunkowania i konsekwencje*, [w] „Wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych”, red. J. PILECKI, S. OLSZEWSKI, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 1999.
- [18] PILECKA W., *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
- [19] PILECCY W. J. (red.), *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, Wyd. WSP, Kraków 1995.
- [20] SMITH D. D., *Pedagogika specjalna – podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2008.

- [21] SMYKOWSKA D., *Współpraca szkoły z rodziną w potrzeb rozwojowych dziecka z lekkim upośledzeniem umysłowym*, Wyd. Impuls, Kraków 2008.
- [22] WOJNARSKA A., *Kompetencje szkolne uczniów z obniżoną sprawnością intelektualną*, [w] red. Z. JANISZEWSKA-NIEŚCIORUK, „Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną”, Wyd. Impuls, Kraków 2004.
- [23] WYCZESANY J., *Pedagogika upośledzonych umysłowo. Wybrane zagadnienia*, Wyd. Impuls, Kraków 2007.
- [24] ZARZECKI L., *Teoretyczne podstawy wychowania. Teoria i praktyka w zarysie*, Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa, Jelenia Góra 2012.