



**SOCJOLOGICZNO-PEDAGOGICZNE ASPEKTY
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

WYBRANE PROBLEMY I KWESTIE SPOŁECZNE

TOM V

**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 978-83-924978-8-2

SPIS TREŚCI

Elżbieta Górską

Problemy rodziny wychowującej dziecko z niepełnosprawnością intelektualną..... 5

Edyta Maciej

Wykorzystanie możliwości dziecka z upośledzeniem w stopniu lekkim w realizacji obowiązkowego projektu edukacyjnego w gimnazjum..... 29

Beata Malcharczyk

Stygmatyzacja dzieci chorych na ADHD..... 48

Katarzyna Kostka

Przygotowanie ucznia niepełnosprawnego w stopniu lekkim do sprawdzianu po klasie szóstej z języka angielskiego..... 70

Grzegorz Kubiński

Nowe media a osoby z niepełnosprawnością 91

Małgorzata Procek

Wczesna diagnoza i terapia a postępy dziecka..... 107

Czesława Mielek

Rozwijanie kompetencji komunikacyjnych metodą dramy u dzieci z zespołem Aspergera..... 129

Elżbieta Górka

PROBLEMY RODZINY WYCHOWUJĄCEJ DZIECKO Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

Streszczenie

Rodzice dzieci niepełnosprawnych stają wobec wielu problemów. Muszą przygotować się do pełnienia roli ojca i matki dziecka z niepełnosprawnością umysłową, orientować się o istocie dysfunkcji w stanie zdrowia i rozwoju dziecka tzn. znać jego możliwości rozwojowe, prowadzić działania rewalidacyjne. Niepełnosprawność u dziecka rzutuje na emocjonalną sferę życia rodziny. Wpływa na obniżenie standardu materialnego, zmniejszenie uczestnictwa w kulturze, konieczność ograniczeń i niekorzystnej zmiany planów życiowych. I tutaj rodzice powinni korzystać z zewnątrz: pedagoga, psychologa, terapeuty, interesować się programem instytucji rewalidacyjnych, kontaktować się z nauczycielem, wychowawcą, lekarzem, rehabilitantem, współpracować z instytucjami niosącymi pomoc niepełnosprawnym dzieciom i ich rodzinom.

Słowa kluczowe

niepełnosprawność, rewalidacja, rodzina

Abstract

Parents of disabled children face many challenges. They have to prepare to assume a role of father and mother of

a mentally disabled child, learn about the dysfunction that afflicts their child and its impact on its health and development, which means they have to know its development possibilities and initiate revalidation activities. Child's disability influences family's emotional aspect of life. It affects the decline of economic standard, cultural activities and necessity of limiting, or completely changing ones plans for life. And it is here that parents should use outside help: pedagogue, psychologist, therapist, they should take interest in the revalidation institutions, contact the teacher, doctor, physiotherapist, as well as work together with the institutions helping the disabled children and their families.

Keywords

disability, special therapy, family

Z punktu widzenia wielu teorii powstałych na gruncie filozofii, socjologii, psychologii, teologii-rodzina stanowi wartość a zarazem określoną instytucję społeczną. Rodzina jest układem pośredniczącym pomiędzy jednostką a społeczeństwem, jest pierwszym i podstawowym środowiskiem rozwoju dziecka, a wychowanie w rodzinie jest jednym z najistotniejszych czynników kształtujących osobowość człowieka.

Z pedagogicznego punktu widzenia, rodzina określona jest jako środowisko wychowawcze, stanowiące elementarną komórkę życia w społeczeństwie. Otaczając dziecko opieką i zaspokajając jego potrzeby stanowi naturalne środowisko rozwojowe. Proces wychowania w rodzinie

zachodzi dzięki bezpośrednim kontaktom dziecka z innymi członkami rodziny, które to kontakty odzwierciedlają atmosferę życia rodzinnego; proces ten jest uzależniony od prawidłowego funkcjonowania rodziny.

Rola i znaczenie rodziny wzrastają jeszcze bardziej, gdy rozpatrujemy je pod kątem rozwoju osób niepełnosprawnych, zwłaszcza dzieci niepełnosprawnych umysłowo. Sytuacja rodzin, w których wychowywane są dzieci niepełnosprawne umysłowo jest dalece odmienna od tej, w jakiej funkcjonują rodziny posiadające dzieci pełnosprawne.

Rodzina jako naturalne środowisko rozwojowe wpływa na całokształt rozwoju dziecka zwłaszcza w okresie młodszego dzieciństwa, czyli okresie poprzedzającym podjęcie nauki szkolnej. Każde dziecko rozwija się w określonej sytuacji rodzinnej, a wzajemne oddziaływanie rodziców na dzieci, dzieci na rodziców, a także wpływy rodzeństwa wytwarzają określony styl zachowania i klimat rodzinny (Przetacznikowa, 1977, s. 223). Autorka uważa, że sytuacja ta wpływa na zachowanie dziecka oraz kształtuje jego normy i zasady postępowania (tamże).

Pełnienie przez rodzinę funkcji wychowawczych oraz skutki oddziaływania rodziców na dziecko zależą od postaw rodzicielskich, czyli od tendencji do zachowania się w pewien specyficzny sposób w stosunku do dziecka (Ziemska, 1969, s. 40). Jedną z tych postaw jest akceptowanie dziecka i obdarzanie go miłością. Wyraża się ona tym, że rodzice zajmują się dzieckiem, które znajduje się w centrum ich zainteresowania. Okazywanie dziecku czułości oraz cierpliwości i wyrozumiałości sprzyja rozwojowi

wi osobowości i stwarza poczucie bezpieczeństwa. Inną z postaw jest postawa odrzucająca, kiedy to rodzice unikają kontaktów z dzieckiem, zaniedbują je lub traktują surowo i szorstko. Takie postępowanie rodziców powoduje u dziecka zahamowanie rozwoju uczyć wyższych, agresywność, może prowadzić do wykolejenia i przestępczości. Rodzice zajmujący postawę perfekcjonistyczną stawiają dziecku zbyt wysokie wymagania, nie aprobują jego zachowań. Ich ambicją jest wychowanie dziecka na doskonałego człowieka; konsekwencją takiej postawy jest przeżywanie przez dziecka stanów frustracyjnych, brak zaufania we własne siły, poczucie winy, lęki i obsesje. Do całkowitego uzależnienia dziecka od rodziców prowadzi postawa nadmiernie opiekuńcza i ochraniająca, łączy się ona z potrzebą "poświęcania się" dla dziecka. Rodzice są zbyt pobłażliwi lub przysyłają dziecku autorytetem, zajmując się wszystkimi jego sprawami, rozpieszczają lub nakładają na nie wiele ograniczeń. Postawa ta prowadzi do opóźnienia dojrzałości, do braku inicjatywy i do niezaradności życiowej dziecka (Przetacznikowa, 1979, s. 450, 451).

Niezależnie od sposobu funkcjonowania, ani od tego czy jest to środowisko zdrowe i wartościowe moralnie, czy przejawia cechy patologii – w każdym przypadku kształtuje osobowość, postawę społeczną i wyznacza koleje losu dziecka (Izdebska, 1993, s. 699). Wśród omawianych rodzin znajdują się również te, które wychowują dziecko upośledzone umysłowo.

Gałkowski T. (1995, s. 26) stwierdza, iż wszelkie upośledzenie ważnej życiowej funkcji, mające trwałe charak-

ter, stanowi dla otoczenia bodziec, na który jest ono wrażliwe lub nie. Stwierdzenie niepełnosprawności u dziecka jest na ogół przyczyną kryzysu emocjonalnego rodziców, co wywołuje u nich szereg doznań uczuciowych: uczucie głębokiego smutku, lęku, depresji, niezadowolenia, niewiary, frustracji, poczucia winy, zmieszania, odtrącenia, żalu, szoku, stygmatyzacji i zamknięcia się w sobie. Skutki kryzysu emocjonalnego utrzymują się na ogół przez długi okres, czego konsekwencją może być dezorganizacja prowadząca do rozkładu współżycia rodzinnego. Jednakże często stany te zastępowane są podejmowanymi próbami przezwyciężenia obiektywnie trudnej sytuacji co powoduje zapanowanie nad przykrymi uczuciami i przejście w stadium miłości i oddania dziecku (Wojciechowski, 1990, s. 10, 11).

W procesie wychowania środowisko rodzinne jest nie do zastąpienia, a powiązania pomiędzy członkami rodziny powinny być źródłem oparcia i siły dla każdego jej członka; niestety często są źródłem jego słabości i załamań, dlatego ważne jest by w pełnieniu ważnych i odpowiedzialnych obowiązków opiekuńczo-wychowawczych rodzice dzieci z niepełnosprawnością intelektualną współpracowali z placówkami specjalizującymi się w rewalidacji osób niepełnosprawnych umysłowo. Na problem współpracy rodziców z instytucjami wspomagającymi rozwój zwrócili uwagę w swoich badaniach Gałkowski (1990), Obuchowska (1995), Wojciechowski (1990) i inni.

Wojciechowski (1990, s. 18) zauważa, iż efekty w pracy wychowawczej z dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie dają się wyraźnie zauważyć w tych rodzinach,

które otoczyły dziecko serdeczną, troskliwą opieką, gdzie panuje pogodna atmosfera i wzajemna życzliwość jej członków.

Do podstawowych dziedzin planowego oddziaływania rodziny zdaniem Tyszki Z. (1993, s. 702) zaliczyć należy:

- troskę o prawidłowy rozwój fizyczny dziecka, jego sprawność i zdrowie,
- troskę o rozwój umysłowy (intelektualny),
- zaspokojenie potrzeb emocjonalnych dziecka,
- wdrażanie w kulturę własnego społeczeństwa,
- rozbudzanie zainteresowań i potrzeb kulturalnych,
- wpajanie społecznie akceptowanych zasad i norm moralnych,
- uspołecznienie jednostki kształtując postawę otwartą na problemy otaczającego świata,
- przygotowanie do samodzielnego życia i jego organizacji zgodnie z potrzebami i warunkami stworzonymi przez rzeczywistość społeczną,
- uodparnianie na napotykaną trudności i niepowodzenia,
- rozbudzanie u dzieci poczucia godności osobistej i narodowej,
- rozwijanie dyspozycji do doskonalenia siebie,
- kształtowanie ambicji i aspiracji na poziomie własnych, potencjalnych możliwości,
- uczenie tolerancji dla wszelkiej odmienności poglądów, cech indywidualnych, zainteresowań,
- rozwijanie uczuć patriotycznych, szacunku dla tradycji narodowych, postawy gotowości do walki

o bezpieczeństwo, dobre imię i pozycję w świecie własnego narodu.

Mówiąc o funkcji wychowawczej współczesnej rodziny należy wspomnieć o specyficznych celach wychowania dziecka niepełnosprawnego umysłowo. Muszyńska (1995, s. 107-143) podkreśla, że celem wychowania powinien być najpełniejszy rozwój osobowości dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, wszechstronny i maksymalny rozwój oraz przystosowanie do życia w społeczeństwie. Muszyńska E. uważa, że aby cele te osiągnąć należy u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie kształtować:

- samodzielność w zakresie czynności samoobsługowych, wykonywania prostych czynności dnia codziennego, poruszania się, odrabiania zadań domowych, nawiązywania kontaktów społecznych, wykorzystywania czasu wolnego, gospodarowania pieniędzmi,
- odporność emocjonalną poprzez rozwijanie i podtrzymywanie motywacji do podejmowania działań mających na celu przezwyciężanie trudności;
- wyrabianie umiejętności znoszenia negatywnych stanów emocjonalnych,
- kształtowanie skłonności do przeżywania satysfakcji i dumy z pokonania trudności albo z cierpliwego znoszenia tych przeszkód, których nie sposób przezwyciężyć,
- optymizm - czyli tendencję do tego, aby w swoich przewidywaniach ujmować wszystko w kategoriach zgodnych z własnymi życzeniami, oraz do

dostrzega w otaczającej rzeczywistości także stron dodatnich, dających powód do radości,

- samoakceptację poprzez umiejętność realistycznego spostrzegania swoich wad i zalet, pozytywną ocenę własnych możliwości, system wartości, w którym niepełnosprawność i wynikające z niej ograniczenia nie należą do wartości naczelnych,
- uspołecznienie poprzez kształtowanie komunikatywności, gdyż prawidłowe komunikowanie się jest podstawowym warunkiem prawidłowego funkcjonowania społecznego oraz umiejętności nawiązywania kontaktów oraz współdziałania z drugim człowiekiem (tamże, s. 136).

Ze względu na obiektywne uwarunkowanie funkcji, opieka ma charakter pierwotny w stosunku do wychowania, a ich wzajemny związek przedstawia się w następujący sposób:

- opieka wypełniając swą funkcję, stwarza lepsze warunki dla przebiegu procesu wychowania;
- wychowanie służy opiece w zakresie metod działania, by uchronić przedmioty opieki od bierności w usuwaniu sytuacji zagrożenia i bierności szkodliwej dla prawidłowego przebiegu procesu wychowania (Wojciechowski, 1993, s. 102).

Rodzina dziecka z niepełnosprawnością intelektualną spełnia swoje funkcje zaspokajając potrzeby bytowe i zdrowotne dziecka, poddając je procesowi socjalizacji i wychowania; oraz zapewniając mu prawidłowe warunki rozwoju i wychowania. Wołczyk J. uważa, że rodzina wypełnia swoje funkcje nie tylko poprzez dostarczanie

środków do zaspokajania materialnych potrzeb dziecka, ale także poprzez wzięcie odpowiedzialności za jego los, wspomaganie i pielęgnowanie rozwoju, zapobieganie degeneracji społecznej, za warunki rozwoju fizycznego i kształtowanie osobowości (Wojciechowski, 1993, s. 106). Zadanie tej instytucji to: zapewnienie dziecku odpowiednich warunków bytowych, mieszkaniowych, tworzenie dostępu do różnorodnych dóbr, przedmiotów, osób, sytuacji oraz zapewnienie pomocy w korzystaniu z tych dóbr (tamże, s. 107). Zdaniem autora rodzice powinni także orientować się o istocie dysfunkcji w stanie zdrowia i rozwoju dziecka tzn. znać jego możliwości rozwojowe; kontaktować się z nauczycielem, wychowawcą, lekarzem, rehabilitantem w celu prowadzenia jednolitego oddziaływania rewalidacyjnego; oraz czynnie interesować się programem instytucji rewalidacyjnych aby współdziałać w realizacji zamierzonych celów (tamże).

Niepełnosprawność jednego członka wywiera wpływ na życie wszystkich członków rodziny. Wpływa ona na finansową wydolność rodziny poprzez wzrastający poziom wydatków, a obniżenie poziomu dochodów z czego wynika obniżenie standardu materialnego, zmniejszenie uczestnictwa w kulturze, konieczność ograniczeń i niekorzystnej zmiany planów życiowych. Niepełnosprawność rzutuje na emocjonalną sferę życia rodziny, a przemęczenie i nerwowość członków wpływają na konflikty wewnątrzrodzinne. Liczne badania ujawniają, że rodziny z osobami niepełnosprawnymi muszą radzić sobie z problemami codziennego życia niemal zupełnie same (tamże, s. 210).

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż cała rodzina jest uciążliwa w problemy niepełnej sprawności jej członka i dotknięta jest nią we wszystkich jej funkcjach, we wszystkich wymiarach swej egzystencji i w codziennym życiu. Cała więc rodzina powinna doświadczać takiej pomocy, która ułatwi zrozumienie wielu problemów (tamże).

Od zdrowego i zgodnego współżycia między rodzicami zależy prawidłowy rozwój psychiczny dziecka, a troska rodziców o prawidłowe wychowanie i jego dobro powinna być silnym czynnikiem łączącym rodziców (tamże, s. 60). Powyższe czynniki warunkujące prawidłowe funkcjonowanie rodziny są ważne, a szczególnego znaczenia nabierają w rodzinach problemowych, czyli rodzinach wychowujących dziecko niepełnosprawne umysłowo (które często nie jest jedynym dzieckiem w rodzinie). Współczesne koncepcje rehabilitacji postulują konieczność wychowania dziecka niepełnosprawnego w jego naturalnym środowisku rodzinnym stąd niewątpliwa rola i znaczenie rodziny (Twardowski, 1995, s. 18), a zwłaszcza jej funkcja opiekuńczo-wychowawcza. Ma ona szczególne znaczenie w życiu rodziny wychowującej dziecko upośledzone umysłowo, ponieważ opiekę nad tymi dziećmi powinno się rozciągać z dwóch zasadniczych powodów: wymaga tego ich dzieciństwo, a także dotykające je upośledzenie. Izdebska H. (tamże, s. 45) zwraca uwagę na fakt, że w pedagogice mówi się o integrowaniu opieki z wychowaniem (tam, gdzie to jest możliwe i konieczne), wskazuje na komplementarność i integralność oddziaływań jako istotne cechy współczesnego modelu funkcji opiekuńczo-wychowawczej w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektual-

ną, w znacznym stopniu wpływa na rozwój psychofizyczny i społeczny dzieci, warunkuje również efekty procesu rewalidacji. Czynnikiemami decydującymi o prawidłowym wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczej są: akceptacja dziecka przez rodziców, prawidłowe serdeczne stosunki i silna więź między rodzicami a dziećmi (tamże, s. 46).

Rodzice, po uzyskaniu informacji, że ich dziecko jest niepełnosprawne, przeżywają bardzo silne negatywne emocje, a w ich przeżyciach można wyróżnić kilka okresów:

- szok,
- kryzys emocjonalny,
- okres pozornego przystosowania się,
- okres konstruktywnego przystosowania się do sytuacji - kiedy to rodzice czerpią satysfakcję z kontaktów z dzieckiem (tamże, s. 21-27).

Pojawienie się dziecka niepełnosprawnego w rodzinie wprowadza zmiany w dotychczasowym jej życiu i pełnionych przez nią funkcjach. Zmieniają się relacje między małżonkami, gdyż większość obowiązków, związanych z pielęgowaniem dziecka, opieką i wychowaniem spada na matkę, zmuszoną często przerwać pracę zawodową, co zwykle pogarsza sytuację materialną rodziny. Pociąga to za sobą także zmianę warunków rozwoju pełnosprawnego rodzeństwa. Twardowski A. uważa, że widząc jak wiele czasu i uwagi rodzice poświęcają niepełnosprawnemu bratu lub siostrze, czuje się ono zaniedbywane i ograniczone w swych prawach i przywilejach. Przekształceniom ulega także życie towarzyskie rodziny oraz uczestnictwo

w życiu kulturowym (1995, s. 47). Zdaniem tego autora przekształceniom ulegają również funkcje rodziny. Szczególnego znaczenia nabiera funkcja usługowo - opiekuńcza spełniana głównie przez matkę. Funkcja socjalizacyjna realizowana jest przez kształcenie u dziecka różnorodnych umiejętności i sprawności, a szczególnie tych, które umożliwiają mu coraz bardziej samodzielne funkcjonowanie. Zaspokojenie potrzeb: bezpieczeństwa, poczucia przynależności, wymiany uczuć, zrozumienia, szacunku to funkcja psychologiczna rodziny (tamże, s. 48-52).

Aby rodzina wychowująca niepełnosprawne dziecko mogła prawidłowo realizować swoje zadania, musi dokonać przekształceń w swoim dotychczasowym życiu. Nie jest to zadanie proste i dlatego potrzebuje ona pomocy z zewnątrz pomocy, której udzielają placówki przystosowane do współpracy z dziećmi niepełnosprawnymi i ich rodzinami.

Populacja osób niepełnosprawnych umysłowo przejawia specyficzne ograniczenia rozwoju, które najbardziej zaznaczają się w sferze sprawności intelektualnej. Ich myślenie jest na niższym poziomie rozwoju i ma charakter myślenia konkretno-obrazowego, a podstawowym defektem jest utrudnione przechodzenie od poznania zmysłowego do racjonalnego, od niższego poziomu uogólnienia (konkretnego) do wyższego (abstrakcyjnego), co sprawia, iż trudnością dla nich jest wskazanie cech istotnych, podobieństw, różnic oraz wykrywanie związków przyczynowo-skutkowych (tamże, s. 76). Zdaniem autorki trudności w myśleniu spowodowane są niedoskonałością procesu spostrzegania. Spostrzeżenia są bezładne i przypadkowe,

co utrudnia im wyodrębnienie części z całości i uchwycenie istoty całości. Braki w zakresie spostrzegania i myślenia mogą być nasilane zaburzeniami procesów percepcji wzrokowej, słuchowej i koordynacji percepcyjno-kinestetycznej (tamże, s. 77).

Obuchowska I. zwraca uwagę na fakt, iż niedomagania procesu myślenia tej grupy wpływają ujemnie na rozwój ich mowy, która niezależnie od wad wymowy, charakteryzuje się ubogim słownictwem i trudnościami w uzewnętrznianiu swoich myśli (1995, s. 223). Dzieci te mówią ułamkami zdań, a formułowanie przez nich wypowiedzi zawierają wiele błędów gramatycznych i stylistycznych.

Trudności w uczeniu się spowodowane są ubogą wyobraźnią, trudnościami w rozgraniczaniu własnych wyobrażeń wytwórczych od odtwórczych, zubożoną wyobraźnią przestrzenną oraz zaburzeniami pamięci. U osób tych słaba jest pamięć logiczna i dowolna. Często uczą się bez zrozumienia - zapamiętują mechanicznie, charakteryzują się wolnym tempem uczenia (Bogdanowicz, 1991, s. 91-95). Trudności w nauce sprawia również uwaga, dobrze skoncentrowana jedynie na materiale konkretnym; zakres uwagi jest ograniczony. Na treściach abstrakcyjnych i trudnych do zrozumienia osoby te koncentrują się krótko i słabo (tamże).

W zakresie zachowań społecznych omawianą grupę osób odróżnia od osób o prawidłowym przebiegu procesów poznawczych labilność emocjonalna i słaba kontrola nad afektami – prowadząca do wybuchów złości, zachowań agresywnych, zniechęcenia i rezygnacji. Cechują je także płaczliwość, zahamowanie, niepewność siebie; ale

również zachowania skrajnie przeciwne: brak dystansu, lekkość uczuciowa, natrętne zachowanie (Obuchowska, 1995, s. 227). Zdaniem autorki właściwością psychiczną, szczególnie charakterystyczną dla dzieci niepełnosprawnych umysłowo, jest ich zwiększona zależność od innych ludzi wynikająca z samej niesprawności umysłowej oraz z niewiary we własne umiejętności (tamże).

Wardaszko-Łyskowska H. (1993) analizując problem upośledzenia i charakteryzując dziecko niepełnosprawne umysłowo w stopniu lekkim podkreśla potencjał możliwości istniejący w każdym ze stopni upośledzenia oraz zwraca uwagę na fakt, iż takie współczesne podejście zawiera w sobie wyzwanie do działania w obrębie różnych resortów (zdrowia, szkolnictwa), dla organizacji różnych służb, instytucji, które powinny ten potencjał rozwijać.

W okresie przedszkolnym (0-5 lat) dziecko upośledzone umysłowo w stopniu lekkim może rozwinąć umiejętności społeczne i zdolność porozumiewania się, jest minimalnie opóźnione w zakresie rozwoju czucioworuchowego; często nie różni się od normalnych dzieci aż do późniejszego wieku (tamże, s. 938).

W okresie szkolnym (6 - 20 lat) potrafi opanować umiejętności szkolne do poziomu 6 klasy, ale nieco wolniej, w wieku kilkunastu lat może być kierowany ku normom uznawanym społecznie (tamże). Jako człowiek dorosły (powyżej 21 lat) zazwyczaj osiąga umiejętności społeczne i zawodowe wystarczające do samo utrzymywania się na poziomie minimum potrzeb; ale potrzebne mu są kierownictwo i pomoc w sytuacji szczególnego stresu społecznego czy ekonomicznego (tamże). Lipkowski poru-

sza problem wychowania dzieci niepełnosprawnych umysłowo w stopniu lekkim, określając wychowanie zmierzające do najpełniejszego rozwoju jednostki niepełnosprawnej jako rewalidację, co w aspekcie językowym oznacza wszelkie działania mające na celu przywrócenie pełni zdrowia jednostce upośledzonej (co jest możliwe w sporadycznych przypadkach) (1993, s. 575). Kierunek rewalidacji określa Wardaszko-Łyskowska jako:

- rozwijanie sił biologicznych, zadatków i cech najmniej uszkodzonych,
- wzmacnianie, maksymalne usprawnianie i wykorzystanie sfer psychicznych i fizycznych,
- wyrównywanie braków niedorozwoju,
- zastępowanie braków (1993, s. 936).

Należy tutaj dodać, iż zdaniem Borzyszkowskiej przed dzieckiem należy stawiać zadania odpowiednio do rodzaju i stopnia upośledzenia, uwzględniające jego możliwości psychofizyczne, bowiem każde powodzenie jest naturalnym i silnym bodźcem mobilizującym dziecko do działania (1993, s. 166).

Stosunek rodziców do dziecka wpływa na jego wyobrażenie o sobie. Dziecko niepełnosprawne jest zdolne zaakceptować swą inność i integrować z ludźmi pełnosprawnymi jeżeli dla rodziców ta niepełnosprawność jest sprawą drugoplanową i nie zaburzającą emocjonalnego stosunku do niego (Sękowska, 1994, s. 18), natomiast brak akceptacji dziecka jest przyczyną jego frustracji i postawy społecznej. Dla wszechstronnego rozwoju dziecka duże znaczenie ma klimat psychiczny rodziny w której wzrasta – a zwłaszcza zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Źró-

dłem lęku mogą tu być nieprawidłowe warunki rodzinne, konflikty między rodzicami, zaniedbanie i odrzucenie emocjonalne (tamże).

Na przebieg rewalidacji i rozwoju dziecka dominujący wpływ ma atmosfera rodzinna (poczucie więzi, wspólnota dążeń, umiejętność współżycia i współdziałania, pozytywne wzajemne postawy). Odrącenie emocjonalne dzieci z powodu ich upośledzenia wywołuje u nich skłonność do wybuchów złości i gwałtownych reakcji (tamże, s. 18-19). Sękowska podkreśla, że los dzieci niepełnosprawnych uzależniony jest od poczucia odpowiedzialności rodziców za ich wychowanie i rewalidację, niestety większość rodziców wykazuje ignorancję w zakresie wiadomości o przyczynach i skutkach niepełnosprawności ich dzieci oraz o metodach ich rewalidacji (tamże, s. 19). Powoduje to niespełnienie wobec dziecka podstawowego zadania – to jest stymulowania dyspozycji rozwojowych, zaspokojenia potrzeb psychicznych, kompensowania braków i dysfunkcji, integrowania z własną kochającą rodziną i ze społeczeństwem (tamże, s. 20).

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż w wychowaniu, rehabilitacji dziecka upośledzonego rodzicom często towarzyszą stany niepewności, stres, depresja związane z niesprawnością dziecka. Zdarza się, że w trudnych sytuacjach dochodzi do zjawiska, w literaturze przedmiotu zwanego zespołem wypalania się sił (Gałkowski, 1995, s. 80). Określono go jako wyczerpanie się sił psychicznych i fizycznych występujące zwykle w efekcie wykonywania przez dłuższy czas intensywnych zajęć związanych ze sprawowaniem nad kimś opieki oraz napięciem psychicznym.

Dlatego też wsparcie i pomoc środowiska społecznego są niezbędne dla większości rodzin dzieci niepełnosprawnych (tamże).

Ważną sprawą jest włączenie rodziców w usprawnianie dziecka, uczenie ich skutecznych metod usprawniania w warunkach domowych (tamże, s. 25-27).

Zazwyczaj rodzina nie potrafi samodzielnie rozwiązać trapiących ją problemów związanych z rewalidacją i wychowaniem dziecka upośledzonego. Stąd istnieją różne instytucje niosące pomoc niepełnosprawnym dzieciom i ich rodzinom. Należą do nich:

- placówki służby zdrowia ich działalność ma na celu zapobieganie pojawieniu się niepełnosprawności u dziecka, oraz jeśli niepełnosprawność już nastąpiła jak najwcześniejsze jej wykrycie i podjęcie odpowiednich działań leczniczych i rehabilitacyjnych,
- instytucje oświatowe powinny one zapewnić dziecku możliwość kształcenia się, ich zadaniem jest zapewnienie mu opieki i objęcie go systematycznymi oddziaływaniami wychowawczymi stymulującymi jego rozwój i kompensującymi występujące u niego braki,
- placówki spółdzielczości inwalidów – stwarzają warunki umożliwiające zatrudnienie osób niepełnosprawnych, co przeciwdziała izolacji społecznej, umacnia w niepełnosprawnej osobie poczucie godności i korzystnie wpływa na jej stosunki z rodziną (Twardowski, 1995, s. 548-562).

Współczesne badania naukowe nad rodziną potwierdzają jej znaczenie, nie tylko dla rozwoju fizycznego i umysłowego dziecka, ale przede wszystkim dla prawidłowego rozwoju jego uczuć i postawy społecznej (Borzyszkowska, 1993, s. 364). Wpływ ten zależy od tego, w jakim stopniu rodzice potrafią wypełnić swoje zadania w stosunku do dziecka oraz czy umieją wywiązać się ze swoich rodzicielskich obowiązków wobec niego. Od sposobu w jaki rodzice pojmują swoje obowiązki i jak radzą sobie z ich realizacją, zależy rozwój i wychowanie jednostki oraz jej pozycja w rodzinie, która ma duży wpływ na kształtowanie się osobowości człowieka (tamże).

Współczesna rodzina ulega przemianom pod wpływem industrializacji i urbanizacji. Nie traci jednak swego charakteru jako instytucja stwarzająca dziecku warunki najbardziej sprzyjające jego rozwojowi (Gałkowski, 1995, s. 23). Prawidłowo zatem funkcjonująca rodzina jest najbardziej wartościowym środowiskiem wychowawczym, gdyż jest zdolna zapewnić optymalne warunki rozwoju i wychowania, a skuteczność jej oddziaływań wynika z emocjonalnych powiązań, które stanowią unikalną właściwość tego środowiska (Wołczyk, 1978, s. 443). Efekty wychowania w rodzinie są uzależnione od co najmniej trzech zespołów warunków, a mianowicie: od warunków socjalno-bytowych, społeczno-kulturalnych i współpracy ze szkołą (tamże).

W wychowaniu znaczenie i rola jaką odgrywa rodzina oraz jej wpływ na całokształt rozwoju dziecka jest ważne nie tylko w odniesieniu do dzieci zdrowych, normalnie rozwijających się. W wychowaniu dziecka upośledzonego

rola i znaczenie rodziny wzrastają (Borzyszkowska, 1993, s. 365). Autorka zwraca również uwagę na fakt, że obok wzrastającej roli rodziny w wychowaniu dziecka upośledzonego wzrastają również trudności w realizacji zadań i funkcji jakie ma ta rodzina wobec dziecka. Dziecko niepełnosprawne umysłowo w rodzinie, znajduje się w sytuacji wyjątkowej, wymaga indywidualnego podejścia i specjalnej pomocy ze strony domu, jednak nie każda rodzina jest w stanie w każdej sytuacji oddziaływać w sposób społecznie wartościowy na rozwój dziecka Wojciechowski, 1993, s. 80).

Funkcja rodziny w procesie rewalidacji dzieci uwarunkowana jest współpracą z lekarzem, psychologiem i pedagogiem. Pomoc w rehabilitacji medycznej zależy od zorientowania rodziców w zakresie objawów i skutków schorzenia, znajomości rokowania odnośnie do rozwoju dziecka oraz akceptacji metod terapii i rehabilitacji. To z kolei uzależnione jest od zaufania do specjalistów kompetentnych i odpowiedzialnych (Sękowska, 1994, s. 21). Zdaniem autorki współdziałanie nimi rokuje skuteczne usprawnienie dziecka, jego leczenie i nauczanie. Diagnoza stanu i sytuacji dziecka musi być punktem wyjścia współpracy rodziców oraz planowania jego przyszłości adekwatnie do możliwości, potrzeb i motywacji wychowanka (tamże).

Często zdarza się, iż rodzice dzieci niepełnosprawne umysłowo w stopniu lekkim nie uczęszczali na zajęcia przygotowujące ich do pracy z dzieckiem upośledzonym. Działo się tak przede wszystkim dlatego, że rodzice nie wiedzieli, że takie zajęcia odbywają się. Jediną formą

pedagogizacji rodziców są prowadzone zajęcia przez szkołę specjalną i spotkania z wychowawcami.

Ważnym problemem jest znajomość przez rodziców zagadnień związanych z rozwojem umysłowym dziecka i możliwościami jego uczenia się. Rodzice najczęściej wykazują brak orientacji w zakresie rozwoju i możliwości uczenia się dziecka.

Wartość wychowawcza rodzinnego środowiska jest determinowana w największym stopniu przez kulturę ogólną i kulturę pedagogiczną obojga rodziców. Kultura ogólna wyraża się we wzajemnym odnoszeniu się do siebie małżonków, a także do innych członków rodziny, w ich zainteresowaniach, w spędzaniu czasu wolnego, w urządzeniu mieszkania. Natomiast kultura pedagogiczna dotyczy oddziaływań na dziecko (postawa rodzicielska), akceptowania go takim, jakie jest, rozsądnej miłości, umiejętności dawania dziecku odpowiedniego zakresu swobody, dostrzegania jego walorów, a także i braków, zainteresowania przeżywanymi przez nie sukcesami i porażkami. Wyraża się ona także w stosowanych metodach wychowawczych (kary i nagrody) i w trosce o prawidłowy rozwój dziecka.

Rodzice dzieci niepełnosprawnych stają wobec wielu problemów, często przerastających ich siły i możliwości. W tej sytuacji niezbędnym jest przygotowanie ich do pełnienia roli ojca i matki dziecka upośledzonego umysłowo. Zadaniu temu służyć może psychoemocjonalne wsparcie rodziny ze strony pedagoga, psychologa i być może oddziaływań terapeuty. Rodzice muszą poznać potrzeby dziecka (zwłaszcza te związane z niepełnosprawnością),

sposoby skutecznego zaspokajania tych potrzeb. W procesie tym niezbędne jest wsparcie rodziny przez środowisko społeczne. Wspomaganie społeczne można ująć jako pomoc dostępną dla niej w jej środowisku, świadczoną przez instytucje, stowarzyszenia społeczne oraz osoby i inne rodziny, z którymi dana rodzina pozostaje w kontaktach i więziach międzyludzkich (Maciarz, 1993, s. 25).

Z uwagi na trudną sytuację znacznego odsetka rodzin (trudności egzystencjalne przeżywa niemal każda rodzina dziecka upośledzonego) niezbędnym wydaje się objęcie ich systemem świadczeń socjalnych. Pomoc materialna powinna umożliwić rodzinie zaspokojenie podstawowych potrzeb. Badane rodziny potrzebują również pomocy w wykonywaniu czynności opiekuńczych nad dzieckiem.

Ze względu na słabą znajomość potrzeb i możliwości rozwojowych dzieci z niepełnosprawnością umysłową przez ich rodziców, postuluje się objąć rodzinę wspomaganie opiekuńczo-wychowawczym, które obejmuje pedagogizację rodziców (uczenie ich wychowawczego postępowania z dzieckiem, pomaganie w poznawaniu go, wspieranie w umiejętnym kierowaniu jego rozwojem) oraz udzielenie im realnej pomocy w opiece nad dzieckiem przez organizowanie świetlic terapeutycznych, pomocy dochodzących opiekunów.

Wspomaganie rodziny zdaniem Maciarz ma być przede wszystkim działaniem wyzwalającym siły i możliwości wewnętrzne rodziny, wzmacniającym to co w niej jest dobre i funkcjonalne, a usuwającym to, co ją dezorganizuje i osłabia wewnętrznie. Głównym zadaniem więc staje się zwiększanie zdolności rodziny do pełnienia należytej

opieki, wychowania i rehabilitacji dziecka tu: z niepełnosprawnością umysłową (1993, s. 27).

BIBLIOGRAFIA

- [1] BOGDANOWICZ M.: Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym. WSiP. Warszawa 1991.
- [2] BORZYSZKOWSKA M.: Dziecko upośledzone w rodzinie. WSiP. Warszawa 1995.
- [3] BORZYSZKOWSKA M.: Dziecko upośledzone w rodzinie [w:] Encyklopedia Pedagogiczna. Fundacja Innowacja. Warszawa 1993.
- [4] BORZYSZKOWSKA M.: Upośledzenie – rewalidacja dzieci i młodzieży upośledzonej umysłowo [w:] Encyklopedia Pedagogiczna. Fundacja Innowacja. Warszawa 1993.
- [5] GAŁKOWSKI T.: Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym. WSiP. Warszawa 1995.
- [6] HULEK A. (red.): Pedagogika rewalidacyjna. PWN. Warszawa 1980.
- [7] IZDEBSKA H.: Szczęście dziecka. IWZZ. Warszawa 1988.
- [8] IZDEBSKA H.: Rodzina i jej funkcje wychowawcze [w:] Encyklopedia Pedagogiczna. Fundacja Innowacja. Warszawa 1993.
- [9] MACIARZ A.: Uczniowie niepełnosprawni w szkole powszechnej - poradnik dla nauczycieli. WSiP. Warszawa 1992.

- [10] MUSZYŃSKA E.: Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych [w:] Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP. Warszawa 1995.
- [11] OBUCHOWSKA I. (red.): Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP. Warszawa 1995.
- [12] OBUCHOWSKA I.: Wychowanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo [w:] Dziecko niepełnosprawne w rodzinie.. WSiP. Warszawa 1995.
- [13] PRZETACZNIKOWA M.: Psychologia wychowawcza. PWN. Warszawa 1979.
- [14] PRZETACZNIKOWA M.: Psychologia wychowawcza, społeczna i kliniczna. WSiP. Warszawa 1977.
- [15] SEKOWSKA Z.: Znaczenie rodziny w rewalidacji dzieci niepełnosprawnych [w:] CHODKOWSKA M. (red.): Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Socjalizacja i rehabilitacja. Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie - Skłodowskiej. Lublin 1995.
- [16] TWARDOWSKI A.: Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych [w:] Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP. Warszawa 1995.
- [17] TWARDOWSKI A.: Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych [w:] Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. WSiP. Warszawa 1995.
- [18] TYSZKA Z.: Rodzina [w:] Encyklopedia Pedagogiczna. Fundacja Innowacja. Warszawa 1993.
- [19] TYSZKA Z.: Socjologia rodziny. PWN. Warszawa 1979.
- [20] WARDASZKO-ŁYSKOWSKA H.: Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży [w:] Encyklopedia

Pedagogiczna. Fundacja Innowacja. Warszawa 1993.

- [21] WOJCIECHOWSKI F.: Dziecko niepełnosprawne w środowisku wiejskim. WSP. Rzeszów 1993.
- [22] WOJCIECHOWSKI F.: Dziecko upośledzone umysłowo w rodzinie. WSiP. Warszawa 1990.
- [23] ZIEMSKA M.: Kwestionariusz dla rodziców do badania postaw rodzicielskich. Warszawa 1981.
- [24] ZIEMSKA M.: Postawy rodzicielskie. WP. Warszawa 1969.
- [25] ZIEMSKA M.: Rodzina i dziecko. PWN. Warszawa 1979.

Edyta Maciej

WYKORZYSTANIE MOŻLIWOŚCI DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ W STOPNIU LEKKIM W REALIZACJI OBOWIĄZKOWEGO PROJEKTU EDUKACYJNEGO W GIMNAZJUM

Streszczenie

Celem artykułu jest zaprezentowanie możliwości dziecka z upośledzeniem w stopniu lekkim w obowiązkowym projekcie edukacyjnym w gimnazjum. Opisane zostały wymagania formalne narzucone przez system oświatowy, uczestnictwo dziecka z upośledzeniem w stopniu lekkim w obowiązkowym projekcie gimnazjalnym oraz aktywność niepełnosprawnego dziecka na poszczególnych etapach projektu. Podczas analizy wymagań formalnych udziału dziecka niepełnosprawnego we wszystkich etapach projektu wzięłam pod uwagę korzyści takiego zaangażowania, opisałam rolę nauczyciela/nauczyciela wspomagającego, przedstawiłam pozytywne i negatywne aspekty udziału dziecka z upośledzeniem w projekcie edukacyjnym. Zaprezentowałam przypadek edukacyjny, opisując udział mojego ucznia ze zdiagnozowanym upośledzeniem w stopniu lekkim w obowiązkowym projekcie edukacyjnym. Analiza ta została oparta na doświadczeniu nauczyciela, a wszystkie aspekty udziału konkretnego ucznia w projekcie zostały wzięte pod uwagę.

Słowa kluczowe

dziecko niepełnosprawne umysłowo w stopniu lekkim, wsparcie, praca zespołowa, motywacja, metody aktywne i aktywizujące

Abstract

The aim of this article is to present the use of possibilities of a child with mild mental retardation in a compulsory educational project in lower-secondary school. The following aspects have been described: formal requirements imposed by the educational system, the participation of a mentally disabled child in a project, and a disabled student's activities at different stages of a project. While analyzing the formal requirements and the participation of a disabled child in a project at all the stages, all the advantages of such involvement have been taken into consideration, the role of a supporting teacher has been mentioned and both positive and negative aspects have been described. I have also written about the participation in the project of one of my students with a diagnosed mild mental retardation. The analysis is based on the teacher's experience and all the aspects of the student's participation have been considered.

Keywords

a child with mild intellectual disability, support, team work, motivation, active methods

Wymagania formalne a uczeń niepełnosprawny umysłowo w stopniu lekkim

Wprowadzone Rozporządzeniem MEN z 20 sierpnia 2010 roku wymagania dotyczące realizacji przez każdego ucznia gimnazjum, w tym uczniów z wszelkimi dysfunkcjami czy upośledzeniem w stopniu lekkim, projektu edukacyjnego postawiły zarówno przed uczniami, jak i nauczycielami przedmiotu i nauczycielami wspierającymi szereg wyzwań, którym my, nauczyciele gimnazjum, staramy się sprostać. Rozporządzenie stanowi, między innymi, że uczniowie gimnazjum biorą udział w realizacji projektu edukacyjnego. „Projekt jest zespołowym, planowym działaniem uczniów, mającym na celu rozwiązanie konkretnego problemu z zastosowaniem różnych metod, zakres tematyczny projektu edukacyjnego może dotyczyć wybranych treści nauczania określonych w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla gimnazjum lub wykroczać poza te treści, w szczególnie uzasadnionych przypadkach uniemożliwiających udział ucznia w realizacji projektu edukacyjnego, dyrektor gimnazjum może zwolnić ucznia z realizacji projektu, jednakże te specyficzne okoliczności nie zostały sprecyzowane” (Rozporządzenie MEN, 2010, art. 21a). Realizacja projektu edukacyjnego w gimnazjum składa się z wyboru tematu, określenia celów projektu i zaplanowania etapów jego realizacji, wykonania zaplanowanych działań i publicznej prezentacji projektu (Dz.U. 2010 nr 156, poz. 1046).

Przystąpienie ucznia niepełnosprawnego do realizacji projektu edukacyjnego

Biorąc pod uwagę wszelkie pozytywne aspekty realizacji projektów, takie jak aktywizacja uczniów czy wdrażanie do samodzielności, mające wpływ zarówno na poszerzenie wiedzy ucznia dysfunkcyjnego jak i jego samoocenę i jego postrzeganie przez rówieśników, zasadne wydaje się włączenie ucznia z upośledzeniem w stopniu lekkim w realizację projektu edukacyjnego. Konieczne staje się wypracowanie odpowiednich form i technik pracy, które pozwalają uczniom z upośledzeniem osiągnąć taki poziom umiejętności, wiedzy i zaangażowania, który pozwoli nauczycielowi przedmiotu zatwierdzić zrealizowanie projektu przez ucznia. Warto tu wspomnieć, że realizacja projektu edukacyjnego w gimnazjum przekłada się bezpośrednio na ocenę z zachowania, zatem jest elementem klasyfikacji, a dobra czy bardzo dobra ocena z zachowania, często trudna do osiągnięcia przez dzieci dysfunkcyjne, z pewnością stanowi pozytywne wzmocnienie w aktywności takiego dziecka (Mikina, Zajac, 2012, s. 5). Przed przystąpieniem ucznia z upośledzeniem w stopniu lekkim do realizacji projektu edukacyjnego należy również zdiagnozować te obszary działalności i predyspozycji dziecka, które pozwolą mu osiągnąć sukces. Nauczyciel pracujący z tym uczniem przy realizacji projektu powinien pamiętać o podstawowych zasadach pracy z dzieckiem upośledzonym, a mianowicie o zasadzie akceptacji i życzliwości wobec dziecka, szczególnej indywidualizacji wszelkich procesów dydaktycznych, dostosowaniu zadań do zainteresowań i predyspozycji ucznia, zasadzie przykładowo, wy-

magania systematyczności, łączenia teorii z praktyką, wzmocnieniu pozytywnym, formułowaniu zrozumiałych poleceń, stopniowania trudności zadań zleconych do wykonania (Cirko, Cześniak, 2012, s. 7). Przygotowując się do realizacji projektu, w który włączony jest uczeń z upośledzeniem w stopniu lekkim, nauczyciel przedmiotu powinien przeanalizować charakterystykę dziecka upośledzonego, jakość jego postrzegania zmysłowego otaczającego świata, myślenia i umiejętności praktycznych.

Uczniowie niepełnosprawni w stopniu lekkim

Charakterystyczne dla dzieci z upośledzeniem w stopniu lekkim jest trudność w przekazywaniu usłyszanych lub przeczytanych treści, stosują oni przy tym niewłaściwe sformułowania. Ich wypowiedzi są często niespójne, wypowiadając się na jakiś temat, odbiegają od niego lub zaprzeczają temu co wcześniej powiedzieli (Borzyszkowska, 1985, s. 42). Kolejnym poważnym zaburzeniem u dzieci z upośledzeniem w stopniu lekkim jest nietrwałość i niepodzielność uwagi, dlatego też tacy uczniowie nie radzą sobie z zadaniami, które trzeba wykonać, zwracając uwagę na kilka czynności jednocześnie. Niemożność skupienia uwagi skutkuje tym, że także pamięć, szczególnie logiczna, nie funkcjonuje prawidłowo. Należy jednak zwrócić uwagę, na to, że pamięć mechaniczna jest dość dobrze rozwinięta (tamże, s. 43). Dziecko upośledzone jest też bierne w podejmowaniu jakichkolwiek zadań, czy rozwiązywaniu problematycznych kwestii, co potwierdza cytata Hermana Wegenera: „Własne prawidłowe rozstrzygnięcia są w przypadku upośledzonych umysłowo nawet w stopniu

lekkim rzadkością” (cyt. za: Borzyszkowska, 1985, s. 44). Jednak najważniejszym deficytem tychże uczniów, który znacząco determinuje cały proces przyswajania wiedzy, jest brak samodzielności, pomysłowości czy aktywności w dążeniu do celów. Dzieci z upośledzeniem wykonują pewne czynności mechaniczne, ale tylko pod nadzorem oraz przy wykorzystaniu wydłużonego czasu pracy. „W ogóle ich pracę cechuje zwolnione tempo pracy, słaby poziom samodzielności i przemyślanego działania. Podczas pracy wymagają nadzoru, ponieważ przerywają pracę, gdy pojawi się trudność, której nie są w stanie usunąć. Dodać należy, że oprócz nadzoru wymagają oni większego wzmacniania przez zachęcania do różnych czynności niż normalne dzieci (Borzyszkowska, 1985, s. 45).

Nieodzowna jest tu także dogłębna analiza orzeczenia wydanego przez Poradnię Pedagogiczno- Psychologiczną i konsultacje z pedagogiem szkolnym, a często także z rodzicami czy opiekunami prawnymi, gdyż taki wywiad pozwoli określić pozaszkolne zainteresowania dziecka, da obraz jego funkcjonowania społecznego. Można tu polemizować, że rodzice czy opiekunowie nie są specjalistami w dziedzinie oligofrenopedagogiki, jednakże obserwacje pozaszkolne są cennym materiałem poznawczym. Oczywiście, jak twierdzą znani specjaliści w dziedzinie oligofrenopedagogiki, między innymi J. Wyczesany i H. Borzyszkowska, charakterystyka dziecka upośledzonego jest skomplikowana, zarówno ze względu na różnorodność anomalii rozwojowych czy genetycznych, wpływ środowiska rodzinnego czy inne uwarunkowania społeczne (por. Borzyszkowska, 1985; Wyczesany, 1998), to warto przed

zaangażowaniem dziecka w projekt wziąć pod uwagę definicję przytaczaną przez B. Kosmowską, że „Upośledzenie umysłowe to znaczne obniżenie ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszą deficyty w dziedzinie zachowań adaptacyjnych i które występują w okresie rozwojowym” (Kosmowska, 1999, s. 17). Należy pamiętać, że uczeń w wieku gimnazjalnym to dziecko w owym okresie rozwojowym. Kolejną ważną sprawą dla nauczyciela przygotowującego się do pracy z uczniem z upośledzeniem w stopniu lekkim przy realizacji projektu edukacyjnego jest zdanie sobie sprawy, że poznawanie świata odbywa się za pomocą poznania zmysłowego, poznania umysłowego i działań praktycznych. Dziecko z upośledzeniem ma zaburzone te czynności w różnym stopniu, jego procesy poznawcze są wybiórcze i fragmentaryczne, często niewłaściwa jest analiza i synteza otaczającego świata. Jak pisze H. Borzyszkowska „Dziecko upośledzone umysłowo mało widzi, kiedy patrzy i mało słyszy, kiedy słucha” (Borzyszkowska, 1985 s. 125). W literaturze pedagogicznej znajdujemy najczęściej występujące trudności szkolne dzieci uczniów upośledzonych w stopniu lekkim: zaburzenia orientacji przestrzennej, wolne tempo pracy, zaburzenia rozumienia znaczenia wypowiedzi, zaburzenia analizy i syntezy wzrokowej i słuchowej, trudności w rozumieniu przeczytanego tekstu, brak rozumienia zadań tekstowych, trudności w orientowaniu się w przestrzeniach czasowych, ograniczony poziom pamięciowego wykonywania działań matematycznych, zaburzone rozumienie reguł i definicji, problemy z powiązaniem nowych informacji z poprzednio zapamiętanymi, słaby poziom

stosowania wiedzy w praktyce, mała samodzielność w wykonywaniu zadań, często występująca nadpobudliwość motoryczna lub zahamowanie, niski poziom motywacji, impulsywność, brak krytycyzmu, mała wrażliwość na potrzeby innych. Oczywiście nie muszą pojawić się wszystkie te problemy w danym przypadku, ale zwykle orzeczenie przedstawia pewien zespół trudności (por. Wyczesany, 1998; Borzyszkowska, 1985). Projekt edukacyjny, forma odmienna od typowej lekcji, może okazać się dla dziecka upośledzonego czymś bardziej atrakcyjnym, bo nowym, czymś bardziej motywującym, bo innym od 45 minut spędzonych w klasie i czymś zdecydowanie skuteczniejszym, gdy mówimy nie tylko o przyswajaniu wiedzy, ale też rozmaitych umiejętnościach społecznych. „Projekty to metody kształcenia wyrabiające samodzielność, odpowiedzialność i zaradność. Rozwijają wyobraźnię, uczą sposobów zdobywania wiedzy, docierania do źródeł, oceniania ich rzetelności. Uczniowie sami planują swoją pracę, doświadczenia, jakie należy wykonać, dokumentację projektu” (Dzierzgowska, 2006, s. 36). Należy założyć, iż w każdym dziecku, również dziecku upośledzonym w stopniu lekkim jest pewien potencjał twórczy, który może być uwolniony przy zastosowaniu metod aktywnych i aktywizujących, wykorzystywanych w realizacji projektu edukacyjnego, w każdym dziecku jest potrzeba bycia z innymi i akceptacji ze strony innych. W obecnej sytuacji i możliwościach naszych szkół, częstą praktyką staje się występowanie rodziców opiekunów prawnych z wnioskiem o indywidualne nauczanie dziecka na terenie szkoły; dziecko często spotyka się z klasą tylko na zaję-

ciach religii, wychowania fizycznego, plastyki czy muzyki i jest to stanowczo zbyt mała ilość godzin, by mówić o socjalizacji czy wpajaniu pewnych zasad i umiejętności społecznych. Projekt edukacyjny daje szansę na wykorzystanie tej szerokiej gamy metod, tak ważnych w edukacji i pracy z dzieckiem upośledzonym. Można zastosować burzę mózgów, gry dydaktyczne, dramę, odgrywanie ról, techniki plastyczne, metodę grupowego rozwiązywania problemów, debatę, metaplan i dziesiątki innych (Kubiczek, 2007, s. 50). Praca metodą projektu wywodzi się także ze słusznego przekonania, że uczeń zapamiętuje 10% tego, co słyszy, 20% tego, co widzi, 40% tego, o czym dyskutuje i 10 % tego, co robi, zatem najskuteczniejszą formą pracy jest uczenie przez działanie i doświadczanie (Kowalska, 2010, s. 7). Łączenie teorii z praktyką jest jedna z zasad pracy z dzieckiem upośledzonym a projekt daje uczniowi i nauczycielowi taką możliwość. W literaturze z zakresu oligofrenopedagogiki można znaleźć szereg zalet wynikających z zastosowania metod aktywizujących w pracy z dzieckiem upośledzonym. Wśród najważniejszych pozytywów należy wymienić: podejmowanie przez ucznia działań z własnej chęci, poszukiwanie i realizowanie siebie, poczucie dowartościowania, uzupełnienie braków w wiedzy, przekonanie, że coś potrafi sam stworzyć, umiejętność współistnienia w grupie, aktywne uczestniczenie w zajęciach, poczucie dowartościowania satysfakcji z własnych osiągnięć (Wasieczko, 2012, s. 8). Dla dziecka z upośledzeniem działanie – aktywne uczestniczenie w projekcie edukacyjnym jest często jedyną drogą do zdobycia wiedzy o świecie go otaczającym w atrakcyjny,

aktywny sposób, a dla nauczyciela przedmiotu i nauczyciela – specjalisty od rewalidacji widocznym znakiem, że praca z tym dzieckiem przynosi wymierne, długotrwałe efekty.

Uczeń dysfunkcyjny na poszczególnych etapach realizacji projektu

Realizując projekt edukacyjny, w który zaangażowane zostaje dziecko upośledzone w stopniu lekkim, należy właściwie zaplanować pracę z tymże dzieckiem na każdym etapie realizacji projektu. Każdy etap powinien być przez nauczyciela przemyślany tak, aby znaleźć w nim przeszczeń dla ucznia z orzeczeniem o upośledzeniu.

Pierwsza faza, **wybranie tematu**, może być w pewien sposób narzucone uczniowi, ponieważ to nauczyciele przedmiotów zobowiązani są we wrześniu każdego roku szkolnego przedstawić listę tematów do realizacji na dany rok szkolny. Tematy projektów są przedstawiane uczniom, rodzicom i zatwierdzane do realizacji przez dyrekcję. Tematy te powinny odzwierciedlać zainteresowania uczniów, zaciekawiać, motywować do podejmowania działania. Nauczyciele poszczególnych przedmiotów powinni zdiagnozować na początku roku szkolnego zainteresowania i potrzeby uczniów w tym zakresie. Nauczyciel przedmiotowy wraz z nauczycielem prowadzącym zajęcia rewalidacyjne, który ma najlepsze rozeznanie w możliwościach ucznia i diagnozie jego problemów, może zaangażować ucznia w taki projekt, w którym może stać się częścią zespołu, wykonując z pewną pomocą nauczycieli powierzone mu zadania. Niedopuszczalna jest tu przypadko-

wość, czy stwierdzenie „że uczeń musi uczestniczyć w jakimkolwiek projekcie edukacyjnym po to tylko, żeby projekt został „zaliczony” i nie miał negatywnego wpływu na ocenę z zachowania. Zrozumiałe jest, jak ważna staje się współpraca nauczycieli przedmiotów z nauczycielami wspomagającymi, gdyż niestety nie jest jeszcze sytuacją powszechną w gimnazjum, żeby uczący danego przedmiotu był jednocześnie oligofrenopedagogiem. Nauczyciel wspomagający powinien poinformować szczegółowo nauczyciela przedmiotu o swoich wnioskach wynikających z pracy rewalidacyjnej dotyczących zarówno mocnych i jak i najsłabszych stron dziecka, gdyż bardzo często nauczyciel przedmiotu zobowiązany do zapoznania się z orzeczeniem poradni, spotyka się z suchymi stwierdzeniami za którymi trudno dostrzec to konkretne dziecko. Po wybraniu przez uczniów właściwego tematu i przystąpienia do projektu edukacyjnego, przychodzi czas na **określenie celów projektu i zaplanowanie etapów jego realizacji** (Mikina, Zajac, 2012, s. 16). Z mojego doświadczenia wynika, że dobrze jest w tym miejscu wykorzystać tzw. burzę mózgów, która jest świetną metodą, zarówno aktywną jak i aktywizującą. Uczeń upośledzony bierze udział w „burzy mózgów”, każdy jego pomysł zostaje zauważony i zapisany, gdyż każdy pomysł jest jednakowo ważny i będzie podlegał późniejszej analizie i selekcji, czuje się częścią zespołu, współdecyduje. Już w tym miejscu występuje korzystne dla dziecka upośledzonego wzmocnienie, odpowiednia motywacja gdyż działa ono w zespole, jest częścią pewnej grupy, z którą może się utożsamiać, nie jest izolowane od grupy rówieśniczej czy też izolowane przez

tę grupę. Uczniowie w ramach grupy dzielą się zadaniami, ustalają plan pracy, formy i terminy realizacji poszczególnych zadań oraz terminy konsultacji z nauczycielem. Ten etap jest najważniejszy, gdyż kluczowe jest właściwe dobranie zadań dla dziecka z upośledzeniem w stopniu lekkim. Należy tutaj pamiętać, że dziecko upośledzone ma zaburzenia koncentracji i mało podzielną, krótkotrwałą uwagę, myślenie logiczne nie funkcjonuje właściwie. Pamięć mechaniczna jest lepsza od pamięci logicznej, myślenie abstrakcyjne sprawia duże trudności, zatem wskazane jest zaplanowanie dla takiego dziecka działań praktycznych. Dziecko upośledzone w stopniu lekkim może być odpowiedzialne za graficzne przedstawienie konkretnych działań zespołu, np. wykonanie plakatów, planszy czy nawet pokazu slajdów. Może stać się „sekretarzem” grupy czy łącznikiem z nauczycielem może sprostać tym zadaniami, które opierają się na czynnościach praktycznych. Możliwości jest wiele, a właściwy dobór zależy od predyspozycji konkretnego dziecka, przedmiotu i tematu projektu, właściwego wyczucia i wiedzy nauczyciela, a także jego współpracy z nauczycielem prowadzącym rewalidację.

Kolejny etap realizacji projektu edukacyjnego to **wykonanie zaplanowanych działań**. Bardzo ważne jest, by nie pozwolić reszcie grupy na przejmowanie zadań zleconych do wykonania uczniowi upośledzonemu czy też wydłużanie w nieskończoność czasu realizacji zadań. Każde działanie mające na celu kształtowania odpowiedzialności i samodzielności u dziecka upośledzonego ma ogromną wartość, gdyż pozwoli mu funkcjonować lepiej i sprawniej

wśród rówieśników, a w przeszłości w dorosłym życiu. Przy pomocy nauczyciela przedmiotu współpracującego z nauczycielem prowadzącym rewalidację, dziecko z upośledzeniem w stopniu lekkim jest w stanie wykonać powierzone mu zadania, gdyż zostały one przemyślane i dobrane do możliwości dziecka. Oczywiście podczas realizacji projektu mogą pojawić się trudności, których wcześniej nie można przewidzieć, ale w idei projektu jest pewna elastyczność, zatem możliwa jest również modyfikacja przydzielonych zadań.

Publiczna prezentacja projektu jest dużym wyzwaniem dla dziecka upośledzonego. Przyjmuje się różne formy prezentacji- prezentację multimedialną, wystawę, artykuł itp., jednakże wciąż najpopularniejsza jest prezentacja z aktywnym udziałem uczniów, w której uczestniczą zarówno inni uczniowie, jak i rodzice oraz nauczyciele. Taka prezentacja może być kompilacją wszystkich dostępnych form, gdyż może zawierać elementy dramy, odgrywania ról czy przedstawienia, może być w części prezentacja multimedialną, na co pozwalają coraz lepsze warunki techniczne w szkołach, może być po części wystawą prac wykonanych przez uczniów, a nawet pokazem kulinarnym (Mikina, Zajac, 2012, s. 48). W tak szerokim wachlarzu możliwości nauczyciel zawsze może znaleźć tę formę, która będzie odpowiednia zarówno dla ucznia upośledzonego, jak i reszty zespołu, pozwoli mu poczuć się częścią grupy, będzie kształtować jego umiejętności społeczne, a przede wszystkim wpłynie motywująco na niego i pozwoli mu, a często także rodzicom i opiekunom poczuć dumę i jakże ważną akceptację.

Opis i analiza przypadku edukacyjnego

Jako nauczyciel przedmiotu, chętnie i często pracując metodą projektu, zaobserwowałam szereg pozytywnych aspektów pracy tą metodą z uczniem posiadającym orzeczenie o upośledzeniu w stopniu lekkim. Będąc wychowawcą klasy, w której znalazło się dziecko z takim orzeczeniem, czułam się odpowiedzialna za przystąpienie do projektu i jego realizację przez mojego wychowanka. Tematem projektu była „Podróż po krajach niemieckojęzycznych”; temat ten z założenia był interdyscyplinarny, co znalazło potwierdzenie podczas burzy mózgów, kiedy to pojawiały się skojarzenia geograficzne, historyczne, kulturowe, a nawet kulinarne. Podstawowym celem projektu stało się przyswojenie podstawowych wiadomości geograficznych („turystycznych”) i kulturowych o kraju, którego język uczniowie poznają. Celem dodatkowym, ale nie mniej ważnym, wynikającym z podstawy programowej języka obcego było kształtowanie postaw tolerancji i otwartości wobec innych kultur. Projekt realizowałam wraz z nauczycielem geografii, co pozwoliło mojemu wychowankowi w nim uczestniczyć, gdyż był zwolniony z nauki drugiego języka obcego, w tym przypadku języka niemieckiego. Uczeń upośledzony podczas burzy mózgów z tematem projektu skojarzył Berlin, mówiąc, że tam był, zatem włączyłam go do grupy rozwiązującej problem „Które z miast w Niemczech i Austrii warto odwiedzić i dlaczego?”. Uczniowie podzielili się na mniejsze grupy, wyznaczając liderów i nakreślając plan pracy. Warto tu podkreślić, że grupa do której przydzieliłam ucznia upośledzonego składała się nie tylko z dzieci świetnie radzących

sobie z nauką, ale też uczniów słabych i bardzo słabych. Łączyła je jedna niezmiernie ważna cecha – życzliwość i koleżeństwo wobec dysfunkcyjnego kolegi, którego zresztą znali od szkoły podstawowej. W tym miejscu warto podkreślić rolę nauczyciela, który tworząc grupy musi przede wszystkim zwrócić uwagę na właściwy dobór uczniów, żeby dziecko z orzeczeniem o upośledzeniu nie czuło się gorszym, mniej ważnym członkiem zespołu. Również ważne jest by owa koleżeństwo czy sympatia nie przerodziła się w wyręczanie upośledzonego kolegi, czy przydzielanie mu zadań poniżej jego możliwości. Zadaniem, które grupa przydzieliła opisywanemu przeze mnie uczniowi było wyszukanie w Internecie i innych źródłach (książkach, albumach), zebranych przez uczniów zdjęć miejsc wartych zwiedzenia w Berlinie i przygotowanie wspólnie z kolegą – komputerowcem pokazu slajdów. Mój wychowanek wykazał się szczególną inwencją, gdyż zapytał czy „prawdziwe zdjęcia i widokówki też mogą być?”, przyniósł własne pocztówki i zdjęcia z podróży do Niemiec i jedno ze spotkań grupy zdecydowałam się w dużej części poświęcić na opowiadanie wrażeń z tej podróży, co było szalenie motywujące dla ucznia z upośledzeniem, gdyż znalazł się w centrum uwagi, dzielił się swoim doświadczeniem z kolegami, a sytuacja ta spowodowała, że sam zaproponował zrobienie plakatu ze swoich materiałów, zatem u dziecka rozbudziła się kreatywność i samodzielność w podejmowaniu decyzji – niezwykle ważne aspekty wychowawcze. A że szczególnie lubił wszelkie prace i działania plastyczne, wykonany przez niego plakat zasłużył na szczególną pochwałę. Publiczna prezentacja

projektu edukacyjnego miała formę pokazu dla rodziców, nauczycieli i kolegów z klasy, składającego się z prezentacji multimedialnej, wystawy plakatów oraz scenek-odgrywania ról turysty i mieszkańców opowiadających o znanych miejscach zaprezentowanych na plakatach lub wykonanych z kartonu i szarego papieru. Rozdzielając role, grupa sama zaproponowała, żeby turystę odegrał Bartek – uczeń z orzeczeniem o upośledzeniu. Stwierdziłam, że sprostą on zadaniu wypowiadając kilkakrotnie zdanie w języku niemieckim „co to jest?”, zapoczątkowując dłuższe wypowiedzi kolegów na temat ciekawych miejsc. Bartek był obecny na scenie, bawił się odgrywając zaciekawionego turystę i mimo, że wygłaszał tylko jedno zdanie, jego ciągła obecność na scenie sprawiała, że wszyscy identyfikowali go z zespołem i był w pewien sposób niezastąpiony. Natychmiast po zakończeniu prezentacji projektu mam w zwyczaju rozmawiać z uczniami o ich odczuciach i wrażeniach, zarówno tych pozytywnych, jak i negatywnych. Od Bartka usłyszałam zdanie „Proszę pani, mnie się to tak podoba, mogę jeszcze raz w tym być?”. Tym bardzo prostym zdaniem odpowiedział na bardzo ważne pytanie: Czy warto angażować dziecko z upośledzeniem w stopniu lekkim w realizację projektu edukacyjnego w gimnazjum? Nie miałam wątpliwości, że w zespole uczniów realizujących projekt nadzorowany przeze mnie zawsze będzie miejsce dla dzieci ze szczególnymi dysfunkcjami i potrzebami. Ostatnie spotkanie z grupą realizującą projekt poświęcone jest samoocenie uczniów i dokonaniu rzetelnej oceny kolegów ich zaangażowania. Uczniowie także odpowiadają na pytanie „Czego nauczyłem

się uczestnicząc w tym projekcie?”. Bartek odpowiedział: „Nauczyłem się, że mam fajnych kolegów i że są fajne miejsca w Niemcach”. Osobie, która nie zna specyfiki pracy z dzieckiem upośledzonym może wydawać się, że to niewiele, jednakże biorąc pod uwagę aspekt wychowawczy, społeczny, to wiele znaczy, gdy takie dziecko czuje akceptację ze strony rówieśników, nie jest przez nich odsuwane, a stwierdzenie, że gdzieś są „fajne miejsca” może dawać nadzieję, że oprócz odrobiny wiedzy przyswojonej w czasie realizacji projektu, rozbudziliśmy ciekawość otaczającym światem.

Angażowanie dziecka z upośledzeniem w stopniu lekkim w realizację projektu edukacyjnego w gimnazjum, wymaga wnikliwej analizy możliwości dziecka, współpracy z pedagogiem szkolnym i nauczycielem prowadzącym rewalidację, ale tak, jak większość metod aktywnych i aktywizujących może przynieść znakomite efekty i może być ze wszech miar polecana. Trudno tu upierać się, że udział w projekcie poszerzy znacznie wiedzę dziecka z danego przedmiotu, choć niewątpliwie możemy mówić o pewnym przyroście wiedzy, gdyż dane treści są wielokrotnie powtarzane, zatem jest szansa na ich zapamiętanie, a ich utrwalanie odbywa się przez działanie, ale są aspekty równie ważne, jeśli nie ważniejsze niż dodatkowe wiadomości. Mam na myśli umiejętności praktyczne, współdziałanie w zespole, poczucie odpowiedzialności za własną pracę, poczucie satysfakcji i własnej wartości, możliwość ocenienia własnej pracy i pracy kolegów, poczucie akceptacji. Dla dziecka upośledzonego w stopniu lekkim funkcjonowanie społeczne zaczyna się na etapie szkolnym więc

wszelka aktywność stymulująca to funkcjonowanie, w tym realizowanie obowiązkowego projektu edukacyjnego, może przynieść wymierne, pozytywne efekty.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BORZYSZKOWSKA H. *Oligofrenopegogika*, PWN, Warszawa 1985.
- [2] CIRKO P., CZEŚNIUK B. *Model pracy z uczniem z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim*, Głogów 2012.
- [3] DZIERZGOWSKA J. , *Jak uczyć metodami aktywnymi*, Poznań 2006.
- [4] KOSMOWSKA B. *Dzisiaj się bawimy. Rewalidacja indywidualna prowadzona metodą Dobrego Startu*, WSiP, Warszawa 2006.
- [5] KOSTRZEWSKI J. *Charakterystyka osób upośledzonych umysłowo [w:] Upośledzenie umysłowe – Pedagogika* (red.) KIREJCZYK K., PWN, Warszawa 1981.
- [6] KUBICZEK B. *Metody aktywizujące. Jak nauczyć ucznia uczenia się - poradnik nauczyciela*, Wydawnictwo Nowik 2007.
- [7] POMYKAŁO W. (red.) *Encyklopedia pedagogiczna*, Fundacja Innowacja, Warszawa 1997.
- [8] WYCZESANY J. *Oligofrenopegogika*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 1998.
- [9] WYCZESANY J. *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 1999.

- [10] ZAWADZKA-BARTNIK E. *Nauczyciel języków obcych i jego niepełnosprawni uczniowie*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
- [11] Jak realizować projekt edukacyjny w gimnazjum, www.ceo.org.pl/portal/projekt
- [12] MIKINA A., ZAJĄC B. *Metoda projektów*. Poradnik. www.ceo.org.pl
- [13] KOWALSKA I. *Jak aktywizować uczniów upośledzonych*, www.zss101.poznan.pl/aktywizowanie.pdf (pobrano: 24.02.2014)
- [14] WASIECZKO B. *Wybrane metody aktywizujące i ich wykorzystanie w edukacji uczniów niepełnosprawnych*, www.awans.oswiata.org.pl/publikacje/287.doc (pobrano: 05.03.2014).
- [15] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 20 sierpnia 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (Dz.U. Nr 156, poz. 1046).

Beata Malcharezyk

STYGMATYZACJA DZIECI CHORYCH NA ADHD

Streszczenie

Artykuł opisuje stygmatyzację dzieci chorujących na ADHD. Objasnia czym jest dane zaburzenie i jak jest zdiagnozowane w oparciu o klasyfikację ICD 10 i DSM IV. Wyjaśnia podstawowe pojęcia takie jak: stygmatyzacja, etykietowanie, stereotypy. Główną część stanowi opis sytuacji cierpienia dziecka wyrzuconego poza nawias społeczny, jego izolację i jak to wpływa na funkcjonowanie w grupie społecznej. Opisuje najczęściej spotykane etykiety jakimi nazywane są dzieci z zaburzeniem hiperkinetycznym. Pokazuje jak blisko jest od odrzucenia do potępienia. Ostatnią poruszaną kwestią są możliwości radzenia sobie z symptomami odrzucenia społecznego. Bardzo istotne jest zatem dostrzeganie pozytywnych stron dziecka z ADHD i definiowanie konkretnych problemów zachowań, przez udzielanie sobie odpowiedzi oraz zdefiniowanie problemu na poziomie konkretnych zachowań, co pozwala opracować strategię zmian.

Słowa kluczowe

ADHD – zespół hiperkinetyczny, stygmatyzacja, etykietowanie, stereotypy, uprzedzenie, odrzucenie, izolacja społeczna

Abstract

The article describes stigmatization of children suffering from ADHD. Firstly, it explains what the disorder is and how it is diagnosed according to ICD 10 and DSM IV classification. Also, it defines the basic concepts such as stigmatization, labeling or stereotypes. The main part includes the description of suffering of a child excluded from the social circle, their isolation and how the situation affects their functioning in the social group. Moreover, it describes the most frequently used terms the children with hyperkinetic disorder are labelled as. Then, it is shown how close it is from rejection to condemnation. Finally, the possibilities of coping with social rejection symptoms have been discussed. To conclude, it is essential to take notice of the positive aspects of an ADHD child, define specific behavior problems by providing a response and define the problem at the level of the given behavior which allows to develop the strategy for change.

Keywords

ADHD – hyperkinetic syndrome, stigmatization, labelling, stereotypes, prejudice, rejection, social isolation

Istnieje duże prawdopodobieństwo, że właśnie dziś spotkałeś chore dziecko. Być może w parku, na ulicy lub w autobusie. Czy zauważyłeś jakąś różnicę między tym dzieckiem, a sobą samym? Zapewne nie. Co byś zrobił gdybyś wiedział kogo mijasz? Czy zachowałbyś się naturalnie, tak jak zwykle, czy może odwróciłbyś wzrok, przeszedł na drugą stronę jezdni? Świat takiego dziecka jest

naznaczony lękiem, chaosem i poczuciem pustki. Targa nim smutek i paniczny strach. Ta duża wrażliwość jest swego rodzaju oczekiwaniem od społeczeństwa, akceptacji, zrozumienia i pomocy. Osoba chora może się spotkać z negatywnym odbiorem swojej „inności” (www.zdrowa.wielkopolska.vitriol.pl/pages/108/Osoba_z_diagnoza_choroby_psychicznej, pobrano: 8.03.2014). Do negatywnych postaw społecznych, wobec osób chorych zalicza się przede wszystkim: dystansowanie, dewaluację, stereotypizację, segregację. Umiejętność nawiązania odpowiedniego poziomu relacji z drugim człowiekiem i uznanie go za równego sobie bywa dla wielu osób przedmiotem trudności. Brakuje im odpowiedniego poziomu empatii. Nie potrafią otwarcie rozmawiać, o tym czego nie rozumieją i czego się obawiają. Zamiast tego utrwalone są stereotypy, wiedza potoczna pełna pejoratywnych odniesień do zaburzeń, które nabierają wyjątkowo negatywnego, odpychającego, odrzucenia, pogłębienia niechęci i stygmatyzacji. Poziom tej ignorancji może wynikać z wyższościowego nastawienia do innych, a więc braku samokrytyki i wglądu, prowadzącego do podnoszenia własnej samooceny kosztem innych osób, tych mniej ekspansywnych. Społeczeństwo nakłada kosztowne „kary” na tych, którzy odbiegają od normy. Etykieta diagnostyczna może stać się częścią procesu lekceważenia, wynikającego z przypisywania niższego statusu dzieciom cierpiącym na to zaburzenie. Zanim kogoś określimy w dany sposób i przypniemy mu daną etykietkę, musimy zastanowić się nad skutkami tego co robimy. Zamiast pielęgnować w sobie stereotypy i uprzedzenia, lepiej rozwijać postawę tolerancji i akceptacji ”in-

ności”. Człowiek wykazuje tendencję do nadbudowywania sobie reszty obrazu jednostki, na postawie jednego atrybutu. Ten mechanizm stanowi istotę i bazę dla stygmatyzacji. W każdym pokoleniu istnieją jakieś zaburzenia. Nasze pokolenie cechuje dynamiczny rytm, olbrzymia ilość bodźców, dostępność do mediów, dzieci również podlegają tym wpływom. „Wiele dzieci w okresie szkolnym zaczyna sądzić, że świat wokół nich nie jest „fair” że są bardziej pokrzywdzone przez los. Wiele dzieci czuje się bezradnych wobec sytuacji, w której się znajduje, ma niską samoocenę. Powoli się przyzwyczajają do stygmatyzacji nadawanej im przez środowisko. W tym rozumieniu środowisko jest przestrzenią, w obrębie której społeczeństwo realizuje różne formy działalności, tworząc w ten sposób warunki życia [...]” (cyt. za: Herda-Płonka, 2012, s. 11). Warto pamiętać, że takie dziecko ma za sobą już sporo niepowodzeń, porażek, krytyki, ale to dopiero początek „drogi krzyżowej” - zwiastun katastrofy. Czuje się bezradne wobec powyższej sytuacji, trudno mu się odnaleźć w realnej rzeczywistości, czuje się opuszczone przez najbliższych, ono nie ma czegoś za dużo, ma za mało zdolności wewnętrznej kontroli hamowania (...) (Wolański, Kołakowski, Skotnicka, 1999, s. 14). Pobudzenie wzrasta, gdy przebywają w grupie. Od jakiegoś czasu mamy do czynienia z nowym zjawiskiem – zataczającym coraz większe kręgi, fenomenem przemiany duchowości człowieka. Zagadnieniem tym są dzieci Indygo – Białe Tulku. Terapeutka Nancy Tappe przyjęła tezę, „że każde dziecko ma swój kolor życia”. Dzieci te charakteryzują się odmiennymi cechami osobowości, do jakich my nie jesteśmy przyzwyc-

czajeni (cyt. za: Herda, 2007, s. 58). Czują wewnętrzną prawdę, mają intuicję. Nie chcą być stygmatyzowane. Często rozmawiają z „niewidzialnymi przyjaciółmi. ”Druga nazwa tych dzieci to – Dzieci Światła, one znają swoją wartość, wiedzą kiedy są okłamywane. „Tracą wtedy zaufanie do autorytetów. Są wyobcowane, czują się wewnętrznie rozdwojone, stąd pytania: dlaczego mnie nikt nie rozumie? Ich życie jest trudne. Energia tych dzieci jest potrzebna nam w dzisiejszym świecie. Dzieci „Nowych Czasów” mogą uczynić dla naszego społeczeństwa wiele dobrego. Dziecko jest jak motyl, które przechodzi odpowiednio stada rozwoju, by w końcu przeistoczyć się z poczwaraki w motyla” (cyt. za: Herda, 2007, s. 5).

Jest to bardzo trudny proces do osiągnięcia, gdy cierpi się na **ADHD (Attention Deficity Hiperactiviti Disorder)** „zespół nadpobudliwości psychoruchowej, oznaczający stan chorobowy charakteryzujący się zaburzeniem pracy mózgu, sprawiającym, że dana osoba ma trudności z kontrolowaniem zachowania i utrzymaniem koncentracji” (Fintan O’Regan, 2005, s. 11). W dalszej konsekwencji prowadzi to do problemów związanych z przyswajaniem wiedzy, zachowaniem, kontaktami międzyludzkimi.

Klasyfikacja ADHD:

- **ICD 10** – często mówi za dużo, nie zwracając uwagę na ograniczenia społeczne,
- **DSM IV** – w tej klasyfikacji wymaga się co najmniej sześciu lub więcej objawów nadruclliwości – impulsywności, utrzymujących się przynajmniej przez sześć miesięcy.

U podłoża ADHD, leży nieprawidłowa praca połączeń między komórkami nerwowymi (połączeń neuralnych), między korą mózgową (zwłaszcza płacami czołowymi) a jądrami podkorowymi. Wiąże się to z nieprawidłowym przekazywaniem informacji, za pomocą dopaminy i neo-adrenaliny. Wyniki badań biochemicznych wskazują na obniżony poziom tych substancji u dzieci z ADHD (cyt. za: Kołakowski i inni, 2007, s. 32).

ADHD – to zjawisko jednocześnie zabawne, dramatyczne, inspirujące i destrukcyjne, a przede wszystkim małoownicze, ale nie dla samych zainteresowanych.

Podstawowe objawy:

- problem z utrzymaniem koncentracji,
- nadmierna impulsywność,
- nadpobudliwość.

Objawami kłopotów z koncentracją mogą być:

- brak zorganizowania,
- zapominalstwo,
- łatwe uleganie rozproszeniu,
- problemy z utrzymaniem koncentracji podczas pracy lub zabawy.

Objawami nadpobudliwości lub nadmiernej impulsywności mogą być:

- wiercenie się,
- problemy z zabawą w ciszy,
- przeszkadzanie innym,
- ciągły stan aktywności.

Najbardziej charakterystyczną cechą ADHD jest wyraźny brak uwagi, co może się przejawiać w rozmaity sposób u tychże dzieci:

- nierównomiernie nadpobudliwe motorycznie, czasami nazywane „yuppies” (ADS z nadpobudliwością)

lub

- pracujące niedbale, nieobecne duchem, pogrążone w swoich marzeniach, tzw. „marzyciele” (ADH bez nadpobudliwości) (Portman, 2006, s. 11).

Każde dziecko potrzebuje wiele zrozumienia, ale dziecku nadpobudliwemu jest ono szczególnie potrzebne. Same dzieci opisują swoje schorzenie w bardzo wyrazisty przejmujący sposób: „Wyobraź sobie, że świat nagle zawirował.[...] Wszystko przyśpieszyło. Zaczynasz robić rzeczy, których wcale nie chcesz robić, mówić rzeczy, których byś nigdy nie powiedział na głos. Świat bombarduje cię tysiącem bodźców, a ty przyjmujesz wszystkie, nie mogąc odróżnić, tego co istotne, od rzeczy błahych [...]. Twoja głowa jest jak odbiornik telewizyjny, w którym ktoś nieustannie zmienia kanały. Rodzina nie jest w stanie z Tobą wytrzymać, a znajomi nie akceptują Twojego niezwykłego zachowania, a więc ich liczba się systematycznie zmniejsza [...], nie kontrolujesz samego siebie, realizując każdy pomysł jaki ci wpadnie do głowy, nie zastanawiasz się nad konsekwencjami. Jednocześnie posiadasz niespożyte pokłady energii, a gdy nie możesz jej rozładować pojawia się niepokój. Męczy cię słomiany zapach, bo choć posiadasz szeroki zakres zainteresowań, to brak ci systematyczności,

rzadko doprowadzasz rozpoczętą pracę do końca. Mimo wszystko nigdy się nie poddajesz, a świat jest dla ciebie placem zabaw. Jeżeli jesteś sobie to w stanie wyobrazić – to witaj w moim świecie – ADHD” (www.lewicki-blog.onet.pl/Moje_kochane_ADHDZID380766047, pobrano: 5.03.2014. Stereotypowe spostrzeganie osób chorych, często prowadzi do zjawiska – **stygmatyzacji**, które tłumaczy się jako negatywny odbiór, pewnej grupy osób, wiążących się z przypisywaniem tejże grupie negatywnych cech, z procesem tym wiąże się oddzielenie tejże grupy od społeczeństwa, co pociąga za sobą dyskryminację i pozbawienie ich pewnych praw.

STYGMAT – określał „znak, którym piętnowano grupy wyrzucone poza nawias społeczny, odnosi się do cech spostrzeganych w określonym kręgu kulturowym, jako niepożądane i naganne, wyróżniających swoich nosicieli w sposób niekorzystny i wywołujących wobec nich reakcje potępienia społecznego” (Marshall, 2005, s. 369). Według definicji zawartej w słowniku współczesnym języka polskiego stygmat to: „znamię, piętno, znak, ktoś naznaczony stygmatem cierpienia” (Wilga, 1996, s. 1073). Ofiara stygmatyzacji odczuwa bezsilność i bezradność spowodowaną brakiem wsparcia w działaniach zmierzających do przeciwstawienia się temu procesowi. Natomiast – **STYGMATYZACJA** – to inaczej naznaczenie, a idąc głębiej jest to proces nadawania określeń w kategoriach zachowania jednostkom, czy grupom społecznym w wyniku czego przyjmuje ono nadane im cechy i zaczyna działać zgodnie z przypisanymi im etykietkami (Markowski, 2009, s. 758). Encyklopedia pedagogiczna

XXI wieku przedstawia – **STYGMATYZACJĘ** jako: piętnowanie, naznaczenie społeczne” (Śnieciński, 2006, s. 1102). Kiedy otrzymujemy komunikat, że wszystko co robimy, robimy źle, zaczynamy wierzyć, że nie mamy na to wpływu.

Ze stygmatyzacją wiąże się **ETYKIETOWANIE**, a więc przypisywanie określonych cech, negatywnej „łatki” danej osobie. Definicja **ETYKIETOWANIA** brzmi następująco: „opinia o uczniu formułowana przez nauczyciela, zwykle na podstawie pobieżnej obserwacji, opierając się na jednej dostrzeżonej cesze oraz uogólnienie jej i kształtowanie na jej podstawie nieobiektywnego obrazu ucznia” (Kupisiewicz, 2004, s. 584). Nie dziwi więc ogromny opór przed konfrontowaniem się i przyjęciem diagnozy, przez osoby dotknięte chorobą ADHD, jeżeli przypisujemy im cechy, które pochodzą ze stereotypu, a nie z wiedzy o danej osobie. Takie etykiety diagnostyczne są w swojej istocie stereotypami społecznymi: kategoriami defektów psychicznych i fizycznych. Tworzenie stereotypów jest spontaniczną, ludzką skłonnością i takiemu uproszczeniu przekazu podlegają wszelkie ludzkie wyobrażenia.

STEREOTYP – „gr. stereos – stężały, twardy, typos – odcisk” (Okoń, 2007, s. 387). Samorealizująca się przepowiednia jest zjawiskiem nieświadomym i pojawia się w sposób mimowolny. Na skutek stygmatyzacji i etykietowania od dzieciństwa osób z ADHD dochodzi do **samo-spełniających się przepowiedni** – zachodzi wtedy, „kiedy początkowo błędne przekonanie społeczne, znajduje potwierdzenie w rzeczywistości” (Macrae, Stangor, Hewsto-

ne, 1999, s. 133). Kiedy dzieci mają niejasny obraz samych siebie – są najbardziej podatne na wszelkie wpływy społeczne. Często starają się potwierdzić oczekiwania innych, gdy wchodzą w nowe sytuacje, takie jak: podjęcie nauki w szkole. Słowa określenia, etykiety – w naszym świecie mają dużą moc i kluczowe znaczenie. Słowa mogą otworzyć nowe możliwości, mogą też burzyć, zamykać, odcinać. Warto sobie uświadomić jakie skojarzenia mamy z określeniem – chore dziecko na ADHD. Jakich słów używamy, gdy o kimś takim myślimy? Może:

- rozpieszczone dzieci,
- egocentrycy i roszczeniowcy,
- samotnicy – może „koziół ofiarny” i „klasowy klaun”?
- rozrabiacy, spryciarze, manipulanci,
- głupie, leniwe, zapominalskie dzieci,
- impulsywne,
- agresywne,

a może cierpiące, potrzebujące zrozumienia, walczące? Takie i inne, czasem bardziej negatywne określenia są potocznie stosowane do nazywania dzieci z syndromem nadpobudliwości psychoruchowej.

Osoby z ADHD to duże rozpieszczone dzieci – są niepoważni i nieodpowiedzialni, napinają normy społeczne. Gdy jedno z dzieci ma ADHD, inne dzieci są najczęściej zazdrosne, że rodzice poświęcają mu więcej czasu, niż siostrze, czy bratu, że mu więcej wolno. Jedne dzieci potrzebują większego kontaktu inne stawiania granic. Wychoowanie jest rodzajem rozmowy: uważam, słucham, po-

szukuję. Dzieci z ADHD w spojrzeniu powierzchwowym, są częściej przenoszone ze szkoły do szkoły, rzeczywiście funkcjonują nieodpowiedzialnie i niedojrzale. Podejmują zachowania ryzykowne, np.: jazda bez biletu, mają częste konflikty społeczne, spóźniają się, skaczą z dużej wysokości, albo wyjeżdżają na drogę i bawią się w – „kto pierwszy stchórzy?”. Czasami robią coś po prostu, aby zobaczyć, co się stanie lub zaspokoić własną ciekawość (Munden, Arcelus, 2006, s. 24). Lata życia pod jednym dachem z dzieckiem z ADHD są tragiczne dla rodziców. Łapią się oni różnych sposobów, aby poradzić sobie z zachowaniem dziecka, które są szczególnie nieznośne, uciążliwe i irytujące. Rodzice zostają często wzywani do szkoły z powodu złego zachowania dziecka, doznają poczucia klęski, desperacji, zawodu, a w powietrzu wisi pytanie – co zrobić z takim dzieckiem?

Osoby z ADHD to egocentrycy i roszczeniowcy

EGOCENTRYZM – „sposób myślenia, postawa życiowa, charakteryzująca się skłonnością do traktowania siebie, jako najważniejszego punktu świata, do absolutnej dominacji własnego „ja”. To myślenie monologiczne – o sobie – dla siebie” (Pilch, 2003, s. 1006). Wynika to z braku zrozumienia objawów, przede wszystkim z ciągłych napięć i lęku, a także z konieczności ciągłego kontrolowania swojego zachowania (boję się tego co jest we mnie, boję się tego co mogę zrobić, boję się jak inni na mnie zareagują). U dzieci nadpobudliwych ruchowo, zauważa się często egocentryzm uczuciowy, nieumiejętność podporządkowania się wymaganiom życia społecznego,

nieobowiązkowość, nieodpowiedzialność i brak wytrwałości dążenia do określonego celu (Herda, 2007, s. 8). Egocentryk nie liczy się z innymi bo ich nie dostrzega, chyba, że inni mogą być jego narzędziem do osiągnięcia jakiś celów.

ROSZCZENIOWCY – „postawa roszczeniowa wynika z ciągłej deprivacji potrzeb, przewlekłych doświadczeń przemocowych, poważnych trudności społecznych. Dzieci te muszą pogodzić się z ograniczeniami wynikającymi ze schorzenia. Gdy coś jest dla nich nieosiągalne, w bezradności pojawia się roszczenie” (www.miedzyludzmi.pl/images/stories/ADHD/materialy_po_konferencji(stygmatyzacja_spolczna_osob_z-ADHD.pdf, pobrano: 20.02.2014). Dziecko roszczeniowe to takie, które do końca wykorzysta to co mu wolno, a mimo to będzie chciało jeszcze więcej.

Osoby z ADHD to samotnicy, „kozły ofiarne” lub „klasowe klauny”

IZOLACJĘ SPOŁECZNĄ – można określić jako tworzącą się w społeczeństwie, realizowaną i wykonywaną przez społeczeństwo: odosobnienie, odrzucenie, czy też niedopuszczenie, do zetknięcia mniejszej grupy społecznej, w stosunku do ogółu obywateli. Bywa tak, że uczeń z ADHD wchodzi w rolę – „kozła ofiarnego”, za wszelkie problemy, które pojawiają się w klasie – to on jest obarczany winą. Wtedy odsuwa się od ogółu. Samotność to bolesna świadomość, że brak nam znaczących kontaktów z innymi ludźmi.

SAMOTNOŚĆ – należy rozumieć jako „sytuację charakteryzującą się osłabieniem lub brakiem więzi z innym człowiekiem” (Śnieciński, 2006, s. 652). Dzieci są samotne ponieważ budują mur – zamiast mostu, co jest powodem ich zaszufadkowania. Uczniowie z ADHD mogą początkowo wydawać się bardzo zabawni, ale obecność takiego „klasowego klauna” szybko się wszystkim nudzi, a ciągle przeszkadzanie w lekcji, zaczyna irytować. Może to w efekcie prowadzić do odizolowania takiego dziecka od grupy rówieśniczej (Fintan O’Regan, 2005, s. 57). Trudno im zaakceptować to czego nie potrafią zmienić.

SAMOTNOŚĆ – to największy problem towarzyszący ludzkiej egzystencji. Człowiek samotny odczuwa brak bezpieczeństwa, nie jest pewny jutra, żyje w stanie niepokoju. Samotność zaczyna się wówczas gdy uświadomiamy sobie fakt, że więzi uczuciowe między nami a otoczeniem, zostały zerwane lub uległy osłabieniu (Klinik, Rottermund, Gajdzica, 2005, s. 109). Wpływa to destrukcyjnie na osobowość. Może zaburzyć funkcjonowanie osobiste i interpersonalne. W jednostce powstaje przekonanie, że nie obchodzi nikogo jej istnienie, otoczenie jest obojętne. Blokują się wtedy na kontakty. Dochodzi do osamotnienia. Następuje w tym okresie wyraźne osłabienie więzi emocjonalnych z rodzicami i jednocześnie zwiększa się izolacja w klasach szkolnych.

Dzieci z ADHD to rozrabiacy, spryciarze i manipulanci

Zwykle dzieci z ADHD są nadzwyczaj aktywne, są trudnymi dziećmi, które dużo płaczą i nie śpią dobrze. Czasami rodzice mówią, że trudno było polubić dziecko bo

kontakt fizyczny nie sprawiał mu przyjemności (Munden, Arcelus, 2006, s. 22). Wszędzie pełno tych dzieci, są niegrzeczni, oporni, złośliwi. Są to dzieci, które da się opanować, tylko trzeba znaleźć klucz do ich wyobraźni. „Natomiast w krajach Trzeciego Świata nie występuje zjawisko hiperaktywności, podobnie jak i w tej części cywilizowanego świata, gdzie w procesie wychowania kładzie się nacisk na zahamowanie aktywności ruchowej dziecka” (cyt. za: Herda, 2007, s. 9). Aktywność ruchowa dziecka jest niezbędnym elementem prawidłowego rozwoju. Nie wolno hamować aktywności ruchowej dziecka. Nie wolno ich wychowywać sprzecznie z ich wolą. Dziecko z zaburzeniami koncentracji uwagi, wykazuje większy spryt niż normalne dzieci. Wykorzystuje kłótnie między rodzicami dla własnych korzyści. Próbuje manipulować innymi ludźmi. Doświadcza coraz większej trudności w świecie zewnętrznym, w którym jego działania nie są tolerowane. Dziecko snuje własną intrygę, zamiast załatwić coś wprost z rówieśnikami, w której nierzadko samo się gubi. Intryganci zazwyczaj nie potrafią bez knucia, donoszenia, podjudzania. Na każdym kroku będą szukać „dziury w całym”. Podczas, gdy etykiety łagodne oznaczają jedynie przynależność do danej kategorii, określenia obraźliwe zawierają w sobie przedsmak samego stereotypu. Staje się to oczywiste, gdy uświadomimy sobie, że poniżające etykiety nie odnoszą się zazwyczaj do wszystkich członków danej kategorii społecznej, lecz przede wszystkim do tych, którzy pasują do konkretnego stereotypowego profilu. (Macreaec, Stangor, Hewstone, 1999, s. 21).

Osoby z ADHD są głupie, leniwe, zapominalskie

Większość osób z ADHD, funkcjonuje poniżej swoich możliwości intelektualnych i nie wykorzystuje swojego potencjału twórczego. Dzieci z przewagą koncentracji uwagi sprawiają wrażenie nieobecnych. Występują u nich problemy zdrowotne, związane z częstym uczuciem wyczerpania, wahaniami nastroju. Niejednokrotnie mają problemy w nauce. Warto skupić się wtedy nie na przymusie nauki, tylko na rozwijaniu indywidualnych zdolności. Trudności sprawiają im kwestie prozaiczne dla ludzi zdrowych, jak chociażby: słuchanie lekcji, czytanie książki, rozmowa, zbyt szybko gubią wątek. Często takim osobą przykleja się etykietkę – lenia, spóźnialskiego, zapominalskiego, czy osoby niezdyscyplinowanej. Nieobce są im problemy z gubieniem przyborów szkolnych, czy brakiem zorganizowania. Hałas i ruch wokół nich łatwo je rozprasza, skupiają się na nowym najsilniejszym bodźcu, dlatego nie doprowadzają rozpoczętych zadań do końca. Niepowodzenia, brak sukcesów w nauce, obniżają wiarę we własne siły, osłabiają motywację do nauki i często wywołują dezorganizację wyższych form sterowania zachowaniem (Kaja, 1998, s. 9). Podkreśla się niemal z naciskiem, że dzieci z ADHD nie są złośliwe, ani głupie. Czasami twierdzi się, że jakoby ADHD było oznaką wybitnych zdolności. Czasami szkoła stygmatyzuje, odrzuca, dezintegruje, ma charakter wyłączający, nauczyciele muszą opierać swoją pracę na kreowaniu w grupie rywalizacji i dążeniu do sukcesu za wszelką cenę.

Osoby z ADHD są impulsywne

To zachowanie wynika z niskiej tolerancji stresu. W stresie reagują gwałtownie, dochodzi do niezaplanowanych reakcji, niezależnie od negatywnych konsekwencji dziecko nie ma już czasu na jakąkolwiek refleksję. Może ona powodować duże szkody, ponieważ rezultatów impulsywności nie można odwrócić. Pozostaje poczucie winy, porażki, stany depresyjne. Dzieci mają stan, wewnętrznego napięcia i niepokoju. Są niecierpliwe, zacięcie bronią swojego zdania. Do tego przychodzą problemy z przyjmowaniem krytyki. Impulsywność może być atutem przy podejmowaniu konstruktywnych i skutecznych działań krótkoterminowych. Dzieci z ADHD wymagają wzmożonej aktywności ruchowej, co pozwala im dobrze ukierunkować symptomy zaburzenia.

Osoby z ADHD są agresywne

AGRESJA – „dziecko może być agresywne w stosunku do rodziców i ludzi okazujących mu uczucie. Gdy bardzo potrzebuje miłości – to przeżywa szok niepewności”. (Pomykało, 1993, s. 8). Może to się przejawiać w postaci: napastliwego tonu, obrzucania obelgami i wypowiedaniem wulgaryzmów. Wypowiedzi te poniżają odbiorcę, ranią i poniżają. W warunkach niedojrzałych, prześmiewczych, czy prowokacyjnych postaw społecznych o zachowanie agresywne nietrudno. Niewielka tolerancja frustracji prowadzi do drażliwości, łatwego wpadania w gniew. Przyczyną zachowań agresywnych są nieprzyjemne sytuacje i sytuacje frustracyjne, które muszą przeżywać gdy są stygmatyzowane. „Za **agresywne** – uznaje się dziecko, które

wywołuje konflikty, bije inne dzieci, czy skarży się na nie, przedrzeźnia lub wyśmiewa, niszczy lub uszkadza przedmioty, męczy zwierzęta” (cyt. za: Dąbrowska, Rozesłaniec, 2004, s. 21). Przeciwdziałając agresji, należy ustalić, które potrzeby uległy blokadzie. Czasami zachowania agresywne są naturalną reakcją młodego, zdrowego człowieka na nienormalność społeczną i edukacyjną.

Główną przyczyną **stygmatyzowania** dzieci chorych na ADHD tkwi w tym, że postrzegamy te dzieci stereotypowo, widzimy tylko negatywne cechy, etykietujemy. Zamiast pomóc – szkodzimy. Wiele lat upłynęło od momentu, w którym człowiek zdał sobie sprawę z faktu, że jednostki słabe nie powinny być skazane na zagładę, ale należy się nimi opiekować (Baranowska, 2007, s. 9). Gdy zaatakuje choroba, społeczeństwo spieszy z ogromnym zasobem gotowych znaczeń i ocen. Kontakt z osobami chorymi wystawia na próbę naszą cierpliwość, tolerancję do innego pojmowania i przeżywania świata, zdolność do okazywania współczucia. W efekcie boimy się tych dzieci czujemy się nieswojo. Nie wiemy jak się zachować. Jesteśmy nadmiernie ostrożni, delikatni, co hamuje spontaniczność, a w najgorszym przypadku unikamy kontaktu, a tym samym odrzucamy te dzieci. Takie postawy utrudniają powrót do zdrowia, a także sprawiają, że z lęku przed stygmatyzacją, nie zgłaszają się po pomoc do specjalisty (www.zdrowawielkopolska.vitriol.pl/pages/87/Choroby_i_zaburzenia_psychiczne, pobrano: 28.02.2014). Postrzeganie zależności i stygmatów w stosunkach międzyludzkich, zakłada, że osoby do których odnosi się te określenia, odbiegają od jakichś standardów przyjętych w społeczeń-

stwie (Gajdzica, 2009, s. 20). Należy pamiętać, jak zmienił się styl ewolucyjnych i biologicznych wyjaśnień, na to tym samym cechy mniej lub bardziej pożądane w społeczeństwie. Styl życia chorych na ADHD, byłby przydatny w społeczeństwie ludzi – „myśliwych” którzy na polowaniu nie mieli czasu zastanawiać się, nad grożącym im niebezpieczeństwem, czy pozwolić sobie na przeoczenie istotnego szczegółu, dlatego zaszufładowanie tych dzieci w jakikolwiek sposób jest żenujące i upokarzające. Tłumaczenie nasilenia występowania zespołu hiperkinetycznego, łączy się z przekazywaniem w drodze genetycznej. „Kolonizatorzy” – którzy wyruszali na podbój nowo odkrytych ziem, często byli osobami, które nie potrafiły usiedzieć na miejscu, potrzebowały nowych doświadczeń, stymulacji. Takie też są dzieci z ADHD, zaszufładowane jako – rozrabiacy. ADHD – może być tragedią – niweczy plany, marzenia, ambicje. Jeżeli dziecko jest napiętnowane lub spotyka się z uprzedzeniem, staje się nieszczęśliwe, przygnębione, zmienia styl zachowania (Munden, Arcelus, 2006, s. 37). Staje się odizolowane przez społeczeństwo, czuje się osamotnione – (samotnik, „kozioł ofiarny”, „klasowy klaun”). Na świat będzie przychodziło coraz to więcej dzieci charakteryzujących się specyficznymi cechami umysłu i charakteru. Posiadających silne przeświadczenie o własnym posłannictwie, że znalazły się na Ziemi nieprzypadkowo, mają do wykonania konkretne zadanie, misję (Herda, 2007, s. 105). Rodzi się nowa generacja ludzi, którzy posiadają inteligencję duchową i głęboko patrzące mądre oczy. Wykazują tendencję do myślenia abstrakcyjnego, posiadają dobrze rozwiniętą intuicję, em-

patię. Wśród tych dzieci znajdują się na pewno przyszli wybitni ludzie. Trzeba im dać różne możliwości wyboru, nie manipulować nimi, nie stygmatyzować, nie wzbudzać wyrzutów sumienia, obdarzyć bezwarunkową miłością. Osoby z ADHD potrafią często zarażać innych swoją osobowością, pracować bez przerwy przez bardzo długi okres czasu, podejmować szybkie i trudne decyzje. Cechuje ich kreatywność i mnogość pomysłów. Mają wizjonerskie wyobrażenia, wymyślają kreatywne rozwiązania, czy śmiałe plany. Jednak szybko w obliczu niepowodzenia lub etykietowania tracą nadzieję. Każdy sposób radzenia sobie, który okazuje się pomocny w funkcjonowaniu społecznym osób z ADHD – to cecha na wagę złota. Zespół hiperkinetyczny u tych dzieci nie musi się tylko wiązać z negatywnymi konsekwencjami – stygmatyzacją – wykluczeniem ze społeczeństwa. Trzeba tym dzieciom pomóc, odbudować obraz samego siebie. Podać sposoby lepszej organizacji, kontroli, organizować wsparcie z zewnątrz. To ostatnie okazuje się ważne, ze względu na częste doświadczenie przez te dzieci odrzucenia w szkole przez kolegów. Następnie bardzo ważnym elementem całego procesu jest przywrócenie nadziei, że zaistniałym problemem, można sobie poradzić. „Stereotypy, które tu przedstawiłam, są najbardziej zaraźliwe wśród osób, które nie mają wystarczającej wiedzy o tej chorobie” (www.zdrowawielkopolska.vitriol.pl/pages/108/Osoba_z_diagnoza_choroby_psychicznej, pobrano: 8.03.2014). Te dzieci nie chcą być obywatelami „drugiej kategorii”, natomiast piętno polega – w sferze psychiki – na swoistym przeżywaniu obecności osoby stygmatyzowanej i prowadzi

do określonych zjawisk w ramach danego kontaktu społecznego (Gajdzica, 2009, s. 21). Nie uważam, aby wartościowe było walczenie ze stygmatyzacją, tylko po to aby społeczeństwo ją zaakceptowało i przez to, aby mieli prawo do bycia – „chorym”. Te dzieci nie chcą walczyć o swoje prawa (jako chorego), tylko o możliwość wyzdrowienia i włączenia się do społeczeństwa zdrowych. Kiedy w danej kulturze traktuje się określoną chorobę ze współczuciem i światłym zrozumieniem, staje się ona wyzwaniem, sytuacją kryzysową i zarazem szansą naprawy. Kiedy o schorzeniu myśli się pozytywnie, a choremu dziecku daje się wsparcie, wtedy szanse na wyleczenie są większe. Wówczas osobie, której udziałem stało się schorzenie, może w tym procesie rozwinąć się i wzbogacić.

BIBLIOGRAFIA:

- [1] BARANOWSKA W., (2007), ADHD – prawie normalne życie, Łódź.
- [2] DĄBROWSKA M., ROZESŁANIEC M., (2004), Korygowanie zaburzeń zachowania dzieci nadpobudliwych, Toruń.
- [3] FINTAN O'REGAN J., (2005), ADHD (Metody psychologiczne i pedagogiczne, pomocy wspomagającej rozwój dzieci), Warszawa.
- [4] GAJDZICA Z., (2009), Człowiek z niepełnosprawnością w przestrzeni społecznej, Kraków.
- [5] HERDA K., (2007), O dzieciach Indygo, czyli ADHD bez tajemnic, Kielce.

- [6] HERDA-PŁONKA K., (2012), Środowisko rodzinne i szkolne wobec zespołu ADHD u dzieci w młodszym wieku szkolnym, Kraków.
- [7] KAJA B., (1998), Zarys terapii dziecka, Bydgoszcz.
- [8] KLINIK A., ROTTERMUND J., GAJDZICA Z., (2005), Edukacja – socjalizacja - autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej, Kraków.
- [9] KOŁAKOWSKI A., WOLAŃCZYK T., PISULA A. i inni, (2007), ADHD – nadpobudliwość psychoruchowa. Przewodnik dla rodziców i wychowawców, Gdańsk.
- [10] MACRAE C.N., STANGOR CH., HEWSTONE M., (1999), Stereotypy i uprzedzenia, Gdańsk.
- [11] MUNDEN A., ARCELUS J., (2006), ADHD - nadpobudliwość ruchowa – Poradnik dla rodziców, nauczycieli, lekarzy i terapeutów, Warszawa.
- [12] PORTMAN R., (2006), ADHD - nadpobudliwość psychoruchowa - Istota zagadnienia, Kielce.
- [13] WOLAŃSKI T., KOŁAKOWSKA A., SKOTNICKA M., (1999), Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci, Lublin.
- [14] KUPISIEWICZ M., Słownik Pedagogiki Specjalnej, Wyd. PWN, Warszawa, 2013, s. 584.
- [15] KUPISIEWICZ M., Słownik Pedagogiki Specjalnej, Wyd. PWN, Warszawa, 2013, s. 107.
- [16] MARKOWSKI A., Słownik współczesnej polszczyzny, Wyd. PWN, Warszawa, 2009, s. 758.
- [17] MARSHALL G., Słownik Socjologii i Nauk Społecznych, Wyd. PWN Warszawa, 2005, s. 369.

- [18] OKOŃ W., Nowy Słownik Pedagogiczny, Wyd. Żak, Warszawa, 2007, s. 387.
- [19] PILCH T., Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku, t. 1, Wyd. Żak, Warszawa, 2003, s. 1006.
- [20] POMYKAŁO W., Encyklopedia Pedagogiczna, Wyd. Fundacja - Innowacja, Warszawa, 1993, s. 8.
- [21] ŚNIECIŃSKI J., Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku, Wyd. Żak, Warszawa, 2006, s. 1102.
- [22] ŚNIECIŃSKI J., Encyklopedia Pedagogiczna XXI, t. 5, Wyd. Fundacja – Innowacja, Warszawa, 2007, s. 652.
- [23] WILGA W., Słownik Współczesny języka polskiego, Wyd. PWN, Warszawa, 1996, s. 1073.
- [24] www.lewicki-blog.onet.pl/Moje_kochane_ADHDZID380766047, (pobrano: 05.03.2014).
- [25] [www.miedzyludzmi.pl/images/stories/ADHD/materialy_po_konferencji\(stygmatyzacja_spooleczna_osob_z-ADHD.pdf](http://www.miedzyludzmi.pl/images/stories/ADHD/materialy_po_konferencji(stygmatyzacja_spooleczna_osob_z-ADHD.pdf) , (pobrano: 20.02.2014).
- [26] www.zdrowawielkopolska.vitriol.pl/pages/108/Osoba_z_diagnoza_choroby_psychicznej, (pobrano: 08.03.2014).
- [27] www.zdrowawielkopolska.vitriol.pl/pages/87/Choroby_i_zaburzenia_psychiczne, (pobrano: 28.02.2014)

Katarzyna Kostka

PRZYGOTOWANIE UCZNIĄ NIEPEŁNOSPRAW- NEGO W STOPNIU LEKKIM DO SPRAWDZIANU PO KLASIE SZÓSTEJ Z JĘZYKA ANGIELSKIEGO

Streszczenie

Przedmiotowy artykuł dotyczy przygotowania ucznia z upośledzeniem w stopniu lekkim do sprawdzianu po klasie szóstej z języka angielskiego. Została tutaj opisana specyfika ucznia z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, jego mocne i słabe strony. Następnie, opisane zostały metody, które można zastosować w pracy z uczniem upośledzonym. Podkreślone zostały elementy, które mogą być wykorzystywane do lepszego i pełniejszego przygotowania uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim do sprawdzianu po klasie szóstej z języka angielskiego, ze zwróceniem szczególnej uwagi na to, jakie deficyty dana metoda pomaga niwelować lub jakie mocne strony ucznia stymuluje. W dalszej części przedstawiona została forma sprawdzianu po klasie szóstej z języka angielskiego dla osób z upośledzeniem w stopniu lekkim i jej wpływ na pracę z uczniem niepełnosprawnym intelektualnie. Artykuł kończy podsumowanie, w którym przedstawiono warunki, które należy spełnić, by wyżej wymienione działania miały szansę powodzenia oraz, by ułatwić uczniom niepełnosprawnym edukację i rozwój.

Słowa kluczowe

uczeń niepełnosprawny umysłowo w stopniu lekkim, sprawdzian po klasie szóstej z języka angielskiego, metody nauczania języków obcych

Abstract

In this paper, the issue of preparing a disabled student for primary school leaving English exam is raised. Firstly, the paper presents key features of students with mild intellectual disability. Secondly, some popular teaching methods and their possible contribution to effective teaching to the mentally disabled are discussed. Next, the paper shows the form of the primary school leaving English exam for the students with mild intellectual disability. Its impact on the way the teacher should work with the students is also analysed. The paper finishes with a short summary enumerating conditions which have to be fulfilled to make intellectually disabled students' learning easier and more effective.

Keywords

a pupil with mild intellectual disability, primary school leaving exam, teaching methods

W obecnych czasach, kiedy integracja uczniów niepełnosprawnych intelektualnie stała się tak powszechna, nauczyciele języków obcych stają przed wielkim wyzwaniem. Nauczyciel musi bowiem stworzyć warunki odpowiednie do nauki zarówno dla uczniów z normą intelektualną, jak również tych o obniżonej sprawności intelektualnej. Jak

pisał Edmund Semil na łamach „Neurofilologa”, należy pamiętać o tym, że „jako nauczyciele języka obcego musimy dany nam do rozporządzenia czas tak wyzyskać, aby dla każdej poszczególnej jednostki wynik był jak najlepszy” (1930, s. 161, za: Harbig, 2011, s. 21).

Choć głównym celem nauczania języków obcych jest rozwijanie kompetencji językowo-komunikacyjnych oraz umiejętności interakcji z innymi ludźmi poprzez poznanie języka obcego oraz poznanie i otwarcie się na inne kultury, należy pamiętać również o tym, że uczniowie muszą zostać przygotowani do napisania egzaminów zewnętrznych.

Niniejszy artykuł dotyczy przygotowania ucznia z upośledzeniem w stopniu lekkim do sprawdzianu po klasie szóstej z języka angielskiego. Jest to niezwykle ważne zagadnienie, gdyż, zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007, w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych*, przystąpienie do sprawdzianu po klasie szóstej warunkuje ukończenie szkoły podstawowej, a od roku szkolnego 2014/2015 uczniowie kończący szkołę podstawową będą musieli przystąpić zarówno do sprawdzianu z j. polskiego i matematyki, jak również z języka obcego. Ponadto, pomimo wszelkich deficytów i zaburzeń utrudniających rozwój i edukację, uczniowie z upośledzeniem w stopniu lekkim muszą opanować tę samą podstawę programową kształcenia ogólnego, co uczniowie z normą intelektualną, a także podlegają tym samym zasadom oceniania zarówno bieżą-

cego, jak i zewnętrznemu systemowi oceniania na egzaminach (Rozporządzenie MEN, 2007).

Należy pamiętać, że „uczeń z niepełnosprawnością to uczeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych, ale jak wszyscy posiadający swoje mocne strony, możliwości rozwoju, a przede wszystkim prawo do kształcenia w środowisku, w którym żyje” (Karpińska-Szaj, 2011, s. 68). Niestety proces nauczania ucznia z niepełnosprawnością w stopniu lekkim jest żmudny, a efekty nierzadko okazują się niezadawalające. Jednakże, przyjmując odpowiednią postawę oraz będąc otwartym na podjęcie ogromnego wysiłku, można pomóc mu osiągnąć sukces. W pierwszej kolejności należy jednak dobrze poznać tego ucznia – jego mocne i słabe strony oraz charakter jego niepełnosprawności.

Charakterystyka ucznia z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim

Uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną są również określane mianem osób z upośledzeniem umysłowym. Reprezentują oni najliczniejszą grupę dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Polsce (Jurkiewicz, Rola, 2010). Obecnie wyróżnia się cztery stopnie upośledzenia umysłowego: lekki, umiarkowany, znaczny i głęboki. Jak podkreślają Jurkiewicz i Rola „osoby z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim mają zróżnicowany potencjał rozwojowy. Jest to zaburzenie o charakterze globalnym (wszystkie funkcje i procesy psychiczne odbiegają od normy), dlatego ich trudności w uczeniu się wynikają z zaburzeń: spostrzegania, uwagi, pamięci, myślenia, mo-

wy, sprawności motorycznych, ale także procesów emocjonalnych, motywacyjnych, adaptacji społecznej. Spostrzeganie uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim jest niedokładne, wybiórcze, węższe zakresowo, występują zaburzenia analizy i syntezy spostrzeżeń” (2010, s. 138).

W związku z powyższym u uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim możemy obserwować problemy z koncentracją – potrafią skupić uwagę jedynie na krótki czas, jest ona niepodzielna i przesadnie odwracalna. Istotne jest również to, że myślenie osób z niepełnosprawnością intelektualną znajduje się na niższym poziomie rozwoju i ma charakter myślenia konkretno-obrazowego (Jurkiewicz, Rola, 2010). Dlatego też, dużą trudność sprawiają im zadania, których wykonanie wymaga kierowania uwagi na kilka czynności jednocześnie.

Kolejną sferą, w której obserwujemy zaburzenia u uczniów z upośledzeniem jest pamięć. Znacznie jest tutaj obniżona pamięć logiczna, dlatego uczniowie ci mają problem z odpytywaniem wyrywkowym, zrozumieniem pojęć i reguł, których wyuczyły się mechanicznie, a także utrwaleniem poznanych informacji.

Problemy u dzieci z niepełnosprawnością w stopniu lekkim bardzo często są widoczne również w rozwoju mowy. Ogromny, negatywny wpływ na opanowanie języka obcego ma również to, że mogą się pojawić problemy ze zrozumieniem znaczenia wypowiedzi innych osób oraz samodzielnym, twórczym budowaniu własnych wypowiedzi. Ponadto, trudności mogą potęgować często występu-

jące wady wymowy. Czynnikiem działającym na korzyść uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim jest dobra pamięć mechaniczna, która ułatwia opanowanie szerokiego zasobu słownictwa.

Uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim mają dobrze rozwinięte myślenie konkretno-obrazowe. Kolejne ograniczenia pojawiają się jednak w myśleniu abstrakcyjnym i słowno-pojęciowym. Mają oni problemy z tworzeniem pojęć, uogólnianiem, myśleniem przyczynowo-skutkowym czy wyciąganiem wniosków (Jurkiewicz, Rola, 2010).

Powyższe ograniczenia i zaburzenia prowadzą do wielu utrudnień w procesie nauczania i uczenia się, z których najbardziej istotne dla języka obcego są:

- wolniejsze niż przeciętne tempo pracy,
- trudności z mówieniem i pisanem,
- trudności z czytaniem i słuchaniem ze zrozumieniem,
- problemy ze zrozumieniem definicji, reguł i zasad,
- problemy z wykorzystywaniem poznanych informacji i powiązywaniem ich z nowymi wiadomościami,
- trudności z zastosowaniem wiedzy w praktyce,
- mała samodzielność w wykonywaniu zadań,
- impulsywność, agresja,
- niska motywacja (Jurkiewicz, Rola, 2010).

Przedstawione powyżej ograniczenia i trudności nie przejawiają się tak samo u każdego ucznia, ponieważ kilka procesów może być zaburzonych jednocześnie w różnym

natężeniu. Sprawia to, że każdy z uczniów z niepełnosprawnością intelektualną jest niepowtarzalny, a jego funkcjonowanie w szkole zależy od indywidualnych cech. Dlatego rolą nauczyciela jest wnikliwie obserwować uczniów i odpowiadać na ich potrzeby poprzez dostosowywanie pracy do ich indywidualnych możliwości. Ponadto, jak zauważa Burzyńska:

rozwój dzieci z niepełnosprawnością intelektualną ma podobną strukturę i przechodzi przez poszczególne stadia w takiej samej kolejności, jak u dzieci w normie intelektualnej. W takiej sytuacji można twierdzić, że zarówno dzieci o obniżonym, jak i te o przeciętnym poziomie inteligencji mają te same potrzeby rozwojowe i edukacyjne. Ich spełnienie związane jest ze stworzeniem uczniom warunków, w których mogą doświadczyć bezpieczeństwa, akceptacji, wsparcia, uznania oraz autonomii, umożliwiające im podejmowanie decyzji, gromadzenie pozytywnych doświadczeń i budowanie relacji międzyludzkich (2011, s. 138).

Aby to osiągnąć należy dokładnie przemyśleć, w jaki sposób można dostosować formy i metody pracy, aby były jak najbardziej dostosowane do potrzeb uczniów i nie skupiały się jedynie na ich deficytach, ale na ich mocnych stronach i cechach, które umożliwiają integrację z uczniami z normą intelektualną oraz dają gwarancję systematycznego postępu.

Wybór odpowiedniej metody nauczania

Znając specyfikę uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, ich mocne i słabe strony należy się zastanowić, jakie metody powinno się zastosować w pracy z nimi. Z jednej strony praca z uczniem niepełnosprawnym intelektualnie wymaga od nauczyciela indywidualnego podejścia i dostosowywania zajęć do jego potrzeb, z drugiej jednak sprowadza się do ciągłego korzystania z tych samych materiałów i nauczania tego samego słownictwa, struktur gramatycznych oraz komunikacyjnych. Aby uniknąć rutyny i dążyć do rozwoju, zarówno umiejętności ucznia, jak i nauczyciela, należy w swojej praktyce stosować nauczanie refleksyjne. Jak zauważają Nunan i Lamb „refleksyjni nauczyciele to ci, którzy potrafią monitorować, krytykować oraz bronić swoich poczynań na etapie planowania, wprowadzania i ewaluacji programu językowego” (1996, s. 120, tłum. autora). Dzięki takiemu podejściu nauczyciel unika popełniania wielokrotnie tych samych błędów, a tym samym dąży do zapewnienia sukcesu zarówno uczniów z normą intelektualną, jak i uczniów z niepełnosprawnością. Nauczanie refleksyjne daje nauczycielowi nowe spojrzenie na jego poczynania i zachowanie w klasie. Weryfikuje również zdobytą wiedzę. Dzięki takiemu podejściu, wzrasta świadomość nauczyciela, a także rozwija się jego pozytywny stosunek do uczniów i chęć pomocy w eliminowaniu ich trudności i ograniczeń.

Nauczanie refleksyjne prowadzi do eklektycznego podejścia do nauczania – do wyboru ze znanych metod nauczania tych elementów, które pozwalają wybrać dla każ-

dego ucznia to, czego on aktualnie potrzebuje i wykorzystać jego potencjał jak najlepiej. Dlatego, w tym miejscu chciałabym przedstawić krótko metody nauczania języków obcych, których elementy mogą być wykorzystywane do lepszego i pełniejszego przygotowania uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim do sprawdzianu po klasie szóstej z języka angielskiego, ze zwróceniem szczególnej uwagi na to, jakie deficyty dana metoda pomaga niwelować lub jakie mocne strony ucznia stymuluje.

Metody nauczania dzielimy na dwie grupy: konwencjonalne i niekonwencjonalne. Pierwsza z nich określana jest również mianem metod tradycyjnych i należą do niej: metoda bezpośrednia, gramatyczno-tłumaczeniowa, audio-lingwalna i kognitywna.

Metoda bezpośrednia – konwersacyjna, zakłada prowadzenie całego procesu nauczania w języku docelowym. Zarówno język używany w klasie, jak i zadania rozwijające czytanie ze zrozumieniem i pisanie powinny być użyteczne w życiu codziennym, a najistotniejsza jest biegłość językowa. Aby uniknąć zahamowania uczniów i niechęci do używania języka, błędy uczniów nie są korygowane. Czytanie ze zrozumieniem i pisanie są wprowadzane dopiero po osiągnięciu przez ucznia odpowiedniej biegłości. Metoda ta inspirowana jest sposobem, w jaki języka ojczystego uczą się dzieci. Dlatego kładzie ona nacisk na wymianę jak największej ilości naturalnych zdań pomiędzy nauczycielem i uczniem oraz rozwój umiejętności komunikacyjnych. Nowe zagadnienia przedstawiane są indukcyjnie i zawsze w określonym kontekście. Nowe słownic-

two jest wprowadzane z użyciem kart obrazkowych, przedmiotów używanych w życiu codziennym i przez pokazywanie – demonstracje (Brown, 1994).

W szkole podstawowej, gdzie liczba zajęć wynosi trzy godziny w tygodniu, możliwe jest wykorzystanie jedynie drobnych elementów w pojedynczych zadaniach, na przykład ćwicząc poznany i utrwalony materiał. Można starać się wtedy wzmocnić motywację uczniów z upośledzeniem w stopniu lekkim, gdyż w trakcie nauki korzysta się z atrakcyjnych pomocy, a także odnosi się do konkretnych sytuacji i doświadczenia ucznia niepełnosprawnego, wskazuje na praktyczną stronę uczenia się języka angielskiego, pokazuje, że język jest potrzebny i użyteczny. Dzięki temu, że błędy nie są korygowane, nie wzmagamy negatywnych doświadczeń uczniów, którzy z powodu dużych trudności w nauce często są poddawani krytyce i korektom. W tej metodzie niezwykle ważne jest pochylenie się nad każdym uczniem z osobna, co wzmacnia poczucie wartości ucznia niepełnosprawnego, który staje się centrum zainteresowania nauczyciela w danej chwili. Warunkiem skuteczności tej metody jest jednak użycie jej w odpowiedni sposób – nie na samym początku procesu nauczania, a na późniejszych jego etapach, gdy uczniowie mają już jakiś zasób środków, na których mogą bazować. Ponadto, nauczyciel musi być bardzo dobrze do tego rodzaju zajęć czy ćwiczeń przygotowany – musi on równocześnie skupić się na rozwijaniu umiejętności komunikacyjnych uczniów, czuć nad poprawnością ich wymowy, zachęcać uczniów do zaangażowania. Musi on również wykazać się cierpliwością, zaangażowaniem i empatią.

Metoda gramatyczno-tłumaczeniowa „za podstawowy cel nauki uznaje takie opanowanie systemu gramatycznego i słownictwa języka obcego, które umożliwi samodzielne czytanie i rozumienie tekstów” (Komorowska, 2002). Aby go osiągnąć, uczniowie ćwiczą czytanie, tłumaczenie tekstów, poznają obszerne reguły gramatyczne oraz słownictwo, które jest wprowadzane w formie listy słówek pozbawionych kontekstu. Jak wspomniano wyżej, uczniowie z upośledzeniem w stopniu lekkim mają trudności ze zrozumieniem reguł gramatycznych i czytaniem ze zrozumieniem. Dlatego, bazowanie tylko na zadaniach proponowanych w metodzie gramatyczno-tłumaczeniowej doprowadziłoby do spotęgowania negatywnych doświadczeń oraz poczucia, że dany uczeń jest gorszy i skazany na porażkę. Z tego powodu powinno się ograniczać stosowanie tej metody w pracy z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie.

Metoda audiolingwalna zawiera wiele elementów przydatnych w pracy z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu lekkim. Zakłada ona nauczanie czterech sprawności językowych, w kolejności od słuchania i mówienia do czytania i pisania. Jest ona ściśle związana z behawioryzmem, gdyż postrzega opanowanie języka, jako wykształcenie nawyków – trwałych związków między bodźcem a reakcją (Komorowska, 2002). Co za tym idzie, metoda ta stosuje naśladowanie, dryle językowe, wielokrotne powtarzanie i utrwalanie materiału, aż do momentu, w którym uczeń jest w stanie bezrefleksyjnie i mechanicznie reagować w danych sytuacjach. Ponadto, struktury są nauczane pojedynczo – kolejne frazy wprowadza-

dzane są dopiero po utrwaleniu poprzednich. Nowy materiał jest wprowadzany w formie dialogów, dzięki czemu uczeń może dostrzec kontekst, w jakim dane słownictwo może być użyte. W metodzie audiolingwalnej dąży się do tworzenia bezbłędnych wypowiedzi, dlatego każda właściwa reakcja jest nagradzana pochwałą, natomiast błąd jest korygowany.

Metoda audiolingwalna pozwala wykorzystać dobrą pamięć mechaniczną uczniów z upośledzeniem i stosuje tak potrzebne uczniom z niepełnosprawnością powtórki. Natychmiastowa pochwała po każdym prawidłowo zastosowanym wyrażeniu pełni również rolę motywatora do dalszej nauki. Trudnością może okazać się analogiczne zastosowanie wyuczonych form w innych przykładach.

Metoda kognitywna, znana również, jako unowocześniona metoda gramatyczno-tłumaczeniowa, zakłada, że posługiwanie się językiem ma charakter twórczy, „nie jest więc nawykowe, lecz innowacyjne, a zdolność opanowania języka jest człowiekowi wrodzona” (Komorowska, 2002, s. 23). Dlatego w metodzie tej dąży się do wykształcenia kompetencji językowej poprzez wyposażenie ucznia w reguły gramatyczne, by z ich pomocą uczeń samodzielnie tworzył coraz to nowsze, poprawne zdania. Podobnie do metody audiolingwalnej, w metodzie kognitywnej dąży się do rozwoju czterech sprawności językowych – słuchania, mówienia, czytania i pisanie. Jest to jednak osiągnięte nie poprzez wyrobienie nawyków, a przez poznanie reguł gramatycznych, a następnie ćwiczenie ich i używanie, które jest osadzone w naturalnej sytuacji, zrozumiałe dla ucznia. Błędy są tutaj traktowane, jako naturalny element

nauki, a uczniowie są zachęceni do dochodzenia do poprawności językowej na zasadzie prób i błędów. Nauczyciel ma również za zadanie nakierowywać uwagę ucznia na analogiczne zjawiska w języku polskim i angielskim. Praca tą metodą może być dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną dość trudna i wymagająca większego nakładu pracy ze względu na konieczność opanowania i zastosowania reguł gramatycznych. Ułatwieniem jest jednak, proponowane w tej metodzie, porównywanie poznanych elementów języka angielskiego z językiem polskim – dostrzeganie analogii i różnic.

Omówione powyżej metody konwencjonalne są szeroko wykorzystywane w nauczaniu języków obcych, jednak, w czasie procesu nauczania, powinny one być uzupełnione o rozwiązania proponowane przez metody niekonwencjonalne, które skupiają uwagę na uczniu – jego poczuciu bezpieczeństwa, stylu uczenia się i zainteresowaniach. W ostatnich kilkudziesięciu latach powstało wiele metod niekonwencjonalnych. W niniejszym artykule chciałabym się skupić jedynie na tych, które mogą znacząco pomóc w pracy z uczniami szkoły podstawowej z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Należą do nich: metoda reagowania całym ciałem (Total Physical Response) oraz metoda naturalna.

Metoda reagowania całym ciałem (TPR) została stworzona przez James Ashera w drugiej połowie lat siedemdziesiątych. Wynika ona z przekonania, że „uczeniu się i trwałemu zapamiętywaniu nowego materiału językowego sprzyjają dwa rodzaje zachowania ucznia – milczące przysłuchiwanie się i ruch fizyczny związany z treścią przeka-

zu” (Komorowska, 2002, s. 23). Uczniowie powinni zatem przyswajać język obcy w taki sposób, w jaki małe dzieci język ojczysty – najpierw oswajają się z językiem poprzez słuchanie i zaangażowanie w komunikację niewerbalną, a dopiero potem stopniowe rozwijanie mowy. Asher uważał, że podczas nauki języka obcego należy uruchomić obie półkule mózgowie – prawą, kontrolującą ruch fizyczny oraz lewą, odpowiedzialną za mowę i język, gdyż pobudzanie pracy całego mózgu zwiększa efektywność nauki. Choć kurs metodą TPR jest zbudowany wokół struktur gramatycznych, nie stosuje się obszernych tłumaczeń reguł gramatycznych, wszystkie zagadnienia są wprowadzane przy użyciu poleceń.

TPR może mieć szerokie zastosowanie w pracy z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu lekkim, powinna być jednak stosowana w połączeniu z innymi metodami. Umożliwia ona zdobywanie wiedzy przez poznanie zmysłowe. Ponadto, w trakcie lekcji języka obcego może być wykorzystywana w formie pojedynczych ćwiczeń, gdy spada zdolność koncentracji uwagi uczniów oraz gdy potrzebują oni uatrakcyjnienia zajęć (Brown, 1994).

Metoda naturalna, podobnie jak TPR, zakłada, że uczniowie powinni przyswajać język obcy tak, jak małe dzieci język ojczysty, jednak dąży do tego celu w inny sposób. Kluczowe jest tutaj pojęcie ekspozycji znaczącej (Komorowska, 2002). Uczniowie słuchają wiele wypowiedzi w języku angielskim, jednak sens tych wypowiedzi jest zrozumiały i czytelny dzięki zaprezentowaniu uczniom kontekstu sytuacji. Podobnie jak w przypadku małego

dziecka, uczniowie próbują się wypowiadać w czasie, kiedy są na to gotowi, nie są do niczego przymuszani. Nauczyciel natomiast wielokrotnie powtarza swoje wypowiedzi w jak najprostszy sposób i wspomaga się mimiką. Każdy, nawet drobny sukces, czy nawet próba jest nagradzana pochwałą. Wszystkie te zadania mają na celu ograniczyć stres i zahamowania uczniów utrudniające proces nauczania i uczenia się. W tej metodzie błędy poprawiane są w taki sposób, by nie blokować komunikacji – nauczyciel nie poprawia błędu wprost, lecz powtarza poprawne formy wielokrotnie, na różne sposoby.

Eliminowanie filtru afektywnego (Komorowska, 2002) poprzez tworzenie odpowiedniej atmosfery w czasie zajęć, jasne i proste wypowiedzi oraz wielokrotne powtarzanie poprawnych form, jako sposób korygowania błędów to elementy, które warto wykorzystać w pracy z uczniami z niepełnosprawnością intelektualną, szczególnie w trakcie ćwiczeń komunikacyjnych, utrwalających poznany materiał.

Zważywszy na wielość metod, z których można korzystać w trakcie procesu nauczania, konieczne jest rozważne i rzetelne przemyślenie tego, jaki kształt ma przyjąć nauczanie. Przede wszystkim należy dobrze poznać ucznia – jego wiek, cechy osobowościowe, nastawienie do uczenia się języka obcego oraz mocne i słabe strony. Należy również zrozumieć jego trudności, określić cel nauki, a także dostosować nauczanie do możliwości nauczyciela – zarówno w zakresie jego osobowości, jak i dostępu do materiałów nauczania. Można więc powiedzieć, że niezwykle istotne w nauczaniu języka angielskiego osób z upośledze-

niem są: wizja, wiedza, umiejętności, środki, wsparcie oraz plan działania (Karpńska-Szaj, 2011).

Forma sprawdzianu po klasie szóstej i jej wpływ na nauczanie i uczenie się języka obcego

Aby odpowiednio dobrać metody nauczania i dobrze przygotować ucznia z upośledzeniem w stopniu lekkim do sprawdzianu po klasie szóstej z języka angielskiego konieczna jest również wiedza na temat obowiązującej podstawy programowej kształcenia ogólnego, formy egzaminu oraz konsekwencji, jakie z nich wynikają.

Jak czytamy w *Informatorze o sprawdzianie od roku szkolnego 2014/2015 dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim* opracowanym przez Centralną Komisję Egzaminacyjną „druga część sprawdzianu sprawdza, w jakim stopniu uczeń VI klasy szkoły podstawowej spełnia wymagania z zakresu języka obcego nowożytnego określone w podstawie programowej kształcenia ogólnego dla II etapu edukacyjnego. Poszczególne zadania zestawu egzaminacyjnego mogą też odnosić się do wymagań przypisanych do I etapu edukacyjnego” (Informator 2013, s. 47). Dlatego, w miarę możliwości i w odpowiednim tempie, należy rozwijać zdolność wyrywkowego odtwarzania informacji oraz zastosowania wiedzy w praktyce. W tym celu należy tę samą informację pokazywać w różnych aspektach i kontekstach, zaczynając i bazując na możliwościach mechanicznego odtwarzania informacji. Ponadto, należy pokazywać użyteczność poznanych informacji w codziennym życiu, aby podnieść motywację do podjęcia wzmożonego wysiłku intelektualnego. Co więcej,

sprawdzian po klasie szóstej sprawdza wiedzę i umiejętności z zakresu znajomości środków językowych, rozumienia wypowiedzi ze słuchu, rozumienia wypowiedzi pisemnych, reagowania na wypowiedzi, zawarte w *Podstawie Programowej Kształcenia Ogólnego dla Szkół Podstawowych*. Należy zatem zwrócić uwagę na to, by w pełni zrealizować podstawę programową, nie obciążając przy tym ucznia zbędnymi informacjami. Należy bowiem pamiętać, że sprawdzian jest dostosowany do ich potrzeb i możliwości, zatem poszczególne zadania są krótsze, pozbawione przykładów, które nie pasują do żadnego elementu w zadaniu, a część zadań pozwala im na wykorzystanie wiedzy utrwalonej mechanicznie bez konieczności przetwarzania jej. Przykładem takich zadań jest dopasowywanie słówka do obrazka. Ułatwieniem dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną jest to, że zadania są mniej obszerne, a odpowiedzi mogą oni zapisywać w zestawie zadań, dzięki czemu test jest krótszy i niezniechęcający ucznia.

Istotne jest jednak to, by rozwijać autonomię ucznia gdyż, jak zauważa Harmer (2001), uczenie się języka obcego jest zbyt skomplikowane i zróżnicowane by można się tego było nauczyć jedynie w klasie. Uczniowie potrzebują częstego i systematycznego kontaktu z językiem obcym oraz okazji, by go używać. Dlatego powinno się proponować uczniom dodatkowe zadania do wykonania w domu, rozwijające ich umiejętności i samodzielność. Uczniowie powinni być również zachęceni, zarówno przez nauczycieli, jak i rodziców do pracy nad rozwojem swojej kompetencji językowej i szukania okazji do posługiwania się językiem.

Niezwykle istotna jest również zdolność radzenia sobie z trudnymi dla nich sytuacjami, ponieważ bardzo dużym utrudnieniem dla ucznia z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim jest to, że wszystkie części egzaminu –

z języka polskiego i matematyki oraz z języka obcego, będą odbywały się w jednym dniu (Informator, 2013). Dlatego należy wypracować w uczniu umiejętność przewyciężenia zmęczenia i zniechęcenia. Ponadto, należy ćwiczyć z uczniami zrozumienie poleceń w zadaniach. Dzięki temu dopełnione zostanie dobre przygotowanie uczniów z upośledzeniem w stopniu lekkim do tego sprawdzianu oraz umożliwienie im zaprezentowania najlepiej, jak to dla nich możliwe.

Czynniki warunkujące sukces

Żadne starania nauczyciela, wiedza merytoryczna, czy indywidualizacja procesu nauczania w celu odpowiedniego przygotowania ucznia z upośledzeniem w stopniu lekkim do sprawdzianu po klasie szóstej nie będą miały ani sensu, ani szans powodzenia, jeśli będzie działał sam. Niezwykle istotna jest współpraca z innymi nauczycielami uczącymi danego ucznia, a także ze specjalistami i rodzicami, którzy mogą mieć niezwykle wkład w edukację swoich dzieci, jeśli pozostają w kontakcie z nauczycielami i stosują się do ich rad i wskazówek. Ponadto, niezwykle ważna jest systematyczność działania. Nie można skupiać się jedynie na doraźnych formach pomocy, ale nastawić się na długofalową, spójną pracę.

Należy również zadać sobie pytania, czy pomoc oferowana uczniom jest odpowiednia, czy obejmuje wszystkie

sfery jego zaburzeń i wystarczy do osiągnięcia sukcesu na sprawdzianie po klasie szóstej, a tym samym podjęcia nauki w gimnazjum. Nauczyciel powinien także stale dążyć do tego, by jak najlepiej wypełniać swoją rolę, stosować w swojej praktyce zawodowej nauczanie refleksyjne, które umożliwia podejmowanie natychmiastowych i niezbędnych działań rozwiązujących pojawiające się w czasie procesu nauczania problemy.

Co więcej, w pracy z uczniami z upośledzeniem w stopniu lekkim należy eliminować czynniki zewnętrzne stanowiące utrudnienia w osiągnięciu celów edukacyjnych. Istotne jest kreowanie pozytywnej atmosfery, która zachęci do komunikacji i współpracy wszystkich uczniów – zarówno z upośledzeniem, jak i normą intelektualną. Uczeń powinien być wspierany i nagradzany za każdy wysiłek, a w czasie lekcji powinna panować atmosfera akceptacji oraz wzajemnego szacunku i zrozumienia.

Uważam, że nie powinno się podporządkowywać nauczania tylko do deficytów uczniów z niepełnosprawnością. W konsekwencji może to doprowadzić do ograniczenia ich autonomii i samodzielności oraz do wyuczonej bezradności. Nie można też bazować jedynie na zainteresowaniach ucznia, należy próbować zainteresować go innymi tematami, a także poszerzać jego horyzonty. Odpowiednie wyważenie i dobranie właściwych metod pracy jest kluczem do stworzenia najlepszych warunków rozwoju i edukacji zarówno uczniów pełnosprawnych, jak i ich niepełnosprawnych kolegów.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BROWN H.D., (1994). *Teaching by Principles: An Interactive Approach to Language Pedagogy*, New Jersey.
- [2] HARMER J., (2001). *The Practice of English Language Teaching*, Londyn.
- [3] JURKIEWICZ P., ROLA B., (2010). Model pracy z uczniem upośledzonym w stopniu lekkim [w:] *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały szkoleniowe cz. II*, Warszawa.
- [4] KOMOROWSKA H., (2002). *Metodyka Nauczania Języków Obcych*, Warszawa.
- [5] NUNAN D., LAMB C., (1996). *The Self-Directed Teacher*, Cambridge.
- [6] BURZYŃSKA M., (2001). Terapeutyczne aspekty nauczania języka obcego dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (na przykładzie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim), „*Neurofilolog*”, nr 36, s. 125-144, Poznań.
- [7] HARBIG A.M., (2001). Indywidualizacja w polskiej dydaktyce języków obcych okresu 1919-1939, „*Neurofilolog*”, nr 36, s. 19-32, Poznań.
- [8] KARPIŃSKA-SZAJ K., (2001). Uczniowie z niepełnosprawnością w szkołach ogólnodostępnych: nauczanie języków obcych, „*Neurofilolog*”, nr 36, s. 59-72, Poznań.
- [9] Informator o sprawdzianie od roku szkolnego 2014/2015 dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim.

- [10] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007, w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych, z późn. zm..
- [11] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Załącznik nr 2: Podstawa Programowa Kształcenia Ogólnego dla Szkół Podstawowych.

Grzegorz Kubiński

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

NOWE MEDIA A OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Streszczenie

Tekst przedstawia w jaki sposób osoby z niepełnosprawnością korzystają ze współczesnych środków komunikacji. Zwrócona jest przede wszystkim uwaga na technologiczne i protetyczne traktowanie mediów. Ponadto podkreślono aktywizująca rolę współczesnych mediów społecznościowych. Odgrywają one istotną rolę w życiu osób z niepełnosprawnością.

Słowa kluczowe

niepełnosprawność, media, media społecznościowe, społeczeństwo

Abstract

The text focuses on how people with disabilities use modern media. Attention is paid to the technological and prosthetic treatment of the media. In addition, the active role of contemporary social media is underlined. They play an important role in the lives of people with disabilities.

Keywords

disability, media, social media, society

Wprowadzenie

Publikacja Manuela Castellsa dotycząca powstania i kształtowania się społeczeństwa informacyjne na trwałe zmieniła podejście do tego zagadnienia w obszarze nauk społecznych [1]. Można zaryzykować twierdzenie, iż jego praca była dla badań nad rozwojem społeczeństwa informacyjnego tym, czym dla badań nad społeczeństwem przemysłowym prace Maksa Webera. Obecnie społeczeństwo informacyjne nie jest już konstruktem teoretycznym, społeczeństwa i jednostki funkcjonują w świecie, w którym informacja jest istotą częścią społecznej rzeczywistości a dostęp do niej jest konieczny. Jednakże to właśnie dostępność informacji jest jednym z istotnych problemów społecznych. Wszelkiego rodzaju media obecne w Internecie, określane powszechnie jako nowe media lub media społecznościowe, skierowane są do osób mogących swobodnie korzystać z komputera. Dostęp do informacji, możliwości jej uzyskania, czy co bardzo ważne w czasach współczesnych, tworzenie i rozpowszechnianie treści, to wszystko oparte jest na narzędziach stworzonych dla ludzi zdrowych, posiadających pełną wadzę nad swym ciałem i mogących w pełni wykorzystać swoje zmysły. Wydaje się, że twórcy popularnych serwisów społecznościowych oraz narzędzi internetowych, nie biorą pod uwagę osób niepełnosprawnych. W tym wypadku termin osoba niepełnosprawna wypada zamienić na określenie „osoba z niepełnosprawnością”, ponieważ to zdecydowanie środowisko stoi na przeszkodzie funkcjonowaniu takiej osoby w świecie nowych mediów. O ile bardzo często zwraca się uwagę na architektoniczno-urbanistyczne kwestie związa-

ne z dostępnością osób z niepełnosprawnością do usług i urzędów użyteczności publicznej czy też podkreśla kwestie społecznych stereotypów i marginalizacji, o tyle kwestie związane z mediami, zwłaszcza nowymi mediami społecznościowymi wciąż jeszcze wymagają opracowania. W literaturze omawiającej kwestie osób z niepełnosprawnościami często napotyka się na kwestie związane ze stygmatyzacją, marginalizacją, brakiem dostępu do rynku pracy, edukacji „normalnego” życia społecznego. Wydaje się, że właśnie media społecznościowe mogłyby być dobrym antidotum na tego typu bólączki, jednakże również i ten temat nie wykracza poza konwencjonalny stereotyp „niepełnosprawnego z komputerem”. Pokutuje w tym wypadku wydaje się, wyobrażenie Stephena Hawkinga, który jako osoba dotknięta nieuleczalną chorobą komunikuje się ze światem za pomocą komputera. Jest to swego rodzaju postać ikoniczna, wręcz na stałe wpisana w popkulturę. Z jednej strony niewątpliwie jest to duży plus, gdy rysunkowa postać Hawkinga pojawia się w rysunkowych serialach typu „*Simpsonowie*” czy „*Miasteczko South Park*”. W ten sposób stereotyp osoby z niepełnosprawnością jako odizolowanej i pasywnej powoli zostaje w społecznej świadomości przekształcany w nieco bardziej pozytywny. Z drugiej jednak strony, wykorzystywanie nowych technologii jest w takim przypadku niczym innym, jak używaniem ich na sposób medycznych narzędzi umożliwiających lepszy kontakt ze światem [2]. Media traktowane są zatem jako protezy mające za zadanie substytuować określone braki psychofizyczne, a nie prowadzić do lepszego funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością

jako takiej we współczesnym świecie. Chodzi bowiem o to, iż media wykorzystywane jako narzędzia protetyczne *de facto* po raz kolejny sprowadzają osoby z niepełnosprawnością do społecznej roli wykluczonych. Nie mogą one bowiem używać narzędzi medialnych jako służących do ekspresji swoich pragnień i emocji. Dostęp do programów, komputera czy innych informatycznych narzędzi jest zawsze traktowany jako przede wszystkim dostęp do świata w ogóle, ewentualnie dopiero wtórnie staje się medium ekspresji. Współcześnie dysponując dostępem do nowych mediów osoby z niepełnosprawnością, traktują je przede wszystkim jako środek do wyrażania swojej tożsamości właśnie jako osoby z niepełnosprawnością. Starają się one dokonywać pewnej ekspozycji swojego „ja” jako niepełnosprawnego, odmiennego, ale przede wszystkim akceptowanego przez nie i eksponowanego za pomocą nowych mediów.

Media jako narzędzie pomocy

Podejście do nowych mediów jako elementu zapewniającego osobom z niepełnosprawnością przede wszystkim rozwijanie możliwości społeczno-ekonomicznych przejawia się w różnorodny sposób. Wydaje się iż najczęściej jest to kwestia edukacji oraz zatrudnienia. W tym wypadku osoba z niepełnosprawnością najlepiej opisywana jest przez trzy poziomy swojego funkcjonowania: biologiczny, osobisty i społeczny i „jest pojęciem obejmującym konsekwencje stanu zdrowia, czyli: choroby, zaburzenia lub urazu” [3, 20-21]. Dzięki połączeniu trójpodziału egzystencji jednostki z samym pojęciem niepełnosprawności,

otrzytać można przynajmniej trzy wymiary istotne z punktu widzenia funkcjonowania jednostki w społeczeństwie: klasyfikację uszkodzeń czyli obszar medyczny dotyczący aspektu biologicznego, klasyfikację działań zawierającą w sobie wszelkie możliwe sposoby funkcjonowania jednostki jako czynności jednostkowej osobowe oraz przestrzeń uczestnictwa określoną przez sposób i jakość funkcjonowania w społeczeństwie. Edukacja i zatrudnienie niewątpliwie mieszczą się właśnie w kategorii uczestnictwa, poprzez proces socjalizacji, a potem eksternalizacji i aktywizacji określonych doświadczeń jednostki wpisując się w strukturę społeczną. W społeczeństwie informacyjnym takie funkcjonowanie wydaje się dużo łatwiejsze ponieważ rozwój technologii cyfrowych, które inaczej niż technologie społeczeństw przedindustrialnych i industrialnych, nie wymaga tylko pracy fizycznej. Praca, którą można współcześnie wykonywać w społeczeństwach rozwiniętych jest pracą umysłową, opartą na manipulacji wszelkiego rodzaju informacją. Takie zarządzanie treścią może być w założeniu wykonywane również przez osoby z niepełnosprawnością. Emilia Mikołajewska i Dariusz Mikołajewski spośród cech charakteryzujących i różniących stare media od nowych, w kontekście niepełnosprawności wymieniają „prymat wiedzy specjalistycznej nad siłą roboczą, dostęp do informacji jako wyznacznik statusu społecznego, szerszy dostęp do zdalnego nauczania (*e-learning*, *online-learning*, *distant learning*), rozwój telepracy (*e-work*), zwiększenie outsourcingu oraz przejście do pracy zadaniowej o elastycznym czasie wykonywania” [4, 95]. Wymienione technologie pozwalają wzmocnić sytuację osoby

z niepełnosprawnościami na rynku pracy oraz w systemie edukacji. Uzyskanie dostępu do zdobywania wiedzy systemie *e-learningowym* opartym w dużej mierze na korzystaniu z komputera, zasobów sieci internetowej oraz zdalnych zajęć z wykładowcą jest dla wielu osób opcją wyjątkowo komfortową. Znika przy tym zarówno problem transportu i szeroko pojętej logistyki związanej z pomocą osobie z niepełnosprawnością w dotarciu na miejsca, ale także nie ma problemów natury psychicznej i społecznej, wynikających z kontaktów z innymi osobami. Oczywiście techniki takie jak *e-learning* jednocześnie wzmacniać mogą wykluczenie osób niepełnosprawnościami ze społeczeństwa, ponieważ choć wykonują one określone zadania i są aktywne i produktywne, jednakże na płaszczyźnie społecznej wciąż są nieobecne i praktycznie pozostają wykluczone ze społeczeństwa. Podobnie sytuacja wygląda w momencie podejmowania pracy, przed wszystkim pracy zdalnej wykonywanej za pomocą komputera i sieci internetowej. Tutaj także wzrost produktywności oraz samopoczucia jednostki, może być powiązany z podtrzymaniem społecznego wykluczenia. Na poziomie deklaracyjnym wśród pracodawców i pracowników może panować wyraźna poprawa opinii co do osób z niepełnosprawnościami, jednakże nie idzie to w parze z praktyką. Katarzyna Szafrańiec i Paweł Szymborski tak komentują zaistniałą sytuację: „Reprezentatywne badania wśród pracodawców zleczone przez PFRON i ZUS pokazują, że istotnie to nie uprzedzenia sprawiają, iż osobom niepełnosprawnym trudno się zatrudnić. Pracodawcy, ulegający negatywnym stereotypom i nie dysponujący wiedzą, obawiają się, że

osobom niepełnosprawnym może brakować kwalifikacji (na ten argument wskazało 57% spośród nich), a ich zatrudnienie może skutkować koniecznością udzielania im dłuższego urlopu czy zapewnienia krótszego czasu pracy. Problemy z adaptacją osób niepełnosprawnych w zespole pracowniczym nie wydają się źródłem obaw. Prawie 90% pracodawców odpowiedziało negatywnie na pytanie dotyczące istnienia miejsc pracy, w których mogłyby znaleźć zatrudnienie osoby niepełnosprawne, podkreślając, że to nie społeczne nastawienie, lecz bariery instytucjonalno-prawne są przeszkodą. Pewne możliwości stwarza tzw. telepraca i inne elastyczne formy zatrudnienia. Rozszerzają one pulę miejsc pracy, ułatwiają zaistnienie na rynku pracy, stwarzają szansę na większą niezależność finansową. Nie ulega wątpliwości, że tym, co będzie miało największy wpływ na życie osób niepełnosprawnych, co powiększy ich samodzielność i aktywność, jest nowoczesna technika. Dzięki jej zastosowaniu rozszerza się i udoskonala zakres pomocnych narzędzi i aparatów, które kompensują różnego typu braki i dysfunkcje, podnosi się wykrywalność różnych rodzajów niepełnosprawności, rozbudowuje się nowoczesna diagnostyka z coraz większymi możliwościami zabiegów chirurgicznych, korzystających szeroko pojętą protetykę, z poradnictwem genetycznym włącznie” [5, 3]. Fragment rządowego opracowania doskonale pokazuje dwuznaczność sytuacji osób z niepełnosprawnościami. Takie osoby podejmują edukację, jednakże częstokroć to stereotypowe podejście pracodawców nie pozwala na ich zatrudnienie. Jednocześnie prawie 60% respondentów podkreśla, że osoby z niepełnosprawnością są „takie jak

my”, to znaczy zakłada, że są traktowane „zwyczajnie” [6, 90]. Możliwość zdalnej edukacji i pracy, która rozszerza aktywność osób z niepełnosprawnością na rynku wykorzystując zdobycze techniki, która zdaniem autorów raportu będzie odgrywała istotną rolę w uspołecznianiu takich osób. Jednocześnie, jak wyraźnie zostało pokazane, technika jest wciąż widziana jako element medycyno-diagnostyczny wykorzystywany przez specjalistów do pomocy osobom niepełnosprawnym. Może ona także służyć jako technologia substytucyjna czy protetyczna. Okazuje się zatem, iż osoby z niepełnosprawnością *de facto* nie mają możliwości funkcjonowania w przestrzeni Internetu czy mediach społecznościowych inaczej, niżli poza stereotypową rolę chorego, któremu należy się opieka i pomoc oraz wszelkie udogodnienia. W ten sposób osoba taka staje się w zasadzie jednostką półproduktową, która może funkcjonować na rynku pracy, ale jej praca nigdy nie będzie w pełni akceptowana i poszukiwana, choćby ze względu na nakłady i koszty na specjalistyczny sprzęt. Mikołajewscy opisują technologiczne i informatyczne rozwiązania dla osób z niepełnosprawnością, czyli technologie asystujące (*assistive technologies*), które mogą rozwiązywać problemy związane z różnorodnymi rodzajami deficytów, stopniami niepełnosprawności, odpowiednią i wskazaną ergonomią, wzmacnianiem relacji z innymi, kształtowaniem i rozwianiem form zaufania i bezpieczeństwa [7, 95]. Wszelkie te elementy procesu wprowadzania jednostki z niepełnosprawnością w przestrzeń społeczną są niezwykle cenne i istotne dla rozwoju tożsamości takiej osoby, jednakże z drugiej strony wydają się one stanowić

tylko część całej palety możliwości mediów społecznościowych i sieci komputerowych. Proponując wykorzystanie technologii w rozwoju funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, Mikołajewscy piszą, iż taki model powinien obejmować „czynności – określone przez rolę życiową pacjenta w obszarach: samoobsługi, pracy/nauki i zabawy/odpoczynku, które mogą być z kolei rozbijane na poszczególne zadania; człowieka – określony przez możliwości (w tym stan zdrowia) i umiejętności pacjenta; kontekst – określone przez otoczenie oraz kontekst kulturowy, społeczny i fizyczny oraz technologie asystujące – określone przez sprzęt i szkolenia ukierunkowane na poprawę możliwości oraz umiejętności pacjenta w określonych obszarach” [8, 96]. Pomimo podkreślania jednostki oraz kontekstu, w proponowanych rozwiązaniach najważniejszą rolę wydają się odgrywać jednak kwestie techniczne. Mikołajewscy proponują dalej iż w komunikacji człowiek – komputer najistotniejsze są „wspomaganie pracy użytkownika, zapewnienie dostępu do danych i operacji na nich, zarządzanie informacją, ergonomię i organizację pracy” a zatem nacisk położony jest po raz kolejny na zarządzanie dostępnymi informacjami, łatwość w korzystaniu z treści i wygoda manipulacje danymi [9, 96]. To wszystko sprawia, że osoby z niepełnosprawnością są uczestnikami mediów społecznościowych, czy szerzej nowych mediów lub przestrzeni sieci internetowej, jednakże są odbiorcami pasywnymi, konsumentami bez możliwości aktywnego tworzenia treści. Warto podkreślić jakie są standardowe elementy szeroko rozumianej infrastruktury informatycznej, z której mogą korzystać osoby z niepeł-

nosprawnością. Mikołajewscy wymieniają: „programy edukacyjne i gry ułatwiające osobom niepełnosprawnym (w tym dzieciom) naukę posługiwania się komputerem wyposażonym w urządzenia dostosowujące do ich potrzeb, różnego rodzaju oprogramowanie komunikacyjne, oprogramowanie i urządzenia dla osób niewidomych i niedowidzących korzystających z alfabetu brajla, urządzenia dedykowane osobom niewidomym i słabowidzącym, uzupełniające możliwości komputera: GPS i całe rodziny mówiących akcesoriów” [10, 97]. Znowż zatem są to bardzo ograniczone, raczej odtwórcze formy zarządzania treścią. Analogiczne elementy systemów informatycznych wspomagających zarządzanie informacją opisuje Katarzyna Lorecka zwracając uwagę przede wszystkim na kwestie dogodności w poszukiwaniu informacji. Pisze ona: *„Pod pojęciem ułatwień dostępu do rozwiązań technologicznych rozumieć należy możliwości indywidualnego dostosowania ustawień oprogramowania, spełniających potrzeby wynikające z braku pełnej sprawności użytkownika. A także specjalistyczne oprogramowanie lub sprzęt wykonane w technice ułatwiającej jego obsługę osobie z konkretną formą niepełnosprawności czy dysfunkcji. Osoby z niepełnosprawnością wzroku mogą powiększać czcionkę, zmieniać jej kolor i rodzaj tak, by zawarte treści były dla nich jak najczytelniejsze. Funkcjonalności użytkowania oprogramowania przeznaczone dla osób z wadami słuchu obejmują między innymi regulację siły głosu i zmianę powiadomień z akustycznych na wizualne”* [11]. *Jest to przykład kolejnej propozycji informatyczno-technologicznej skierowanej do osób niepełnosprawnych, której głównym*

celem jest udogodnienie i ułatwienie korzystania z informacji. Elementy te, nie są bezpośrednio nakierowane na pomoc w tworzeniu i kształtowaniu treści, ale raczej na pasywny odbiór i konsumpcję. W żaden sposób i pod żadnym pozorem nie zamierzam sugerować, iż takie inicjatywy nie są wskazane i konieczne. Jednakże wydaje się, iż nie należy skupiać się tylko i wyłącznie na udostępnianiu treści osobom niepełnosprawnym, ale także, a może przede wszystkim umożliwiać im tworzenie własnych informacji. Jest to z pewnością uzależnione w dużym stopniu od rodzaju upośledzenia i idącej za nim niepełnosprawności jednakże wydaje się to podejście wskazane, zwłaszcza w dobie globalizacji i informatyzacji społeczeństw, gdy działania osób niepełnosprawnych mogą wpisywać się w nowe i jeszcze nieistniejące rynki pracy i zawody przyszłości. Danuta Gorajewska zwraca poniekąd uwagę na ten fakt, jednakże w nieco zbyt kasandrycznym tonie pisząc: „Prawidłowo zastosowane media mogą wspomóc osobę z niepełnosprawnością w zwiększaniu jej samodzielności. Mogą też pomóc w akceptacji niepełnosprawności zarówno przez osobę nią dotkniętą, jak i w odbiorze jej wizerunku przez pełnosprawną część społeczeństwa. Mogą bowiem być zarówno narzędziem wypowiedzi, jak i partnerem w dialogu. W tym kontekście stanowią wyzwanie nie tylko dla osoby z niepełnosprawnością, ale też pełnosprawnej części społeczeństwa. Ponadto obok zalet stosowanie nowych technologii wiąże się z zagrożeniami (np. wtórny analfabetyzm na skutek słuchowego pobierania informacji z tekstu – książek mówionych – przez osoby niewidome). Nieprawidłowo użyte media mogą stanowić kolejną barie-

rę, stworzyć mit lub wzmocnić istniejący” [12, 82]. Wydaje się, że to co należy podkreślać, to właśnie kwestie związane z samodzielnością i aktywnością osób niepełnosprawnych. Powinny one być traktowane jako „partnerzy w dialogu”, a będzie to możliwe tylko wtedy, gdy prostetyczne aspekty technologii będą tylko podstawą dalszego programu rozwijania tożsamości i osobowości osób niepełnosprawnych jako kompetentnych i samodzielnych wytwórców treści. Chodzi tu bowiem nie tylko o prosty fakt stworzenia profilu na portalu społecznościowym, ale o wyrażenie przy pomocy technologii i nowych mediów swojego własnego „ja”. Dzięki temu osoby z niepełnosprawnością nie będą skazane tylko i wyłącznie na odczytywanie ich emocji poprzez zapośredniczające medyczno-techniczne narzędzia, ale będą w stanie sami eksplikować swoje potrzeby i uczucia.

Media społecznościowe jako przestrzeń samoakceptacji

W świecie globalnej sieci, w którym królują serwisy społecznościowe możliwości związane z tego typu aktywną i samodzielną, a co najważniejsze pozytywną ekspresją treści są w zasadzie nieograniczone. Takie społecznościowe portale jak Facebook, YouTube czy Instagram dokonały rewolucji w kontaktach międzyludzkich. Wydaje się, że to właśnie w takich miejscach należy szukać sposobów „odczarowania niepełnosprawności” za pomocą różnorodnych narzędzi i technik informacyjnych. Instagram dla wielu osób z niepełnosprawnością, ale także dla wielu osób borykających się z jakąś chorobą czy odmiennością, to miejsce wręcz idealne. Społeczność tego portalu sku-

piona jest na wizualnej stronie prezentowanego materiału, dominują zatem zdjęcia a obraz staje się medium zastępującym słowo pisane. Wbrew jednak obiegowym poglądom, że z Instagrama korzystają tylko próżni celebryci pokazujący swoje bajkowe życie, jest on jednym z najprostszych narzędzi komunikacji dla osób z niepełnosprawnościami. Analizując ten portal pod kątem niepełnosprawności oraz sposobu jej reprezentowania, odkrywamy, że jest to zupełnie inna forma działania niż te, które proponują eksperci od wykorzystania technologii informacyjnych w życiu osób z niepełnosprawnością. Instagram można odczytywać jako pewną bardziej zaawansowaną, wyższą warstwę przekazu, do której osoba z niepełnosprawnością dociera dzięki podstawowej technologii wspomagającej zarządzanie i dostęp do informacji. Dopiero uzyskawszy możliwość korzystania z komputera, taka osoba może stać się twórcą treści i autorem określonego przekazu. To jednak, co wydaje się istotne to fakt, iż takie propozycje ekspertów co do wykorzystania komputerów i Internetu jak gry czy słuchanie audycji są daleko w tyle w stosunku do tego, co robią osoby niepełnosprawne. Tylko w tym jednym medium, jakim jest Instagram, możemy znaleźć prawdziwą eksplozję odmienności, a przy tym także jej akceptację i zrozumienie. Osoby niepełnosprawne nie przedstawiają się tu jako samotne, odizolowane i wymagające opieki jednostki a wręcz przeciwnie. Bardzo często osoby zamputowanymi kończynami, osoby z paraliżem czy porażeniem mózgowym prezentują się nie tyle na wózkach czy szpitalnych łózkach, ale zgoła odmiennie. Na prezentowanych zdjęciach osoby z niepełnosprawnościami prezentują się ćwicząc na siłowni, pły-

wając, wykonując codzienne czynności. Bardzo często widzimy leżące obok ćwiczących protezy czy inne przyrządy wspomagające, prezentowane są krótkie filmy, na których osoby z protezami obu nóg podnoszą ciężary czy też osoby na wózkach inwalidzkich uprawiają różne rodzaje aktywności, od sportowych po zachowania społeczne, jak wizyta u przyjaciół czy wyjście z bliską osobą do kina. Zdjęcia takie, bardzo często mające kilka tysięcy „polubień” są wyrazem postawy, która przez długi czas była niezauważona. Osoby z niepełnosprawnością nie chcą używać dostępnych technologii tylko do samotnego funkcjonowania w domu, wręcz przeciwnie, pragną się pokazać i zostać zauważone takimi jakimi są. Zrzeszają się lub zakładają grupy społecznościowe takie jak *Disabilty*, *Disability_Awarness*, *Disabled_Fashion*, *Dis_Sexuality*. Wszystkie one wyrażają i eksponują fizycznie ułomne ciała, lecz wpisane w kontekst społeczny, w pełni uczestniczące w zachowaniach kulturowych. Zwłaszcza dwie z wymienionych tu grup społecznościowych dość wyraźnie odbiegają od utartych i stereotypowych wzorców zarówno niepełnosprawności jak i form korzystania z technologii informacyjnych. Na forach tych grup bowiem widzimy osoby z niepełnosprawnościami, ubrane w najmodniejsze ubrania, biorące udział w pokazach mody lub po prostu ekscytujące się nią i dzielące się tą radością z innymi. Duża część zdjęć jest niezwykle dopracowana, a pozujące modelki lub modele, niczym nie ustępują swoim zdrowym kolegom - jedyną różnicą jest wózek lub proteza. Podobnie profil związany z seksualnością osób z niepełnosprawnościami, *Dis_Sexuality*, eksponuje zdjęcia takich osób

z odmiennym ciałem, jako seksowne i pociągające. Przypadek ten jest szczególnie istotny, ponieważ zachodnia kultura zdecydowanie nie łączy seksualności i niepełnosprawności, poza ewentualnymi fetyszystycznymi zachowaniami. Jednakże w opisywanym medium takie połączenie jest zdecydowanie naturalne i odbierane pozytywnie.

Zakończenie

Wykorzystanie współczesnych technologii informacyjnych, komputerowych czy internetowych nie powinno sprowadzać się tylko do aspektów technicznego i protektywnego kompensowania niepełnosprawności. Osoby takie powinny być traktowane w tej przestrzeni jako normalne, aktywne i twórcze. Wydaje się, że większość działań związanych z informatyzacją w sektorze niepełnosprawności wciąż jeszcze funkcjonuje jako elementy rehabilitacyjno-diagnostyczne. Jednakże jak pokazuje przykład Instagrama, osoby z niepełnosprawnością już od dawna wykorzystują technologię jako element swojej własnej pozytywnej ekspresji.

BIBLIOGRAFIA

- [1] CASTELLS M., *the Rise of network Society*, Blackwell Publishing, Oxford 2000.
- [2] MAMROŁ A., *Osoba z niepełnosprawnością w środowisku medialnym*, Uniwersytet Opolski, Opole 2016.
- [3] KIRENKO J., SARZYŃSKA E., *Bezrobocie, niepełnosprawność, potrzeby*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2010.

- [4] MIKOŁAJEWSKA E., MIKOŁAJEWSKI D., *Komunikacja dla osób niepełnosprawnych w środowiskach nowych mediów*, „Lingua ac Communitas”, Vol. 22/2012.
- [5] SZAFRANIEC K., SZYMBORSKI P., *Niepełnosprawni – przełamywanie stereotypów i barier integracji*, Biuro Analiz Sejmowych INFOS, nr 10 (193).
- [6] SEKUŁOWICZ M., ŚWIDERSKA K., *Ewolucja postaw społecznych wobec osób z niepełnosprawnością* [w:] *Społeczno-pedagogiczne konteksty niepełnosprawności*, Żółkowska T. (red.), Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2011.
- [7] MIKOŁAJEWSKA E., MIKOŁAJEWSKI D., *Komunikacja dla osób niepełnosprawnych..dz.cyt.*
- [8] *Tamże.*
- [9] *Tamże.*
- [10] *Tamże.*
- [11] LORECKA K., *Innowacyjny most integracji – technologie informatyczne w przeciwdziałaniu niepełnosprawności społecznej*, <http://odpowiedzialnybiznes.pl/artykuly/innowacyjny-most-integracji-technologie-informatyczne-w-przeciwdzialaniu-niepelnosprawnosci-spolecznej/>, [dostęp: 04.07.2017].
- [12] GORAJEWSKA D., *Fakty i mity o osobach z niepełnosprawnością*, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji Warszawa 2006.

WCZESNA DIAGNOZA I TERAPIA A POSTĘPY DZIECKA

Streszczenie

Artykuł poświęcony jest zagadnieniu diagnozy i terapii, które odpowiednio wcześnie podjęte wpływają na postępy dziecka. Po zdiagnozowaniu nieprawidłowości u małego dziecka najistotniejsza jest jak najszybsza rehabilitacja i terapia. Wczesna Interwencja (WI), a później Wczesne Wspomaganie Rozwoju Dziecka (WWR) są *narzędziami*, które w rękach zespołu ekspertów powodują wcześniejsze i trwalsze postępy dziecka zagrożonego lub już noszącego *znamię* niepełnosprawności. Istotność jak najszybszych działań profilaktycznych lub terapeutycznych podyktowana jest tym, że do trzeciego roku życia dziecko jest bardziej podatne na oddziaływania i programy usprawniające. Dzięki nim dziecko ma szansę osiągnięcia umiejętności, których nie opanowałby, gdyby tej pomocy nie otrzymało. Ponadto postępy są trwalsze, ponieważ ćwiczone umiejętności są łatwiej przyswajane. Związane jest to z tzw. teorią plastyczności mózgu, która umożliwia korekcję zaburzonych funkcji oraz kompensację deficytów. Dziecko starsze ma większe trudności z dostosowaniem się, ponieważ wiele zaburzeń, nad którymi się nie pracuje z wiekiem narasta i w znaczący sposób utrudnia edukację. Właściwa terapia powoduje ponadto zahamowanie rozwoju wielu zaburzeń, a nawet prowadzi do zatrzymania niekorzystnych zmian. Im wcześniej rozpoczęta, tym większe praw-

dopodobieństwo, że Wczesna Interwencja, a także Wczesne Wspomaganie Rozwoju przyniosą założone skutki. Podsumowując należy stwierdzić, że wczesna diagnoza i terapia poprawia zdrowie dziecka, ponieważ uwolnione zostają w wyniku terapii wszelkie jego potencjalne możliwości rozwojowe, a ponadto rodzina również otrzymuje wsparcie i pomoc ze strony zespołu terapeutów.

Słowa kluczowe

dziecko, niepełnosprawność, terapia, rehabilitacja, zajęcia terapeutyczne

Inhaltsangabe

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den Fragen der Diagnose und Therapie, welche durch ein entsprechend frühzeitiges Handeln eine Auswirkung auf die Fortschritte des Kindes haben. Nach einer Diagnose von Störungen beim Kleinkind ist eine schnellstmögliche Rehabilitation und Therapie am wichtigsten. Ein frühzeitiges Eingreifen und eine frühe Förderung der Entwicklung des Kindes danach sind Instrumente, welche in den Händen eines Expertenteams frühe und dauerhafte Fortschritte eines gefährdeten Kindes oder eines Kindes bei dem die Behinderungsmerkmale schon sichtbar sind bewirken. Die Wichtigkeit der schnellstmöglichen Maßnahmen zur Vorbeugung oder Therapie ist der Tatsache zuzuschreiben, dass das Kind bis zu seinem 3. Lebensjahr leichter auf die Auswirkungen und Verbesserungsprogramme reagiert. Durch diese hat das Kind die Chance Fähigkeiten zu erlangen, welche es ohne diese Hilfe nicht beherrschen würde. Weil die geübten

Fertigkeiten leichter zu erwerben sind, sind die Fortschritte auch nachhaltiger. Verbunden ist dies mit der sogenannten neuronalen Plastizität, welche die Korrektur der Funktionsstörungen und Kompensation der Mängel ermöglicht. Ein älteres Kind hat größere Schwierigkeiten mit seiner Anpassung, weil sehr viele Störungen, die nicht behandelt werden, mit dem Alter zunehmend steigen und erheblich seine Bildung erschweren. Außerdem verlangsamt eine angemessene Therapie die Entwicklung von vielen Störungen oder stoppt die unerwünschten Veränderungen. Je früher eine Therapie angefangen wird, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß das frühzeitige Eingreifen und die frühe Förderung der Entwicklung des Kindes ihre Früchte tragen werden. Zusammenfassend muss man feststellen, daß eine frühe Diagnose und Therapie die Gesundheit des Kindes verbessert. Möglich ist es deswegen, weil aufgrund von Therapie, erstens alle etwaigen Entwicklungsmöglichkeiten beim Kind freigeschaltet werden und zweitens auch seine Familie seitens des therapeutischen Teams Unterstützung und Hilfe bekommt.

Stichwörter

das Kind, die Behinderung, die Therapie, die Rehabilitation, die Therapiestunden

Niepełnosprawność – to słowo budzi smutek, niepokój i wrazenie niesprawiedliwości. Rodzice stojący w obliczu tego problemu niejednokrotnie nie dopuszczają do siebie myśli, że rozwój ich dziecka przebiega nie tak jak powinien. Dlatego często wolą nie zauważać niepokojących

symptomów mogących świadczyć o jakiejś nieprawidłowości u swoich dzieci. Tłumaczą sobie to różnymi sytuacjami: *deformują obraz realnej rzeczywistości zgodnie ze swoimi pragnieniami...* (Mikler-Chwastek, 2005, s. 23), obwiniają lekarzy za błędną diagnozę, poszukują innych specjalistów, dodatkowych, bardziej optymistycznych konsultacji. Jeśli zaś przypuszczenia się potwierdzają to poszukują cudownych sposobów, żeby odwrócić stan w jakim znajduje się dziecko. Jednak jeżeli szybciej zrozumieją, że rozwój dziecka nie mieści się w przyjętych normach to prędzej i bardziej efektywnie będą mogli mu pomóc. Wcześniejsze odkrycie jakichkolwiek schorzeń stwarza możliwość podjęcia natychmiastowych działań. Wczesna diagnoza i terapia prowadzą do trwalszych oraz znacznie szybszych postępów dziecka. Im wcześniej rozpoznane zostaną specjalne potrzeby, tym szybciej będzie można działać.

Nieprawidłowy rozwój dziecka to zjawisko występujące w wielu rodzinach. Niejednokrotnie o pierwszych nieprawidłowościach dowiadujemy się już w okresie prenatalnym. Rodzice oczekują przyjścia na świat swojego zdrowego potomka, przeżywają ogromny szok, gdy dowiadują się o tym, że coś może być nie tak, że prawdopodobnie urodzi się dziecko zagrożone lub już obciążone niepełnosprawnością. Przyszła mama musi zmierzyć się nie tylko z nową sytuacją -pojawienie się nowego życia, ale też unieść ciężar związany z możliwą niepełnosprawnością niemowlaka. Postęp medycyny, a ściślej mówiąc: *na skutek intensywnego rozwoju neonatologii ratowanych jest coraz więcej wcześniaków, noworodków urodzonych*

w przebiegu patologicznej ciąży i porodu oraz niemowląt ze schorzeniami o podłożu pierwotnym oraz wtórnym (Zołotuch, 2010, s. 10). Coraz więcej dzieci udaje się uratować i stworzyć im normalne warunki życia i rozwoju. *Pomoc udzielana we wczesnym dzieciństwie, a nawet w okresie prenatalnym pozwala nie tylko kompensować występujące u dziecka dysfunkcje i deficyty ale także zapobiega pojawieniu się zaburzeń o charakterze wtórnym* (Palak i inni, 2010, s. 15). Pamiętać jednak należy także o rodzicach, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji, również oni potrzebują pomocy. Emocjonalna stabilizacja rodziny trwa czasami nawet bardzo długo, a poszczególne etapy jakie rodzice muszą przejść by mogli zaakceptować swoje dziecko i wspierać je w rozwoju często powodują napięcia pomiędzy nimi. To trudny sprawdzian dla trwałości związku oraz początek długiej, ciężkiej drogi do nowej *normalności*. Ponadto złe relacje rodzinne powodują destabilizację poczucia bezpieczeństwa samego dziecka, a oczywistym jest fakt, że dziecko rozwija się najlepiej w kochającej i wzajemnie się wspierającej rodzinie. Kiedy małżonkowie dowiadują się o niepełnosprawności, na początku jest czas szoku, później przychodzi okres kryzysu emocjonalnego oraz etap pozornego przystosowania się by po tych przejściach mogli konstruktywnie przystosować się do sytuacji. Niestety nie zawsze udaje się rodzinom dojść do tego ostatniego etapu, bo prawdziwe zaakceptowanie dziecka i jego niepełnosprawności wymaga od rodziców oraz całej rodziny przewartościowania całego życia. Nadchodzi jednak w końcu czas racjonalnej oceny sytuacji w jakiej znajduje się dziecko. Im szybciej to się

stanie, tym szybciej będzie można udzielić pomocy zarówno dziecku, jak i jego rodzinie. Wczesna reakcja rodziców na problemy związane niepełnosprawnością owocuje większymi postępami dziecka. Nie wolno zatem zwlekać z postawieniem *diagnozy, rozumianej jako gruntowna ocena rozwoju poszczególnych funkcji poznawczych dziecka* (Cieszyńska, 2011, s. 13.), gdyż *mózg jest zmieniany z każdym nowym doświadczeniem* (cyt. za: Cieszyńska, 2011, s. 13).

Rozważania należy rozpocząć od dowodów naukowych przemawiających za możliwie jak najwcześniejszą diagnozą w celu podjęcia właściwej terapii. Już polski uczony Jerzy Konorski w 1948 r. zamieścił w swojej książce *Organization of conditioned reflexes* pierwsze wzmianki o *teorii plastyczności mózgu*, jednak empirycznie ową plastyczność potwierdził w 1969 r. Geoffrey Raisman. Według tej teorii nieuszkodzone części mózgu mogą przejmować poniekąd funkcje tych nierozwiniętych lub uszkodzonych w wyniku wypadku oraz jego skutków; udaru niedokrwienego lub krwotocznego. Dzięki plastyczności mózgu możliwa jest kompensacja deficytów. (...) *za najlepszy okres do uzyskania maksymalnych rezultatów terapii uznaje się pierwsze trzy lata, potem możliwości są coraz mniejsze* (Cytowska, Winczura, 2006, s. 21). Dodatkową przesłanką za postawieniem diagnozy jak najwcześniej jest fakt, iż do szóstego roku życia u dzieci występuje większa podatność na oddziaływania terapeutyczne, mimo to efekty te są i tak najbardziej widoczne do około trzeciego roku życia, kiedy to dziecko jest najbardziej chłonne i uczy się najwięcej. Wtedy poznaje świat

oraz mechanizmy nim rządzące, a inne zdrowe obszary mogą przejąć funkcje uszkodzonych lub nierozwiniętych. Terapia w tym czasie jest bardziej skuteczna i przynosi szybsze oraz trwalsze efekty. Plastyczne możliwości centralnego układu nerwowego są ogromne, jednak zdarzają się pacjenci u których brak jest postępów terapii mimo właściwego działania. Praca z takim pacjentem jest niezwykle trudna, ponieważ brak rezultatów zniechęca i podcina *skrzydła* zarówno niepełnosprawnym, ich rodzicom, jak i czasami samemu terapeucie. Poszukuje się wtedy przyczyn, które hamują postępy, prowadzi się dodatkowe diagnozy, modyfikuje program terapii. Są jednak także i takie przypadki, że *efekty naszych oddziaływań jawią się przed nami jako zjawisko nadprzyrodzone* (Cieszyńska, 2011, s. 13). Teoria plastyczności mózgu napawa optymizmem i nadzieją, że właściwa terapia pomoże odzyskać utracone zdolności choć w jakiej części. Daje szansę na progres, a w trudnych chwilach *dodaje siły*, by walczyć z przeciwnościami. Niewątpliwie wczesne podjęcie terapii jest znacznie skuteczniejsze ze względu to, że małe dziecko jest bardziej *chłonne*, a ponadto ze względu na ową plastyczność układu nerwowego. Dzięki plastyczności mózgu są *...możliwości kompensacji wielu zaburzeń pod warunkiem ich wczesnego wykrycia i leczenia* (Serafin, 2005, s. 10). Teoria ta *stwarza konieczność możliwie precyzyjnego określenia co możemy uważać za rozwój prawidłowy, co jest rozwojem nieidealnym, ale zadowalającym, a co należy uznać za nieprawidłowość wymagającą diagnostyki rozwojowej i rozważania wprowadzenia terapii* (Serafin, 2005, s. 10). Kolejnym argumentem przemawia-

jącym za jak najszybszym podjęciem terapii jest przekonanie, iż prawdopodobnie terapia pozwoli zahamować zaburzenia postępujące a nawet je zatrzymać. Zatem ogromne znaczenie ma porównywanie rozwoju dziecka do rozwoju dzieci w tym samym wieku i pomimo faktu, że tempo rozwoju każdego dziecka jest indywidualne i może przebiegać nieco inaczej, niepokojącym sygnałem dla rodziców powinno być to, że dziecko nie osiąga tzw. *kamieni milowych* w swoim rozwoju w pewnych *ramach czasowych*, lub jeśli dziecko traci umiejętności, które wcześniej już nabyło. *Najbardziej niepokojącym jest regres bez wyraźnej przyczyny zewnętrznej- na przykład pogorszenie się lub utrata chodu pomimo prowadzonej rehabilitacji czy ubożenie mowy dziecka pomimo przebywania w odpowiednio stymulującym je środowisku* (Serafin, 2005, s. 11, 12). Niezwykle więc ważne jest wczesne zdiagnozowanie nieprawidłowości. *Po przeprowadzeniu badań diagnostycznych rodzice z reguły dowiadują się o tym jak inteligentne jest ich dziecko, jakie zaburzenia u niego występują i jakie mogą być ewentualne przyczyny tych zaburzeń* (tamże, s. 17). Diagnoza ponadto daje podstawę do terapii i wskazuje kierunki oddziaływań terapeutycznych. Nie należy jednak poprzestawać na diagnozie klinicznej. O wiele przydatniejszą do dalszej pracy z dzieckiem jest diagnoza funkcjonalna: *jeżeli pracujemy z małym dzieckiem należy realnie ocenić potrzeby dziecka w danym momencie i jak najszybciej rozpocząć dostosowaną do tych potrzeb terapię. Określić słabe i przede wszystkim mocne strony dziecka oraz jak ono funkcjonuje w sferze poznawczej, komunikacyjnej, społeczno- emocjonalnej, w zakresie*

umiejętności motorycznych, naśladowniczych a także samoobsługowych (por. Grzegorzczuk-Dłuciak i inni, 2009, s. 72, 73). Ważne są mocne strony dziecka ponieważ to na nich możemy budować właściwą terapię. Funkcjonowanie małego dziecka zmienia się nieustannie, każdego dnia. Cały czas uczy się nowych rzeczy, dlatego bardzo istotnym jest prowadzić obserwacje razem z rodzicami, a także na bieżąco weryfikować ocenę dziecka.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej określa, że *wszyscy obywatele są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne*. Mimo to obecny system pomocy niepełnosprawnym jest niewydolny. *Przyczyną niskiej efektywności pomocy psychologiczno-pedagogicznej gwarantowanej ustawowo małym dzieciom i ich rodzicom jest nie tylko trudność jej uzyskania (zbyt mało specjalistów, rozproszone, często odległe placówki, długie oczekiwania na pierwszą wizytę) ale przede wszystkim brak skoordynowanych rozwiązań systemowych. Brak międzyresortowego programu pomocy...* (Serafin, 2005, s. 15, 16), który zawierałby zagadnienia dotyczące zabezpieczenia dziecka i jego rodziny właściwej pomocy psychologiczno-pedagogicznej, zasady koordynacji, planowania i monitorowania działań różnych specjalistów. Ponadto także systemowego rozwiązania świadczącego rodzinie wielozakresowej pomocy. *Silne utrwalone podziały resortowe istnieją nadal i stanowią hamulec dla powstania interdyscyplinarnego systemu nowoczesnej i racjonalnej pomocy małemu dziecku i jego rodzinie* (Serafin, 2012, s. 35, 36). Diagnoza medyczna nie prowadzi bezpośrednio do wielostronnej terapii i zabez-

pieczenia niezbędnych potrzeb dziecka i rodziny, szczególnie od strony psychologicznej. Jednak wypracowano mechanizmy postępowania w takich przypadkach. Najprościej rzecz ujmując w razie jakichkolwiek podejrzeń związanych z niewłaściwym rozwojem dziecka resort zdrowia *odpowiada* za Wczesną Interwencję, następnie resort oświaty powinien gwarantować Wczesne Wspomaganie Rozwoju Dziecka, a resort polityki społecznej, integrację społeczną i pomoc. Niejednokrotnie zdarza się jednak, że lekarze nie reagują na niepokojące objawy, nie kierują na badania specjalistyczne odpowiednio szybko a w konsekwencji diagnoza kliniczna jest wydawana w wieku 2-5 lat, czyli zbyt późno by móc skutecznie zareagować. Dlatego tak ważna jest Wczesna Interwencja (WI), stanowiąca zbiór świadczeń/ usług oferowanych bardzo małym dzieciom. W ostatnich latach WI przeszła swoistą ewolucję, początkowo działania skupione były wyłącznie na dziecku obecnie zmienił się jej model. Oddziaływaniom poddana zostaje także rodzina i środowisko z którego pochodzi dziecko. W świetle przedstawionych informacji bez wątpienia bardzo ważne są wpływy Wczesnej Interwencji na losy dziecka oraz jego rodziny. WI daje dziecku większe szanse i możliwości rozwoju.

Wczesna Interwencja to *czynności profilaktyczne i naprawcze w postaci kompleksowych działań* (Złotuchno, 2010, s. 10). To proces mający na celu skupiać działania zespołowe, interdyscyplinarne dla optymalizacji rozwoju dziecka i jego funkcjonowaniu w rodzinie oraz społeczeństwie. Innymi słowy to wzajemnie uzupełniające się i równoczesne oddziaływania medyczno-rehabilitacyjno-tera-

peutyczne, które powinny ukazywać ocenę indywidualnych warunków rozwojowych dziecka oraz analizę warunków jego rozwoju, szczególnie z uwzględnieniem najbliższego otoczenia dziecka oraz jego rodziny. Proces ten polega także na przygotowaniu programów do pracy nad stymulacją i usprawnianiem poszczególnych funkcji. *Wczesna pomoc musi mieć charakter kompleksowy i interdyscyplinarny, tzn. powinna być udzielona niepełnosprawnemu dziecku a także członkom jego rodziny* (Palak i inni, 2010, s. 15). Jak już wspomniano ważnym ogniwem we Wczesnej Innerwacji są rodzice. Należy ponadto uwzględnić wczesny wiek dziecka a także kompleksowy charakter oddziaływać. Ważne jest więc to by zjednoczyć specjalistów z wielu dziedzin, którzy będą ze sobą współpracować. We Wczesnej Interwencji bardzo istotna jest właściwa koordynacja działań różnych resortów (zdrowie, oświata, opieka społeczna) a także to, by w cały ten proces zaangażowali się rodzice a inni członkowie rodziny również aktywnie w nim uczestniczyli. *Wczesna interwencja może przebiegać w różnych formach: eliminowaniu czynnika patogenicznego; jego wczesnym wykryciu, tak by ten czynnik nie doprowadził do wystąpienia odchyleń od normy; a także by wczesne zintegrowane działania o charakterze medyczno- psychologiczno- pedagogicznym sprowadziły do pomniejszenia następstw odchyleń od normy poprzez zintegrowane działanie o charakterze medyczno- psychologiczno- pedagogicznym* (por. Cytowska, Winczura, 2006, s. 15, 16). Podstawową działalnością małego dziecka jest zabawa, dlatego jest ona także niezbędna w terapii. Zabawa stymuluje rozwój komunikowania się, różne funkcje

zmysłowe, a także powinna pogłębiać więzi społeczne. *Dziecko w zabawie doświadcza pewnej regularności, co umożliwia wykonywanie i rozwijanie podstawowych sprawności motorycznych i psychospołecznych* (Złotuchno, 2010, s. 11). Potwierdzeniem założonej tezy jest utarte powszechne przekonanie, że to czego dziecko nauczy się w pierwszej kolejności utrwała się w jego pamięci najmocniej i najtrudniej to zmienić. Dlatego też właściwe wyuczone umiejętności dają punkt wyjścia do poznania i ćwiczenia nowych sprawności. W terapii największy nacisk kładzie się w pierwszej kolejności na czynności samoobsługowe, by małe jeszcze dziecko próbowało samo się ubierać, jeść a także dbać o higienę. *Podjęcie działań stymulujących przez dziecko na wczesnym etapie rozwoju ma bezpośredni wpływ na osiągnięcie większej niezależności, samodzielności i lepszej jakości życia w okresie dorosłości* (tamże). Nie brakuje przypadków, że wystarczy tylko odpowiednio szybko zainterweniować by wyeliminować niepokojące zjawiska. Kiedy natomiast Wczesna Interwencja to za mało wtedy należy uruchomić całą maszynę oddziaływać mających na celu Wczesne Wspomaganie Rozwoju Dziecka.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka (WWR) to jedna z najmłodszych form pomocy małemu dziecku. Dopiero w 2005 roku weszło w życie Rozporządzenie w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci. Czym zatem jest ta forma pomocy? *Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka to szereg działań-rehabilitacyjnych, pedagogicznych, psychologicznych, medycznych – skierowanych bezpośrednio na dziecko*

z nieprawidłowym rozwojem, a także wspierających rodzinę dziecka, w podjętych i wynikających bezpośrednio z rozpoznania zaburzeń rozwojowych (Grzegorzycy-Dłuciak i inni, 2009, s. 48). Jak już wiadomo z przytoczonej definicji adresatem WWR jest dziecko zagrożone lub już obciążone niepełnosprawnością oraz rodzina dziecka. W ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju powoływane są specjalistyczne zespoły. Zadaniem zespołów specjalistów jest zazwyczaj: przeprowadzenie odpowiednich badań, ustalenie diagnozy, skonstruowanie programu wspomagającego rozwój i ocena jego efektów. (...) można wyróżnić trzy wyraźnie różniące się modele zespołów: zespół multidyscyplinarny, zespół interdyscyplinarny, zespół transdyscyplinarny (Serafin, 2005, s. 18). Najlepszym modelem jest model transdyscyplinarny polegający na tym, że wszyscy członkowie (wspólnie konsultują ze sobą swoje działania i tworzą prawdziwy zespół współdecydujący o poczynaniach. Nie sposób pominąć również faktu, że WWR poprawia zdrowie: nie tylko w sensie fizycznym ale i psychicznym. Zarówno dziecko jak i jego rodzice dzięki programowi znajdują wsparcie, zrozumienie i pomoc. Wymienione działania z założenia mają być szerokie i kompleksowe jednak fundamentem wszystkich poczynąń jest nawiązanie kontaktu z dzieckiem. Ich rola polega nie tyle na inicjowaniu aktywności dziecka i kierowaniu nią, ale przede wszystkim na akceptowaniu dokonywanych przez nie wyborów (tamże, s. 33). Wytworzenie przez terapeutę ciepłych i przyjacielskich relacji oraz stworzenia dziecku warunków, w których będzie czuło się bezpiecznie, a tym samym będzie mogło wyrażać swobodnie swoje

uczucia, dzielić się swoim doświadczeniem. Terapeuta powinien zaakceptować dziecko takie jakie jest, dawać mu możliwość wyboru ćwiczonych aktywności, pozwolić mu mieć wpływ na przebieg terapii oraz szanować jego wolę. W istocie dziecko przy odpowiednim wsparciu jest zdolne do rozwiązywania niektórych swoich problemów samodzielnie. Dodaje mu to wiary we własne siły i stymuluje do dalszej aktywności. Weźmy pod uwagę również to, że WWR jest dla dziecka ogromną szansą, stwarza sposobność osiągnięcia umiejętności i kompetencji, których nigdy nie osiągnęłoby bez pomocy. (...) *zawsze istnieje możliwość wspomaganie rozwoju dziecka, tylko różne mogą być cele i efekty naszych działań. Różny może być też czas potrzebny na uzyskanie określonego rezultatu i jego stabilność* (tamże, s. 15). Już same cele jakie ma spełniać WWR są znakomitymi argumentami na potwierdzenie postawionej w pracy tezy. Do podstawowych celów Wczesnego Wspomagania Rozwoju należy eliminowanie zaburzeń, zapobieganie pogłębieniu się i utrwalania deficytów. *Stawia się na* uruchomienie wszelkich potencjalnych rezerw procesu rozwojowego; poprawianie stanu zdrowia dzięki pracy nad usprawnianiem ruchowym, osiąganiem większej sprawności poznawczej, emocjonalnej oraz w zakresie czynności samoobsługowych. Dzięki Wczesnemu Wspomaganiu możliwy jest bardziej harmonijny rozwój już od momentu podjęcia terapii a skutkować będzie aktywniejszą nauką w szkole, dzięki lepszej adaptacji do nowych warunków. W życiu dziecka niepełnosprawnego najważniejszy jest czas. Najpierw istotne jest jak najszystsze postawienie właściwej diagnozy, a następnie podję-

cie skutecznej terapii. Dziecko objęte działaniami w ramach WI a później WWR ma ogromne możliwości wyrównania, albo choć częściowego skompensowania deficytów. Nie należy jednak przyspieszać kolejnych kroków w terapii.

Na potwierdzenie mojego zdania, iż wczesna diagnoza i terapia skutkuje lepszymi wynikami, posłużę się przykładami z mojej pracy terapeutycznej. Najlepszym dowodem potwierdzającym wysuniętą tezę są prowadzone przeze mnie i moje współpracowniczki terapie. Pracuję w Przedszkolu w Nędzy od sześciu lat jako nauczyciel a od trzech lat jako terapeuta i logopeda. Każdy z chłopców, z którymi prowadzę terapię w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju Dzieci *ma za sobą* inną historię. Każdy też trafił do naszego przedszkola będąc na innym poziomie rozwojowym.

Pierwszym moim wychowankiem był Kacper, obecnie niespełna czteroletni chłopiec, u którego w wyniku epilepsji uaktywnionej poszczepiennie wystąpiła niepełnosprawność. Praca rehabilitacyjna nad usprawnianiem funkcji motorycznych rozpoczęła się bardzo szybko, w momencie zauważenia pierwszych niepokojących sygnałów przez matkę, czyli już w trzecim miesiącu życia dziecka. Niemalże natychmiast odbył się proces diagnostyczny, w wyniku którego trzy miesiące później ustalono, że chłopiec jest niepełnosprawny ruchowo. Dopiero później, po ukończeniu pierwszego roku życia zdiagnozowano również opóźniony rozwój mowy. Kacper trafił pod opiekę terapeutyczną do naszego przedszkola jako dwulatek w 2011 roku. Mama przyprowadzała chłopca na indywidualne

zajęcia do przedszkola albo terapia odbywała się u chłopca w domu. Praca z Kacprem nie należy do łatwych ponieważ przed podjęciem terapii był tylko *leżący*, nie reagował na zmiany w otoczeniu, nie potrafił na nikim ani na niczym skupić uwagi i wzroku, nie łąpał przedmiotów, dłonie miał zaciśnięte w pięści, wydawał tylko dźwięki paralingwistyczne: krzyki, jęki. Z Kacprem pracuje rehabilitant, logopeda oraz zespół terapeutyczny, a także bardzo dużo uwagi poświęca mu niepracująca matka. Lekooporna epilepsja ma jednak znaczący wpływ na tempo osiąganych postępów: chłopiec po atakach padaczkowych niejednokrotnie traci wyuczone umiejętności, aczkolwiek i pomimo epilepsji postępy są widoczne: chłopiec zaczyna sam siadać chociaż jeszcze nie potrafi ustabilizować swojej pozycji. Kacper próbuje łąpać przedmioty, zaczyna utrzymywać wspólne pole uwagi z terapeutą, a także rozpoznawać bliskich na fotografiach. Mówi *mama*, rozpoznaje niektóre domowe zwierzęta oraz potrafi naśladować odgłosy krowy.

Moim drugim wychowankiem jest 7-letni Jakub ze zdiagnozowanym autyzmem a zachowanie chłopca jest jego *książkowym* przykładem. Jakub wcześniej uczęszczał do innego przedszkola, nie udzielono mu tam jednak wystarczającej pomocy: nie była prowadzona terapia, a nauczyciele często dzwoniли do rodziców by zabrać chłopca do domu, bo źle się zachowuje. Jakub trafił do naszego przedszkola dwa lata temu i dopiero w naszej placówce został objęty terapią w ramach Wczesnego Wspomagania Rozwoju. Obecnie pracuje z nim logopeda oraz zespół terapeutyczny. Po 2 latach jego zachowanie i funkcjonowanie

w grupie przedszkolnej znacznie się poprawiło. Chłopiec coraz częściej uczestniczy dobrowolnie w zajęciach dydaktycznych, chętnie ćwiczy na zajęciach gimnastycznych, zaczyna też funkcjonować coraz lepiej w grupie rówieśniczej. Niedawno z innymi wychowankami przedszkola pojechał na wycieczkę autokarową do zoo w Opolu.

Pod swoją opieką terapeutyczną mam również dwóch chłopców ze zdiagnozowanym zespołem Aspergera. Chłopcy trafili do mnie na terapię dopiero niedawno. Z 6-letnim Jakubem zajęcia terapeutyczne prowadzę od grudnia 2013 roku, a z 7-letnim Fabianem od stycznia tego roku. Na postępy chłopców trzeba będzie jeszcze poczekać, aczkolwiek Jakub coraz częściej uczestniczy czynnie w zajęciach dydaktycznych. Odpowiada na zadane pytania, rozwiązuje ćwiczenia i zadania na kartach pracy, lubi też wykonywać szlaczki.

Najlepszym jednak przykładem mogą być postępy naszego absolwenta Oliviera, ucznia pierwszej klasy. Olivier rozpoczął terapię Wczesnego Wspomagania Rozwoju już jako 2,5-latek i po kilkuletniej intensywnej terapii pomimo autyzmu opanował wiedzę i umiejętności, w tym także umiejętności społeczne na tyle, że z sukcesami rozpoczął naukę w *normalnej* szkole podstawowej z innymi dziećmi ze swojej grupy.

Terapia wyrównuje szanse dzieci, które nie miały ich na starcie- zaraz po urodzeniu lub szanse te zostały im zabrane w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub innego losowego zdarzenia. *Świat widziany oczami dziecka niepełnosprawnego nie musi się różnić od świata widzianego oczami innych ludzi (...) to bliscy przekazują mi tajemnice*

świata, jego zapachy, kolory, obrazy. Niepełnosprawność może ograniczać ruchy, fizyczną niezależność (...) ale nie musi dotykać świata wewnętrznego dziecka. (...) dziecko musi czuć się ośrodkiem świata bo dzięki temu doświadczeniu rośnie siła i przekonanie, że powiedzie mu się w życiu (Brzezińska i inni, 2009 s. 91, 92).

Podsumowując można stwierdzić iż, wczesna diagnoza i terapia powodują trwalsze i szybsze postępy dziecka głównie za sprawą następujących czynników: plastyczności układu nerwowego a także związaną z tym możliwością korekcji zaburzonych funkcji oraz kompensacji deficytów. Właściwa terapia powoduje ponadto zahamowanie rozwoju wielu zaburzeń, a nawet prowadzi do zatrzymania niekorzystnych zmian. Po przeanalizowaniu zagadnienia można również stwierdzić, że małe dzieci są bardziej podatne na wszelkie oddziaływania i programy usprawniania. Dzięki nim czynią szybciej postępy ponieważ ćwiczone umiejętności są łatwiej przyswajalne, a uczenie małych dzieci jest łatwiejsze. Dziecko starsze ma większe trudności z dostosowaniem się ponieważ wiele zaburzeń z wiekiem narasta i w znaczący sposób utrudnia edukację. Ponadto myślę, że udało się wykazać, że im wcześniej rozpoczęta zostanie terapia, tym większe prawdopodobieństwo, że Wczesna Interwencja a także Wczesne Wspomaganie Rozwoju Dziecka daje mu szansę osiągnięcia umiejętności, których nie opanowałoby, gdyby tej pomocy nie otrzymało. Kończąc, należy stwierdzić ponadto, że wczesna diagnoza i terapia poprawiają zdrowie dziecka ponieważ uwolnione zostają w wyniku terapii wszelkie potencjalne możliwości rozwojowe a także korzystnie wpływa

na rodzinę, która otrzymuje wsparcie i pomoc ze strony zespołu terapeutów. Warto na zakończenie jeszcze podkreślić, że im rozwój przebiega bardziej harmonijnie, zwłaszcza we wczesnym okresie życia dziecka, tym mniej trudności w szkole z nauką oraz w grupie rówieśniczej. Utało się także przekonanie, że to co dziecko nauczy się w pierwszej kolejności jest trwalsze, odciska się najsilniej w pamięci i najtrudniej ulega zmianie. Tak więc należy dziecko już od samego początku uczyć właściwej postawy do swojej różnie rozumianej *niepełnosprawności*.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BRZEZIŃSKA A.I., OHME M., RESLER-MAJ A., KACZAN R., WILIŃSKI M. (red): *Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności*, Gdańsk 2009.
- [2] CIESZYŃSKA J., *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych*, Kraków 2011.
- [3] CYTOWSKA B., WINCZURA B., (red): *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Kraków 2006.
- [4] GAŁKOWSKI T., *Dzieci specjalnej troski*, Warszawa 1979.
- [5] PALAK Z., BUJNOWSKA A., PAWLAK A., (red): *Aktualne problemy edukacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych w biegu życia*, Lublin 2010.
- [6] SERAFIN T., (red): *Wczesne Wspomaganie rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole*, Warszawa 2005.

- [7] SERAFIN T., *Wybrane aspekty dotyczące możliwości prowadzenia działań wspierających rozwój małych dzieci zagrożonych niepełnosprawnością lub niepełnosprawnych oraz ich rodziny*, Kraków 2012.
- [8] ZABŁOCKI K.J., *Dziecko niepełnosprawne jego rodzina i edukacja*, Warszawa 1999.
- [9] GRABAN J., *Poczucie winy jak węzeł gordyjski*. „Integracja” 2008, nr 5, s. 54, 55.
- [10] GRZEGORCZYK-DŁUCIAK N., KULIGAMUSIOŁ E., *Wczesne wspomaganie dziecka niepełnosprawnego*. „Psychologia w szkole” 2009, nr 3, s. 46-51.
- [11] GRZEGORCZYK-DŁUCIAK N., KULIGAMUSIOŁ E., *Wczesne wspomaganie dziecka niepełnosprawnego*. „Psychologia w szkole” 2009, nr 4, s. 68-75.
- [12] GRZEGORCZYK-DŁUCIAK N., KULIGAMUSIOŁ E., *Wczesne wspomaganie dziecka niepełnosprawnego*. „Psychologia w szkole” 2010, nr 1, s. 55-59.
- [13] GRZEGORCZYK-DŁUCIAK N., KULIGA E., *WWR.. czy to w ogóle możliwe?* „Psychologia w szkole” 2010, nr 2, s. 125-134.
- [14] KULIGA E., *Współpraca z rodzicami w WWR*. „Psychologia w szkole” 2010, nr 2, s. 135-140.
- [15] MIKLER-CHWASTEK A., *Gdy rodzice dowiadują się... o niepełnosprawności dziecka*. „Nowa Szkoła” 2009, nr 5, s. 21- 24.
- [16] ABRAMOWSKA E.B. (red.), *Twoje dziecko jest inne, Informacje i porady praktyczne dla rodziców*

dzieci zagrożonych niepełnosprawnością bądź dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w wieku 0–7 lat, Warszawa 2008, [http://www.niepelnosprawni.gov.pl/download/\(15iane7hW5Wxx6KZcIDWz5Wzip-nj9GhZ5CantyyU6Dfjpiin5iZnuayVJWwdtzepejLwtfyisrZv9fGoMPZ19Lhj9PbgpaVZM7KyZWzng\)/files/publikacje_psrouu/twoje_dziecko_jest_inne....pdf](http://www.niepelnosprawni.gov.pl/download/(15iane7hW5Wxx6KZcIDWz5Wzip-nj9GhZ5CantyyU6Dfjpiin5iZnuayVJWwdtzepejLwtfyisrZv9fGoMPZ19Lhj9PbgpaVZM7KyZWzng)/files/publikacje_psrouu/twoje_dziecko_jest_inne....pdf) (pobrano: 22.02.2014).

- [17] ZOŁOTUCHO A., *Znaczenie wczesnej diagnozy i rehabilitacji*, [w:] Biuletyn integracji społecznej województwa zachodniopomorskiego, nr 3 (4) 2010, <http://www.projektrops.wzp.pl/uploads/pliki/biswz4.pdf> (pobrano: 21.02.2014).
- [18] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
- [19] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci.
- [20] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 4 kwietnia 2005 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci.
- [21] Rozrządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 marca 2009 r. w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli.
- [22] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 kwietnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kwalifikacji wyma-

ganych od nauczycieli oraz określenia szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli.

[23] Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

Czesława Mielek

ROZWIJANIE KOMPETENCJI KOMUNIKACYJNYCH METODĄ DRAMY U DZIECI Z ZESPOŁEM ASPERGERA

Streszczenie

Artykuł dotyczy problemu rozwoju komunikacji werbalnej i niewerbalnej u dzieci z zespołem Aspergera. Dzieci te mają trudności z odczytywaniem emocji z postawy i mimiki innych osób, ciężko im także sprawnie porozumiewać się za pomocą języka. Wyzwaniem dla nich jest zarówno rozumienie wypowiedzi innych, jak i odpowiednie dobieranie słów. Osoby z zespołem Aspergera cechuje brak umiejętności porozumiewania się za pomocą zwrotów idiomatycznych, mowy potocznej, przenośni i metafor. Zaburzenia te mają różny charakter, również dzieci w istotny sposób różnią się między sobą pod względem stopnia rozwoju komunikacji. Sprawność komunikacyjna służy nie tylko socjalizacji ale również rozwojowi poznawczemu i emocjonalnemu dziecka, ponieważ pozwala na powiększanie obszaru doświadczeń oraz rozumienia świata i ludzi. Wszystkie nieprawidłowości, które obserwujemy w rozwoju dzieci z zespołem Aspergera, zmuszają do poszukiwania metod ich wyeliminowania. Celem niniejszego opracowania jest stwierdzenie czy drama, będąca jedną z metod terapii pedagogicznej może być skutecznym narzędziem w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych u dzieci z zespołem Aspergera.

Słowa kluczowe

zespół Aspergera, komunikacja, sprawność komunikacyjna, kompetencje komunikacyjne, drama

Zusammenfassung

Der Artikel befasst sich mit dem Problem der Entwicklung verbaler und nicht verbaler Kommunikation bei Kindern mit Asperger-Syndrom. Diese Kinder haben Schwierigkeiten beim Lesen von Emotionen der Körpersprache und Mimik anderer Personen, ebenso wie mit der problemlosen Verständigung mittels Sprache. Die Herausforderung besteht für sie sowohl im Verstehen fremder Aussprache als auch in der Auswahl angemessener Worte. Menschen mit Asperger-Syndrom zeichnet das fehlende Talent zur Verständigung mittels idiomatischer Wendungen, alltäglicher und metaphorischer Sprache aus. Diese Störungen sind von unterschiedlichem Charakter ebenso wie die Kinder, die sich in erheblicher Weise hinsichtlich des Grades ihrer kommunikativen Entwicklung voneinander unterscheiden. Die Sprachfertigkeit dient nicht nur der Sozialisation sondern auch der kognitiven und emotionalen Entwicklung des Kindes, da sie zur Ausweitung der persönlichen Erfahrung sowie zum Verständnis der Umwelt beiträgt. Alle Missstände, die wir während der Entwicklung von Kindern mit dem Asperger-Syndrom feststellen, zwingen uns zur Suche nach Behandlungsmethoden zur Beseitigung dieser. Zweck dieser Behandlung ist es, festzustellen, ob das Drama, eine der Methoden der pädagogischen Therapie in der Entwicklung kommunikativer Kompetenzen bei Kindern mit dem Aspergera-Syndrom sein kann.

Schlüsselbegriffe

Asperger Syndrom, Kommunikation, kommunikative Sprachfertigkeit, Drama (therapeutische Methode)

Zespół Aspergera – zaburzenie ze spectrum autyzmu

Zespół Aspergera (ZA) należy do zaburzeń rozwojowych ze spektrum autyzmu. M.B. Pecyna uważa, że „jest to zaburzenie o niepewnej nozologii, charakteryzujące się tymi samymi nieprawidłowościami w zakresie interakcji społecznych, co autyzm, tzn. ograniczonym, stereotypowym repertuarem zainteresowań i aktywności. Od autyzmu różni się ono przede wszystkim brakiem ogólnego opóźnienia lub upośledzeniem rozwoju mowy i funkcji poznawczych” (1998, s. 106-107).

Termin „Asperger’s Syndrome” po raz pierwszy użyła Lorna Wing w 1981 roku, tłumacząc z języka niemieckiego pracę wiedeńskiego psychiatry Hansa Aspergera, który pierwszy opisał to zaburzenie w 1943 roku. Jako specyficzne objawy tego syndromu Lorna Wing uznała:

- brak stanowczości,
- naiwność, nieodpowiednie, jednostronne zachowanie się,
- brak lub mała zdolność do nawiązywania przyjaźni,
- pedantyczna mowa, z powtórzeniami,
- uboga niewerbalna komunikacja,
- intensywna koncentracja na danych przedmiotach,
- niezdarność i zaburzona koordynacja ruchów oraz nierówna asymetryczna postawa (Attwood, 2006, s. 15).

Zespół Aspergera został zdefiniowany jako jednostka chorobowa dopiero w połowie lat osiemdziesiątych XX wieku, a w 1993 roku po raz pierwszy zaburzenie to znalazło się w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Światowej Organizacji Zdrowia (ICD-10).

Według ICD-10 zespół Aspergera należy do grupy rozległych zaburzeń rozwojowych. Zalicza się do nich autyzm dziecięcy, autyzm atypowy, zespół Retta, dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, zespół Aspergera oraz zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi. Grupę tych zaburzeń charakteryzuje opóźnienie lub nieprawidłowości w zakresie rozwoju relacji społecznych, komunikacji, zachowania oraz funkcji poznawczych. Objawy ujawniają się w okresie wczesnodziecięcym, a nawet niemowlęcym. Rozpoznanie zespołu Aspergera opiera się na współistnieniu braku znaczącego klinicznie, opóźnienia ogólnego rozwoju języka i funkcji poznawczych, typowych dla autyzmu jakościowych nieprawidłowości w interakcjach społecznych oraz ograniczonego, powtarzającego się stereotypowego repertuaru zachowań, zainteresowań i aktywności. Problemy w komunikacji podobne do tych, które towarzyszą autyzmowi, mogą występować lub nie, ale znaczne opóźnienie rozwoju języka wyklucza takie rozpoznanie.

W 1994 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne umieściło zespół Aspergera w klasyfikacji DSM IV. W tej klasyfikacji zespół Aspergera charakteryzują następujące cechy:

1. Jakościowe upośledzenie interakcji społecznych, objawiające się przynajmniej w jednej z następujących dziedzin:
 - upośledzenie różnego rodzaju czynności pozawerbalnych, regulujących interakcje społeczne;
 - niezdolność do nawiązywania odpowiednich do wieku kontaktów z rówieśnikami;
 - brak spontanicznego szukania okazji do dzielenia się z innymi ludźmi swoimi doświadczeniami;
 - brak wzajemności w kontaktach społecznych lub emocjonalnych.
2. Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i czynności, objawiające się przynajmniej w dwóch z następujących dziedzin:
 - zaabsorbowanie jednym lub kilkoma stereotypowymi i ograniczonymi wzorcami zachowań
 - niezmiennie trzymanie się określonych, niefunkcjonalnych zachowań rutynowych czy rytuałów
 - stereotypowe lub powtarzające się manieryzmy w zachowaniu lub zainteresowanie elementami przedmiotów.

Zachowania te w znacznym stopniu wpływają negatywnie na funkcjonowanie społeczne dziecka lub inne jego zachowanie. Ponadto u dziecka z ZA nie mogą występować poważne opóźnienia w rozwoju funkcji poznawczych,

adaptacyjnych, zainteresowania środowiskiem, umiejętności samodzielnie radzenia sobie czy ogólnego rozwoju mowy.

Powyżej przedstawione kryteria diagnostyczne ICD-10 oraz DSM IV są niejednoznaczne. Najbardziej kontrowersyjnym kryterium jest konieczność prawidłowego rozwoju mowy, funkcji poznawczych i społecznych do trzeciego roku życia (choć u dzieci z zespołem Aspergera nieprawidłowości rozwoju często objawiają się przed trzecim rokiem życia).

Przyczyny zespołu Aspergera wciąż nie są znane. Statystyki podają, że zaburzenie to dotyka jedną na dwieście osób, zdecydowanie częściej dotyka chłopców niż dziewczynek. Zespół ten charakteryzuje osoby o lepszych zdolnościach poznawczych (z normalnym lub większym od przeciętnego ilorazem inteligencji), które opanowały wykorzystanie języka na poziomie wyższym niż ma to miejsce w wypadku ludzi o innych zaburzeniach znajdujących się na tej osi. W rzeczywistości obecność normalnie rozwiniętych podstawowych funkcji języka jest jednym z kryteriów diagnostycznych ZA, chociaż na ogół pragmatyczne/społeczne funkcje języka sprawiają dzieciom z ZA nieco trudności. Lepsze zdolności poznawcze i lepsze opanowanie funkcji języka odróżniają ZA od innych form autyzmu i dają lepsze prognozy.

U dzieci z diagnozą zespołu Aspergera obserwuje się nietypowe, czasem obsesyjne zainteresowanie konkretnym tematem (np. komputery, zwierzęta, kosmos), sztywność myślenia i zachowania, przejawiające się w tworzeniu określonych rytuałów, które wyznaczają porządek dnia.

Innym objawem ZA jest nadwrażliwość sensoryczna. Bodźce dochodzące z poszczególnych kanałów sensorycznych bywają dla dziecka zbyt intensywne, co uniemożliwia mu efektywne przystosowanie się do konkretnych warunków, a spowodowana nimi frustracja prowadzi do częstych wybuchów gniewu i zachowań agresywnych.

Charakterystycznymi objawami ZA są również stereotypie ruchowe oraz fiksacje na jednym lub kilku wzorcach zachowań. Często występuje również słaba koordynacja ruchowa, tiki i grymasy spowodowane wysokim napięciem emocjonalnym. Wiadomo już, że głównym objawem zespołu Aspergera są zaburzone relacje społeczne, co wynika z braku zdolności pojmowania zasad współżycia międzyludzkiego i może manifestować się na wiele sposobów. Mamy tu na ogół do czynienia ze skrupowaniem, sztywnością, egocentryzmem i brakiem ogłady towarzyskiej. Niektóre dzieci z ZA czują się nieswojo w towarzystwie innych osób, nie potrafią w wielu przypadkach rozróżnić między sytuacjami oficjalnymi a zezwalającymi na większą swobodę. Skutkuje to np. naruszeniem przestrzeni osobistej, koncentrowaniem się na jednym zagadnieniu z wyłączeniem innych czy wygłaszaniu wyrwanych z kontekstu zdań.

Osoby z ZA nie rozumieją reguł rządzących komunikacją społeczną, co staje się źródłem problemów jeśli chodzi między innymi o zwracanie się o pomoc do osób trzecich i uwidocznione jest w nieradzeniu sobie z kontrolą siły głosu czy jego monotonną barwą, osoby takie nie wykorzystują mimiki twarzy i nie potrafią interpretować mowy ciała swoich interlokutorów. Mimo chęci uczestnictwa

w interakcjach społecznych ich zachowanie jawi się jako niestosowne i nieodpowiednie do wieku. Aspergerowcy mogą również doświadczać problemów z agresją, nadpobudliwością, sprawowaniem i depresją. Co więcej, ich reakcją na te przeciwności nierzadko jest „wycuczona bezradność” połączona z obwinianiem samego siebie o nieakceptowany społecznie sposób bycia. Kolejnym zjawiskiem mieszczącym się w powyższej kategorii, o którym była już mowa, jest posiadanie specyficznych zainteresowań. Ogólnie rzecz biorąc, dzieci z ZA mogą być społecznie wyalienowane, niezdolne do pojmowania komunikacji niewerbalnej, pozbawione empatii i zrozumienia.

Wykorzystanie dramy w terapii pedagogicznej

Głównym celem terapii osób z zespołem Aspergera jest rozwijanie zdolności przystosowawczych, zwłaszcza umiejętności społecznych i komunikacyjnych. Dzięki treningowi tych umiejętności można uczyć dzieci z ZA rozumienia reguł i zasad obowiązujących w życiu codziennym i wzajemnych relacjach. Trening ten obejmuje kompetencje społeczne i komunikacyjne, rozumienie własnych i cudzych emocji, budowanie własnej wartości, umiejętność reagowania na krytykę i konstruktywne jej wyrażanie. Aby to osiągnąć wykorzystuje się różnorodne metody i środki terapeutyczne takie jak: drama, ćwiczenia z lustrem, programy komputerowe, metody poznawczo-behawioralne, historie społeczne, trening umiejętności życiowych, terapia stymulacji sensorycznej, wspomaganie farmakoterapią, socjoterapia.

Badania wykazują, że możliwe jest kształtowanie umiejętności udawania u dzieci ze spektrum autyzmu. Jeżeli otrzymają one pozytywne wzmocnienie, mogą wykonywać zadania polegające na graniu ról na podobnym poziomie jak ich prawidłowo rozwijający się rówieśnicy. Toteż wydaje się, że doskonałym sposobem pracy z dziećmi z tym schorzeniem może być drama, potraktowana jako rodzaj terapii pedagogicznej.

Drama uczy samodzielności myślenia i działania, aktywności oraz otwartości, rozwija emocje, wyobraźnię i fantazję, doskonali elokwencję i plastykę ciała, wyrabia umiejętność współżycia i pracy w grupie. Pokazuje, że w relacjach międzyludzkich doświadczamy różnorodnych emocji. Uczy odczuwać zarówno te przyjemne jak: miłość, radość, zadowolenie, jak i te trudne: gniew, złość czy przygnębienie. Dzieci poznają emocje i sposoby radzenia sobie z nimi. Oprócz tego metoda ta wykorzystuje spontaniczną, właściwą naturze człowieka skłonność do naśladowania i zabawy. Nauczyciel posługując się metodą dramy rozwija u dzieci wrodzone skłonności do ekspresji, stwarza im warunki do kreowania pozytywnych zachowań. Ponadto drama umożliwia postrzeganie siebie jako jednostki autonomicznej, dysponującej dużym potencjałem twórczym. Dzieci w bezpieczny i przyjemny sposób zdobywają wiadomości stanowiące podstawę do rozwiązywania problemów życiowych w swoim otoczeniu oraz uczą się podejmowania samodzielnych decyzji. Bardzo ważne w przypadku dramy jest to, że uczestnicy zajęć powinni się głęboko zaangażować i uwierzyć w fikcyjną sytuację.

W dramie trzeba wczuć się w postać, być, działać, a nie grać.

Drama, metoda wszechstronnego, harmonijnego rozwijania osobowości dziecka wyrosła z praktyki ludzi teatru, którzy połączyli pasje artystyczne z pedagogicznymi. Jednakże drama i teatr różnią się od siebie w wyraźny sposób. W dramie nie ma podziału na aktorów i widzów, a najważniejszy jest pełny, całościowy rozwój indywidualności człowieka, uczestniczącego w fikcyjnym zdarzeniu. Uczestnicy zachowują się naturalnie i logicznie, koncentrując się na określonej sytuacji, improwizują to znaczy pracują bez scenariusza. Najważniejsze jest to, że nauczyciel nastawia się nie na formę wypowiedzi, ale na przeżycia dzieci. Głównym sposobem pracy w dramie jest bycie w roli. Najczęściej uczeń jest sobą w nieznanym dla niego, odmiennej od codziennego życia sytuacji, lub stara się być w sytuacji postaci.

Najprostszym sposobem bycia w roli jest rozmowa na określony zadany temat. Inny sposób bycia w roli to wywiad. Może być prowadzony w rolach i poza rolami, pozostając sobą. Rozmowa i wywiad angażują emocjonalnie, rozwijają myślenie i wyobraźnię, nadają się doskonale do ćwiczeń w mówieniu. Jedną z form pracy w roli jest etiuda pantomimiczna. Ćwiczenie to uczy komunikatywności, wpływa na wyobraźnię, pomaga w koncentracji, ułatwia wchodzenie w rolę. Następną techniką dramy jest rzeźba. Ćwiczenie polega na tym, że uczeń przyjmując rolę zamiera w bezruchu, jednocześnie ekspresywnie i komunikatywnie wyrażając uczucia, postawę czy sytuację. Tutaj ważna jest zarówno wymowa całego ciała jak i jego po-

szczególnych elementów, gestu ręki, mimiki twarzy. Do technik dramy należą „przedmioty-znaki, kostiumy”. Polegają na gromadzeniu przedmiotów związanych z daną sytuacją, zdarzeniem, miejscem lub postacią, komponowaniu strojów. Rozwijają wyobraźnię, pozwalają wczuć się w rolę, przybliżyć bliższą lub dalszą rzeczywistość. Inna technika to zabawy, mają one formę rozgrzewek emocjonalnych i są prostymi etiudami ruchowymi.

Początki pracy z dramą polegają więc na tym, aby pomóc każdej jednostce odkryć i zbadać jej własne możliwości, niezależnie od innych ludzi. Dopiero później drama obejmuje odkrywanie i badanie środowiska, a w nim innych ludzi, na których jednostka zaczyna się uwrażliwiać dzięki posiadanym wewnętrznym możliwościom. Jeszcze później jednostka będzie skłonna do twórczego kontaktu na zewnątrz najbliższego środowiska.

B. Way proponuje wiele ćwiczeń rozwijających i wykorzystujących:

- pięć podstawowych zmysłów: słuch, wzrok, dźwięk, węch i smak;
- wyobraźnię;
- własne ciało;
- mowę;
- emocje;
- intelekt.

Bardzo istotna jest kolejność wykonywania ćwiczeń. Istotne jest także to, by zacząć od ćwiczeń odbudowujących koncentrację w oparciu o zmysły. Brak koncentracji zawsze bowiem osłabia efektywność działań.

Przed przystąpieniem do pracy należy pamiętać o następujących zasadach warunkujących powodzenie:

1. Na początku wszyscy pracują w tym samym czasie, jednocześnie, niezależnie od siebie. Nie może być osób obserwujących uczestników.
2. Nauczyciel jest osobą współpracującą, pomagającą, a nie oceniającą i wartościującą, ponieważ w dramie nie istnieje problem wartościowania i oceny z zewnątrz.
3. Ważnym elementem dramy jest umowa. Nauczyciel umawia się z dziećmi i wraz z nimi ustala zasady. Motywacją działania jest ciekawość, chęć uczestnictwa, chęć wpływania na to co się dzieje. Do tych motywacji należy się odwołać w razie konieczności zdyscyplinowania uczestników. Podstawową zasadą jest akceptacja twórczej aktywności dzieci.
4. Dzieci nie rywalizują ze sobą, a więc, aby nie skłaniać ich do rywalizacji nie należy robić porównań – co nie znaczy, że nie wolno zauważać i akceptować wysiłku poszczególnych uczestników. Gdy dzieci pracują w grupach lub parach, celem jest sukces całej grupy, a nie interes poszczególnych osób.

Istotą dramy jest uczestnictwo. W działaniach dramatycznych istotny jest proces „stawania się”, a umowność pozwala na skoncentrowanie się na problemie danej postaci, a nie na jej zewnętrznym odwzorowaniu.

Badania wykazują, że możliwe jest kształtowanie umiejętności udawania u dzieci ze spektrum autyzmu.

Jeżeli otrzymają one pozytywne wzmocnienie, mogą wykonywać zadania polegające na graniu ról na podobnym poziomie jak ich prawidłowo rozwijający się rówieśnicy.

Drama dzieci ze spektrum autyzmu

Autorka przedstawionego tutaj pomysłu, nauczyciel w szkole podstawowej, Ewa Olszowska, opiera się na eksperymencie pedagogicznym przeprowadzonym przez Karinę Szafrąńską na terenie Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Ad Verbum” Centrum Terapii Mowy i Dysleksji w Warszawie.

Celem tego eksperymentu było poznanie zależności, jakie zachodzą między czynnikiem eksperymentalnym a wywoływanymi przez ten czynnik zmianami. Na potrzeby badań wybrano eksperyment pedagogiczny dwugrupowy z pomiarem początkowym i końcowym w ramach którego przeprowadzono zajęcia techniką dramy.

Główną metodą oddziaływań na badane osoby z zespołem Aspergera była drama, która stanowi zmienną niezależną. W programie badań zostały wykorzystane, po uprzednim zmodyfikowaniu pomysły zawarte w różnych publikacjach dotyczących dramy: „Drama”. Poradnik dla nauczycieli i wychowawców”, „Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży”, „Baw się i ucz z nami”, które zawierają szereg propozycji scenek kształcących wyobraźnię, empatię oraz funkcjonowanie w sytuacjach społecznych.

Cele zajęć dramy z dziećmi z zespołem Aspergera:

1. Rozwijanie kompetencji komunikacyjnych:
 - stymulowanie dziecka do nawiązywania kontaktów społecznych,

- uczenie współpracy z innymi,
 - inicjowanie rozmowy, okazywanie zainteresowania tym co robi, mówi ktoś inny, przyłączanie się do zabawy,
 - rozpoznawanie i nazywanie emocji zarówno swoich, jak i innych osób (obserwacja zachowań niewerbalnych),
 - kształtowanie umiejętności mówienia o swoim złym samopoczuciu,
 - opanowanie złości.
2. Rozwój ruchowy.
 3. Rozwój poznawczy – dostarczenie nowych doświadczeń, uczenie wzorów zachowania i przenoszenie ich na sytuacje codzienne.
 4. Kształtowanie tożsamości – opisywanie siebie, wygląd, wady i zalety.

Zasady przygotowania konspektów:

1. W trakcie jednych zajęć realizowane były nie więcej niż trzy cele.
2. Stopniowanie trudności ćwiczeń.
3. Częste zmiany aktywności ćwiczeń.
4. Stały schemat zajęć.
5. Indywidualizacja potrzeb.

W badaniu wzięło udział 6 osób z rozpoznaniem zespołem Aspergera – dwie grupy wiekowe po 3 osoby w grupie. Odbyło się 25 sesji trwających około 2 godzin dla każdej grupy. I grupa – wiek 7-8 lat, II grupa – wiek 10-11 lat. Badania miały odpowiedzieć na trzy pytania.

Pierwsze pytanie brzmiało: czy wykorzystanie technik dramy pomogą dzieciom z zespołem Aspergera w rozwija-

niu kompetencji językowej, przejawiającej się sprawnością semantyczną, gramatyczną i rozumieniem znaczeń metaforycznych i opanować ich stosowanie w różnych sytuacjach komunikacyjnych?

Analiza wyników badań „Testu kompetencji językowej” w I grupie oraz „Logopedycznego testu przesiewowego” pokazała, że uczniowie rozwinęli swoje kompetencje językowe, poszerzyli zasób słownictwa, udoskonaliли swoją sprawność stylistyczną i gramatyczną w budowaniu zdań. Rozwinęli umiejętność konstrukcji opowiadania i opisu. Poprawili umiejętność dialogowania poprawiła się płynność wypowiedzi oraz używania języka zgodnie z sytuacją. Nieznacznie poprawiła się zdolność rozumienia i stosowania wyrażen metaforycznych w sytuacjach komunikacyjnych.

Drugie pytanie brzmiało: czy wykorzystanie technik dramy może pomóc dzieciom z zespołem Aspergera w rozwijaniu kompetencji językowej przejawiającej się w opanowaniu sprawności społecznej, pragmatycznej i sytuacyjnej?

Aby odpowiedzieć na to pytanie dzieci przede wszystkim realizowały zadania polegające na przekazywaniu informacji (np. przez telefon umówić się na spotkanie, wezwać pogotowie, poprosić kolegę o podanie informacji o zadanych lekcjach). Dzieci na ogół potrafiły odróżnić istotne informacje od mniej ważnych i tworzyć proste komunikaty. Większość z nich rozwinęła umiejętność sprawnego informowania i zdawania relacji, wyrażania swojego stosunku do odbieranych treści, rozumiała też różnicę w posługiwaniu się językiem w różnych sytuacjach

społecznych (kto i do kogo mówi), co wiązało się z doborem odpowiednich środków językowych (sprawność społeczna), a także miejscem i zaistniałą sytuacją (sprawność sytuacyjna).

Trzecie pytanie brzmiało: czy możliwe jest nauczenie dziecka z zespołem Aspergera „wchodzenia” w role i improwizowania na określony temat?

Grupa I eksperymentalna (młodsza) lepiej i chętniej realizowała zadania dramatyczne, szybko nauczyła się „wchodzenia” w role. Odtwarzając konkretne postacie umiały naśladować ich cechy ruchem, postawą ciała, sposobem mówienia. Z ich interpretacji można było odczytać osobowość postaci oraz jej emocje. Łatwiej było im zagrać scenkę, gdy była dla nich prawdopodobna, a postać posiadała cechy osoby znanej im z własnego doświadczenia.

Grupa II (starsza) niechętnie realizowała zabawy z udawaniem. Dzieci te najczęściej potrafiły opowiedzieć o cechach charakterystycznych postaci i rozumiały jej intencje i emocje, ale nie potrafiły wyraźnie przedstawić tych postaci ruchem, mimiką, postawą ciała, czy sposobem mówienia. Prawdopodobnie ich niechęć była spowodowana świadomością nieskuteczności tych prób. Można więc wyciągnąć wniosek, że im w młodszym wieku rozpoczyna się zajęcia dramą tym większe jest prawdopodobieństwo jej skuteczności w uczeniu zabaw z udawaniem.

Podsumowanie i wnioski

Przeprowadzone badania eksperymentalne z dziećmi z zespołem Aspergera w dwóch grupach wiekowych pokazały, że wykorzystanie dramy jako metody terapii pedago-

gicznej jest skutecznym narzędziem w rozwijaniu kompetencji językowych, a tym samym ich socjalizacji.

Największy problem dla badanych osób było zrozumienie znaczenia przysłów, powiedzeń i metafor. Zapamiętywanie faktów i sytuacji, które nie są całkowicie (nawet po wytłumaczeniu) zrozumiałe, przychodziło im z trudem, a inscenizowanie przysłów również sprawiało kłopoty. Na wyniki badań wpływ miało wiele czynników między innymi struktura zajęć dramowych, poziom dysfunkcji dzieci z zespołem Aspergera. Ze względu na nadpobudliwość, krótkotrwałą uwagę i labilność emocjonalną tych dzieci prowadzenie zajęć było zadaniem trudnym i skomplikowanym

Analizując wszystkie wyniki badań można stwierdzić, że wcześniej rozpoczęta terapia metodą dramy jest skuteczniejsza i może znacząco wpływać na podwyższenie poziomu kompetencji językowej i komunikacyjnej u dzieci z zespołem Aspergera, a tym samym na ich funkcjonowanie społeczne.

BIBLIOGRAFIA

- [1] ATTWOOD T., „Zespół Aspergera”, tłum. M. ŁAMACZ, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Poznań 2006.
- [2] BŁESZYŃSKI J., „Mowa i język dzieci z autyzmem”. Wybrane zagadnienia. WSP Słupsk 1998.
- [3] BŁESZYŃSKI J. (red. nauk.), „Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem”. Teoria-Metodyka-Przykłady. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2004.

- [4] BOBKOWICZ-LEWARTOWSKA L., „Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii”. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005.
- [5] CZOWNICKA A., „Relacje interpersonalne dzieci autystycznych w procesie terapeutycznym” [w:] KOŚCIELECKA M. (red): „Studia z psychologii klinicznej dziecka”. WSiP, Warszawa 1998.
- [6] DELACATO C.H., „Dziwne i niepojęte. Autystyczne dziecko”. Fundacja SYNAPSIS, Warszawa 1995.
- [7] FRITH U. (red.), „Autyzm i zespół Aspergera”. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- [8] GAŁKOWSKI T., „Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym”. WSiP, Warszawa 1995.
- [9] GRANDIN T., Scapiano M., „Byłam dzieckiem autystycznym”. Wydawnictwo Naukowe PWN, Wrocław 1995.
- [10] JACKSON L., „Świry, dziwadła i Zespół Aspergera”. Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2005.
- [11] JÓŹWIK D., SZYMONEK R., „Baw się i ucz. Scenariusze zajęć dramatycznych dla szkoły podstawowej”. Kielce 2000.
- [12] JAKLEWICZ H., „Autyzm wczesnodziecięcy”. GWP, Gdańsk 1993.
- [13] MACHULSKA H., PRUSZKOWSKA A., TATAROWICZ J., „Drama w szkole podstawowej”. WSiP, Warszawa 1997.
- [14] MACIARZ A., BIADASIEWICZ M., „Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera. Studium przy-

- padku”. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000.
- [15] OLECHNOWICZ H., „Dziecko własnym terapeutą”. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
- [16] PANKOWSKA K., „Edukacja przez dramę”. WSiP, Warszawa 1997.
- [17] PECYNA S.M.B., „Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej”. Wydawnictwo „Żak”, Warszawa 1998.
- [18] PECYNA S.M.B., „Rodzinne uwarunkowania zachowania dziecka w świetle psychologii klinicznej”. WSiP, Warszawa 1998.
- [19] PISULA E., „Autyzm. Fakty, wątpliwości, opinie”. WSPS, Warszawa 1993.
- [20] PISULA E., „Autyzm u dzieci”. PWN, Warszawa 2000.
- [21] SZAFRAŃSKA K., „Drama w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych u dzieci z zespołem Aspergera”. Czasopismo internetowe „Logopedia” 1(7)/2009.
- [22] WACŁAW W., „Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera. Praktyczne doświadczenia z codziennej pracy”. „Śląsk”, Katowice 2000.
- [23] WAY B., „Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży”. WSiP, Warszawa 1995.