

IRENEUSZ WOJACZEK
REDAKCJA

PEDAGOGIKA SPECJALNA
I POMOC SPOŁECZNO-EDUKACYJNA
WYBRANE ASPEKTY
TOM II



WYDAWNICTWO NAUKOWE
POLSKA EDUKACJA
RACIBÓRZ 2018

Redakcja

Ireneusz Wojaczek

Recenzja naukowa

dr hab. Zbigniew Domżał, prof. UNS

Redakcja techniczna

Wojciech Sidorowicz

Lamanie

Polska Edukacja w Raciborzu

Książka, którą nabyłeś, jest dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, abyś przestrzegał praw, jakie im przysługują. Jej zawartość możesz udostępnić nieodpłatnie osobom bliskim lub osobiście znanym. Ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz jej fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A kopiując ją, rób to jedynie na użytek osobisty.

Szanujmy cudzą własność i prawo!

Polska Izba Książki

Więcej o prawie autorskim na

www.legalnakultura.pl

© Copyright by Polska Edukacja, Racibórz 2018

ISBN 978-83-948448-9-9

Polska Edukacja

47-400 Racibórz

ul. Wojska Polskiego 2/1

tel. 32 415-07-97

e-mail: kontakt@polskaedukacja.pl

www.polskaedukacja.pl

SPIS TREŚCI

Dorota Chilmon <i>Spoleczna adaptacja niepełnosprawnego dziecka uczęsz- czającego do klasy integracyjnej.....</i>	5
Monika Wieczorek <i>Problemy adopcyjne w środowiskach rodzinnych.....</i>	17
Agnieszka Łasocha <i>Funkcjonowanie dziecka z zaburzeniami tikowymi w szkole i przedszkolu</i>	38
Joanna Marciniak <i>Funkcjonowanie dziecka z zespołem Downa w przed- szkolu.....</i>	48
Katarzyna Skwarska <i>Metody terapeutyczne stosowane przez nauczycieli pod- czas zajęć rewalidacyjnych</i>	60
Krystyna Pacharzyna <i>Charakterystyka zaburzeń mowy u osób z niepełnospraw- nością intelektualną.....</i>	68
Małgorzata Plottek <i>Zespół Aspergera – alienacja i odmienność.....</i>	79
Danuta Woźnica <i>Dobór metod i form pracy z uczniem z zespołem Asper- gera w zakresie nauki geografii</i>	90
Magdalena Nowakowska <i>Wykorzystanie arteterapii w pracy z dzieckiem z zespołem Aspergera.....</i>	103

Sandra Broda

Nakarmić autyzm – dieta i farmakologia jako formy wsparcia podstawowych metod pracy z dzieckiem autystycznym **118**

Anita Rybarczyk

Rozwój i psychologiczna sytuacja słyszących dzieci niesłyszących rodziców **140**

Iwona Fiolka

Uczeń z dysfunkcją wzroku i słuchu w szkole ogólnodostępnej **153**

DOROTA CHILMON

**SPOŁECZNA ADAPTACJA NIEPEŁNOSPRAWNEGO
DZIECKA UCZĘSZCZAJĄCEGO DO KLASY
INTEGRACYJNEJ**

Streszczenie

Niniejszy artykuł podejmuje problem dziecka niepełnosprawnego borykającego się z nieśmiałością. Dziecko w początkowym etapie kształcenia może zmagać się z adaptacją środowiska, która często prowadzi do jego inwalidztwa [1, 198]. Wynika to z bezpośredniego kontaktu z rówieśnikami. U takiego dziecka pojawiają się wyraźne trudności, które w szczególności sposób zostają nakierowane na posiadaną przez niego indywidualną sferę. Niejednokrotnie przeistaczają się one w ukazywane przez niego negatywne uczucie nazywane strachem. Paraliżujący strach odnosi się do napotykanym przez dziecko nowych osób, do których podchodzi z rezerwą [1,198]. Uczy się wtedy samodzielnie rozpoznawać cechy charakteru u innych oraz zdobywa wiedzę o ich zainteresowaniach, po to, aby móc samodzielnie utworzyć mniejszą grupę, a w efekcie dzielić z nią własne pasje oraz swoje zainteresowania [1, 198]. Wychowawca powinien takie dziecko szczególnie obserwować, nadzorować i kontrolować, jak również zachęcać do bardziej otwartych relacji z rówieśnikami, by było mu łatwiej przezwyciężyć lęk oraz strach przed nieznanym. Każdorazowo po zakończeniu przez zajęć, opiekun powinien omówić z małym, co najbardziej zapadło mu w pamięci i czego nowego zdołał się nauczyć [1, 198].

Słowa kluczowe

integracja, adaptacja, wychowanie, grupa, kształcenie, nieśmiałość

Abstract

In this article, a detailed presentation of the problem referring to a special need child struggling with shyness is discussed. A child at the initial stage of his/her education might struggle with the adaptation to the environment, which often comes down to his incapacity [1, 198]. This behaviour can result from a direct contact between peers. Though, in such a child affected by shyness, significant difficulties may begin to appear, which are often directed onto the individual's own sphere. This can lead to a negative feeling that child exposes, often called a fear. The paralyzing fear refers to new people encountered by the child, whom he/she approaches with caution [1,198]. In a next step, the child learns how to recognize character traits and acquire knowledge about other folk's interests in order to be able to create a smaller group with whom he/she could

share passions and interests [1, 198]. The teacher should above all observe, supervise and control such a kid, as well as encourage more open relationships with peers so that it would be easier for the affected child to overcome panic and fear of the unknown. On the other hand, each time when a lesson is finished, a teacher should discuss with the child what was most interesting and notable to the kid during the class and what new he/she learnt [1, 198].

Keywords

integration, adaptation, education, group, schooling, shyness

Wstęp

Dziecko borykające się z niepełnosprawnością w kontaktach z innymi często się wycofuje obawiając się ośmieszenia i odrzucenia. Boi się nawiązywania jakichkolwiek znajomości, paraliżuje go strach [1, 198]. Najważniejszą rolą nauczyciela jest więc obserwacja poczynań niepełnosprawnych uczniów w czasie odbywających się zajęć, a także okazanie im należytego wsparcia, aby mogli tym samym stopniowo otwierać się przed wychowawcą jak i pozostałymi uczniami się [1, 198]. Małoletni integrując się z otoczeniem bardziej zyskują niż tracą [1, 198]. Akceptacja rówieśników objawia się w różnoraki sposób np. poprzez kontakty, zabawy itp. Dzieci tworzą większe, bądź mniejsze podgrupy i wzajemnie uczą się siebie [1, 198]. W związku z powyższym wykwalifikowany nauczyciel powinien poświęcić szczególną uwagę integracji dzieci i po przeprowadzanych zajęciach, przydzielać ich do mieszanych grup [1, 198], żeby mogli wykazać się wzajemną współpracą i poznać tym samym lepiej swoje otoczenie.

Integracja i adaptacja – szczegółowe rozwinięcie pojęć

Termin społeczna integracja według słownika internetowego PWN oznacza, że jest to szczegółowy „stan zorganizowania”, na który składają się poszczególne „elementy”. Zaliczają się do nich m.in. wzajemne relacje pomiędzy poszczególnymi członkami grupy [9].

Nowy słownik pedagogiczny Wincentego Okonia definiuje pojęcie adaptacji. „Z łac. adaptatio oznacza przystosowanie. Nato-

miast w biologii: zachowanie przystosowawcze organizmu w stosunku do zmian zachodzących w środowisku, ewentualnie zmiana budowy ciała” [7, 12]. Rozbudowana definicja zawiera następujące sformułowanie: społeczna adaptacja odnosi się do przedstawianych etapów bądź czynników, powodujących jakąś szczególną działalność, w momencie uzyskania stabilizacji pomiędzy ludzkimi wartościami, a także „warunkami otoczenia społecznego” [7, 12]. Składniki usprawniające poprawny ciąg społecznej adaptacji to inaczej „uspołecznienie jednostki, kształtujące wrażliwość na potrzeby innych ludzi i dobro społeczne” [7, 12]. Podsumowując zatem rozważania Wincentego Okonia można stwierdzić, że dzięki społecznej adaptacji każda jednostka ludzka będzie mogła stać się dla innych bardziej dyspozycyjna czyli otwarta na zawieranie coraz to nowych znajomości [7, 12].

Podstawy wychowania

Najważniejszymi czynnikami warunkującymi odpowiednie przygotowanie nauczyciela do pełnienia jakieś roli w środowisku szkolnym, są odpowiednie kwalifikacje zawodowe. Składają się na nie posiadane wiadomości jak zdobyte umiejętności, które opiekun wykorzystuje w teorii oraz w praktyce [2, 82]. Wychowawca powinien mieć także predyspozycje do wykonywania zawodu. Wśród nich można wyróżnić kreatywność [2, 82]. Jest ona niezbędna podczas prowadzenia zajęć z dziećmi, ponieważ ma na celu zachęcenie ich do współpracy, która wiąże się z ich bezpośrednim otwarciem względem zarówno nauczyciela, jak również pozostałych uczniów [2, 82]. Sprawdzona informacja określająca nieprzystosowanie człowieka do społeczeństwa została utożsamiona z określonymi pojęciami. Sprowadzają się one do przedstawionych, a także posiadanych przez człowieka problemów [2, 82]. Z kolei te, okazują się zależne od wychowania oraz dydaktyki. Zostało to powiązane z różnorodnymi formami nieprzystosowania społecznego, zwanego niejednokrotnie „przestępczym” [2, 82]. Często jednak pomija się ten aspekt, gdyż jak wskazuje nam sama „analiza literatury przedmiotu”, a także poniekąd „doświadczenia płynące z pracy wychowawczej” ukazany wcześniej kierunek, definiuje się jako „specyficzne trudności w przystosowaniu się do

środowiska społecznego osób niepełnosprawnych” [1, 197]. Zatem przeprowadzone badanie w zakresie „problematyki etiologii i symptomatologii” zostało skierowane na problem adaptacyjny względem społecznego niedostosowania się małych dzieci, którzy borykają się na co dzień np. „z chorobami przewlekłymi, ale również mogą być słabowidzący i tym samym niedowidzący” [1, 197]. Małocześni funkcjonujący w środowisku szkolnym powinni zatem stwarzać sobie dogodny warunki do budowania kontaktów interpersonalnych pomiędzy nauczycielem i rówieśnikami [1, 197].

Fakt społecznego niedostosowania się małego dziecka

Przedstawiona definicja nakreśla obszar społecznego niedostosowania się oparty o związek pomiędzy określonym „punktem widzenia” [1, 198]. Został on przedstawiony jako zjawisko, które prowadzi do „pola zainteresowań wielu dyscyplin naukowych, a głównie psychologii, pedagogiki, psychiatrii, socjologii i prawa” [1, 198]. Z psychologicznego punktu widzenia prowadzi do „dostosowania lub niedostosowania społecznego z zaspokajaniem lub niemożliwością zaspokojenia pewnych podstawowych potrzeb psychospołecznych” [1, 198]. Dostosowanie społeczne prowadzi do „potrzeby udzielenia pomocy, zdobycia nowych doświadczeń, poczucia bezpieczeństwa, ujawnienia swej indywidualności” [1, 198]. Podlega mu każdy człowiek. To własna niewymuszona „działalność” w oparciu o „środowisko społeczne”. Niweluje „własne potrzeby”, które w sposób szczególny można właśnie „zaspokoić”, ale tylko wtedy, gdy „zachowanie jednostki odpowiada aktualnej sytuacji” [1, 198].

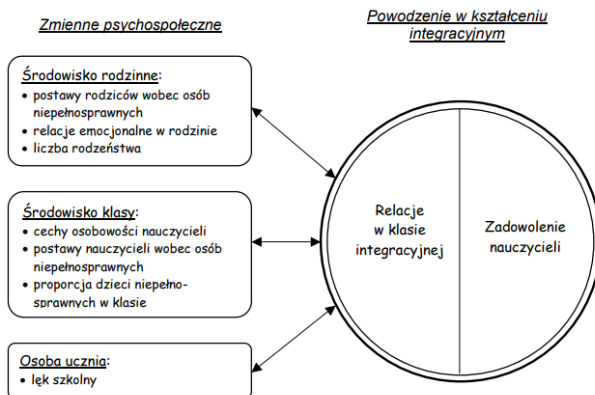
Kształcenie zintegrowane niepełnosprawnego dziecka

Wprowadzenie nauczania integracyjnego wiąże się z wyborem, którego muszą dokonać rodzice, ale również nauczyciele. Niejednokrotnie okazuje się on dylematem, ponieważ należy mieć na uwadze dalszą edukację specjalną, a także dobro dziecka [4, 32]. Bardzo ważny jest pierwszy etap kształcenia, wprowadzany przez nauczyciela na samym początku, który ma na celu uspołecznienie uczniów, przygotowanie ich w sposób świadomy do ról, jakie będą pełnić w swoim późniejszym życiu i społeczeństwie [2, 9].

Wszystko to wpływa na zamianę w zakresie „wychowania w szkole”, a także na prowadzone rozmowy w gronie „środowiska pedagogicznego” [6, 19]. Drugi etap sprowadza się do zaspokojenia „potrzeby integracyjnej społecznej osób niepełnosprawnych w naszym społeczeństwie”. Istotne jest „widzenie kształcenia integracyjnego jako istotnego elementu składowego procesu integracji społecznej” [6, 31]. Zatem najbardziej w procesie edukacji trzeba brać pod uwagę „problem integracji”, należący do „treści merytorycznych”, które „niosą ze sobą to pojęcie”. Zarówno „w literaturze przedmiotu, jak i w języku potocznym określenie to bywa różnie rozumiane”. Nauczyciel najczęściej skupia się na integrowaniu małoletnich dzieci, u których sposób w szczególności kładzie nacisk na wyłączenie aspektu posiadanej przez nich niepełnosprawności w obrębie pobieranej przez nich nauki [6, 31]. Zwolennicy wprowadzenia integracji, zauważają szereg jej możliwości, które opierają się na nowszym praktyczniejszym modelu, odnoszącym się do utworzonych interpersonalnych relacji pomiędzy ludźmi. Wobec powyższego należałoby założyć, iż integracja zezwala nam na utworzenie „mądrego partnerstwa pedagogów ogólnych z pedagogami specjalnymi na rzecz podnoszenia efektywności ich oddziaływań, zamiast bowiem kształcenia zorientowanego na selekcję”. To propozycja dla rodziców, a także ich dzieci [6, 32]. Największą wątpliwość w odniesieniu do wszystkich nauczycieli mających na celu integrację uczniów stanowi „środowisko pedagogów specjalnych” oraz jego zadania. Maria Flanczewska przeprowadziła swoje badania wśród wspomnianych pedagogów. Sondaż dowiódł, że „wśród czynnych i przyszłych nauczycieli szkół specjalnych” nauczanie praktyczne pełni najważniejszą funkcję w odniesieniu do przekazywanych przez nauczyciela wiadomości, które dziecko niepełnosprawne nabywa na zajęciach szkolnych poprzez różnorakie formy zabawowe [6, 32].

Metodyczne podstawy badań

Schemat. 1. Model związków pomiędzy powodzeniem w kształceniu integracyjnym a wybranymi zmiennymi psychospołecznymi



Źródło: https://www.kul.pl/files/869/gfx/Raport_z_bad_kształt_integr.pdf (03.01.2018).

Grzegorz Wiącek przedstawił zaakceptowany przez siebie model, który odniósł do powiązań między „powodzeniem w kształtowaniu integracyjnym, a wszystkimi wyodrębnionymi obszarami zmiennych niezależnych” [8, 7]. Podział zmiennych określił w następujący sposób: „Zmienna zależna powodzenia” została szczegółowo przedstawiona w przybliżeniu o „systemową koncepcję powodzenia w kształtowaniu integracyjnym”. Najważniejszym aspektem modelu według przywołanego autora jest to, iż „traktuje on powodzenie w kształtowaniu integracyjnym jako jedną, choć wewnętrzną złożoną, zmienną” [8, 7]. Wiącek podsumował swoje rozważania następująco: „zakładane związki powinny być zatem przypisywane zmiennej powodzenia jako całości” [8, 7].

Zmienna zależna została zatem przypisana integracyjnemu powodzeniu, które rozwija się w procesie kształceniu [8, 7]. Pierwsza składniowa obejmuje swym zasięgiem: „relacje emocjonalne pomiędzy uczniami klasy integracyjnej” [8, 7]. Natomiast druga „zadowolenie nauczycieli z kształcenia w takiej klasie” [8, 7]. Ponadto

trzeba dodać, iż został sformułowany wniosek, że „zmiennie niezależne stanowią psychospołeczne cechy sytuacji, w jakiej prowadzone jest kształcenie integracyjne”, a to należy tłumaczyć zasięgiem w obrębie: „rodziny, klasy integracyjnej oraz osoby ucznia”, który wyklucza „z obszaru rodziny: postawy rodziców wobec osób niepełnosprawnych, relacje emocjonalne w rodzinie” [8, 7].

Opis badanych grup

Autor skupił się na opisanie dzieci niepełnosprawnych, uczęszczających do klas początkowych I-III z różnych szkół podstawowych znajdujących się: „na terenie województwa lubelskiego” [8, 8].

W tych klasach znajdowała się dwójka nauczycieli: „prowadzący oraz wspomagający”. Autor przeprowadził swoje badania w trzynastu klasach o charakterze integracyjnym. Wkład w analizę opisywanego problemu miało: „siedem szkół, w tym cztery z Lublina, dwie z Łęcznej oraz jedna z Puław”. Reasumując, badanie przeprowadzono w: „8 klasach ze szkół Lubelskich, 2 klasach z Puław oraz 3 klasach z terenu Łęcznej” [8, 8].

W analizowanym badaniu wzięło udział: „477 osób, w tym 202 uczniów, 26 nauczycieli oraz 249 rodziców. W badaniach uczestniczyło 149 uczniów pełnosprawnych (73,8 % całej grupy) i 53 uczniów z niepełnosprawnością (26,2 % całej grupy)” [8, 10]. Ostatnia grupa składała się z osób niepełnosprawnych, którzy borykają się na co dzień z dysfunkcją: „intelektualną, ruchową”, a także „autyzmem, chorobami przewlekłymi” oraz „wielorakimi zaburzeniami rozwoju” [8, 10] (tabela 1).

Tabela 1. Minima (*Min.*), maksima (*Maks.*), średnie (*M*) oraz odchylenia standardowe (*SD*) Liczby uczniów, Liczby uczniów pełnosprawnych oraz Liczby uczniów niepełnosprawnych we wszystkich badanych klasach

Zmienna	Wszystkie klasy			
	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Liczba uczniów</i>	10	21	16,08	2,84
<i>Liczba uczniów pełnosprawnych</i>	4	15	11,77	2,89
<i>Liczba uczniów niepełnosprawnych</i>	2	8	4,31	1,65

Źródło: https://www.kul.pl/files/869/gfx/Raport_z_bad_kszt_integr.pdf (03.01.2018).

Wykorzystane narzędzia i analizy statystyczne

Do przeprowadzonego pomiaru zmiennych autor wykorzystał narzędzia badawcze takie jak: „Plebiscyt Życzliwości i Niechęci (oprac. M. Pilkiewicz) – do pomiaru relacji emocjonalnych w klasie integracyjnej; Skala Zadowolenia z Kształcenia Integracyjnego (G. Wiącek) – mierzyła zadowolenie nauczycieli z kształcenia integracyjnego; Inwentarz Osobowości NEO-FFI (P. Costa Jr, R. McCrae) – do pomiaru cech osobowości nauczycieli; Skala Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych (A. E. Sękowski) – pomiar postaw wobec osób niepełnosprawnych nauczycieli i rodziców; Test Stosunków Rodziny (E. Bene, J. Anthony) – pomiar relacji rodzinnych uczniów; Kwestionariusz Lęku Szkolnego (L. Czyżniejewska, G. Kopinke) – mierzył poziom lęku szkolnego uczniów klas integracyjnych” [8, 11]. „Skala zadowolenia z Kształcenia Integracyjnego, konstrukcji własnej jest skalą typu Likerta”, która ma za zadanie–uwzględnienie pozytywnego stosunku nauczycieli w odniesieniu do nauczania integracyjnego. Przywołana skala zawiera ponadto ponad: „43 twierdzenia”. Ogólny wynik uwzględnia: „nasilenie zadowolenia osoby badanej z kształcenia integracyjnego”. Jako najważniejszy czynnik sprzyjający dobremu zintegrowaniu się uczniów niepełnosprawnych, autor przyjął tzw. cztery zmienne: „stosunek klasy do dziecka, stosunek dziecka do klasy”. Oba kierunki w sposób szczególnie ukazują zmienne relacje pomiędzy dziećmi zdrowymi, a tymi które

borykają się z niepełnosprawnością. Istotną rolę pełni także stosunek nauczyciela. Podstawowym, a wręcz najważniejszym obowiązkiem opiekuna jest okazanie każdemu dziecku wsparcia bez względu na to, w jakim stanie intelektualnym, bądź fizycznym się znajduje [8, 11].

Sposób prowadzenia badań

Badanie przeprowadzono w sposób „różnicowany”. Kluczową rolę odegrała „grupa badanych osób”. „Sposób przeprowadzenia” analizy „był różnicowany i zależał od grupy badanych osób”. Wiącek zdradził, iż jego badania odbywały się w czasie odbywających się zajęć szkolnych, które miały miejsce w „przydzielonych do tego pomieszczeniach”. W efekcie zapewniono dzieciom dogodne warunki i przyjazną atmosferę. Małoletni którzy, borykali się z niepełnosprawnością byli zapraszani na spotkania dwa razy „w celu uzyskania kompletu potrzebnych informacji” [8, 12].

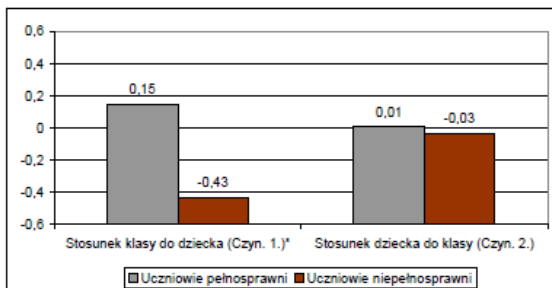
Wyniki badań

Nie ulega wątpliwości, że stosunki w „klasie integracyjnej” ulegają stopniowemu polepszeniu. Wiąże się to z zaangażowaniem zarówno nauczyciela prowadzącego, jak również wspomagającego [8, 13].

Wyniki badań obrazują sytuację dzieci niepełnosprawnych uczęszczających do klasy integracyjnej. „Pierwsza informacja mówi o akceptacji emocjonalnej dziecka z niepełnosprawnością w klasie i obrazuje ją Wykres 1”. Uwzględniono następujące zależności: „od klasy do dziecka, oraz w podziale na uczniów pełno i niepełnosprawnych. Im wyższy słupek, tym lepsza jest relacja w danym kierunku i grupie uczniów” [8, 13].

Wykres pierwszy przedstawia wyniki badań. Odnoszące się zarówno do “dzieci pełnosprawnych” oraz niepełnosprawnych, u których obserwowano problem „akceptacji”. [8, 15].

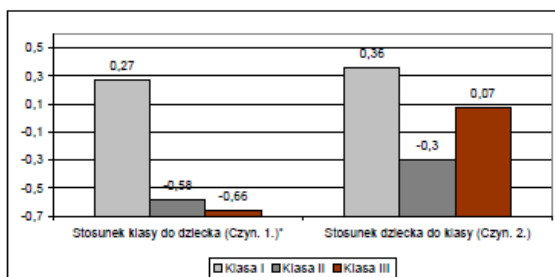
Wykres 1. Relacje rówieśnicze uczniów pełno- i niepełnosprawnych



Źródło: https://www.kul.pl/files/869/gfx/Raport_z_bad_kszt_integr.pdt (03.01.2018).

Wykres 2. ukazuje stosunki rówieśnicze pomiędzy dziećmi niepełnosprawnymi a pełnosprawnymi. Największą rolę przypisuje się akceptacji klasy w stosunku do osób z dysfunkcjami. Klasy pierwsze są kluczowe w procesie integracji, ponieważ uczęszczające do nich dzieci, uczą się wzajemnego zrozumienia, ale również wsparcia. W przypadku klas starszych sytuacja kształtuje się nieco inaczej. Młodzież nie obdarza się wzajemnym wsparciem. Występują też problemy na poziomie akceptacji [8, 16].

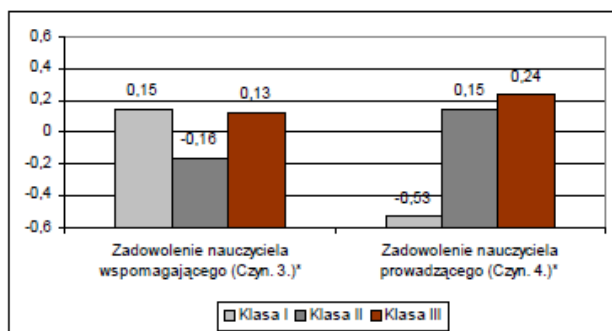
Wykres 2. Relacje rówieśnicze uczniów niepełnosprawnych na różnych poziomach klas



Źródło: https://www.kul.pl/files/869/gfx/Raport_z_bad_kszt_integr.pdf (03.01.2018)

W adekwatnej analizie postawionego sobie problemu istotne są także informacje dotyczące „rozkładu zadowolenia nauczycieli” zarówno tych „wspomagających”, jak również „prowadzących”. Nauczyciel wspomagający został opisany „ze względu” na „poziom klasy”, do której został przydzielony. Powinien więc wykazywać się elastycznością odmiennym stosunkiem, względem napotykanym przez siebie uczniów [8, 17].

Wykres 3. Zadowolenie nauczycieli na różnych poziomach klas



Źródło: https://www.kul.pl/files/869/gfx/Raport_z_bad_kszt_integr.pdf (03.01.2018)

Przedstawione wnioski opierają się na odczuciach dzieci uczęszczających do klas o silnym profilu integracyjnym. Młodzież borykają się z posiadaną przez siebie niepełnosprawnością, ale również z problemami odnoszonymi się do kontaktów interpersonalnych [8, 17].

Zakończenie

Nie ulega wątpliwości, że potrzeby edukacyjne dziecka niepełnosprawnego powinny być zaspokajane w jak największym stopniu. Bardzo istotne okazuje się zindywidualizowane podejście nauczyciela do ucznia. [5, 5]. Integracja dzieci powinna zatem sprzyjać zdobywaniu przez nie szczegółowej wiedzy o otaczającym je świecie oraz tym samym prowadzić do samorozwoju. Zgromadzone przez młodzież wiadomości zachęcają do obcowania z innymi ludźmi. To z kolei wpływa na rozpoznawanie przez dzieci

swoich własnych uczuć oraz emocji. Efektem tego procesu jest utożsamianie się z innymi przedstawicielami społeczeństwa, w którym funkcjonują.

BIBLIOGRAFIA

- [1] AOUILA B., *Człowiek niepełnosprawny zagrożenia i szanse rozwoju*, [w:] red. A. Bassama, *Ogólne problemy rehabilitacji i integracji osób niepełnosprawnych*, Bydgoszcz 1999.
- [2] BARŁÓG K., *Adaptacja nauczycieli nauczania początkowego do pracy z dziećmi z odchyleniami od normy*, Rzeszów 1998.
- [3] CHOLEWCZYŃSKA B., LEWANDOWSKI W., *Program zintegrowanej edukacji wczesnoszkolnej w klasach I-III szkoły podstawowej dla dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim*, Rzeszów 2000.
- [4] FLANCZEWSKA M., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i szkole*, [w:] red. E.M. Minczaszkiewicz, *Wychowanie do integracji jako zadanie w procesie kształcenia nauczycieli i uczniów*, Kraków 2002.
- [5] GUZA A., NIESPOREK-SZAMBURSKA B., *Praca z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Tom II*, [w:] red. A. Guza, B. Niesporek-Szamburska, *Wstęp*, Kielce 2013.
- [6] MINCZAKIEWICZ E.M., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i szkole*, [w:] red. Bogusław Śliwerski, *O (nie) skuteczności wychowania w szkole*, Kraków 2002.
- [7] OKOŃ W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 1996.
- [8] *Raport z badań nad uwarunkowaniami powodzenia w kształceniu integracyjnym w województwie Lubelskim*, [w:] https://www.kul.pl/files/869/gfx/Raport_z_bad_kszt_integr.pdf (03.01.2018).
- [9] Hasło: Integracja, *Encyklopedia PWN*, [w:] <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/integracja.html> (24.02.2018).

MONIKA WIECZOREK

PROBLEMY ADOPCYJNE W ŚRODOWISKACH RODZINNYCH

Streszczenie

W niniejszym artykule zgłębiono temat adopcji dzieci w Polsce. Przedstawiono, jak zawiły i długotrwały to proces. To jedna z dróg do stworzenia szczęśliwej kochającej się rodziny. Wiąże się z nią silne uczucia i emocje. Rodzicielstwo adopcyjne podobnie jak biologiczne przynosi szczęście oraz radość, ale też rozgoryczenie. Decyzja o adopcji nie może być lekiem na niepłodność, możliwością rozwiązania problemów małżeńskich czy marzeniem posiadania pełnej rodziny. Najważniejszą osobą w procesie adopcyjnym jest dziecko. Adopcja ma na celu jego dobro. W pracy skupiono się nad sytuacją dzieci, które oczekują na adopcję, ale także przedstawiono trudności adaptacyjne dzieci już przysposobionych. Adopcja to wyzwanie. Artykuł podejmuje złożoność procedur adopcyjnych w Polsce. Droga przez adopcję nie jest łatwa. Już od kilkudziesięciu lat ośrodki adopcyjne diagnozują i przygotowują kandydatów na rodziców adopcyjnych. Przygotowanie do roli rodzicielskiej wobec przysposobionego dziecka wymaga wiele pracy. Okres przygotowania, uzyskania kwalifikacji i powierzenia dziecka jest bardzo długi i trudny. Niniejsze opracowanie pokazuje, jaką weryfikację muszą przejść potencjalni rodzice adopcyjni. Skupia się także na ukazaniu roli ośrodków adopcyjno-opiekuńczych, ich kompetencji, obowiązków, zadań.

Adopcja to zadanie radosne, ale też i trudne. Wiąże się z wieloma zmianami, gotowością do radzenia sobie z codziennymi trudnościami oraz problemami wychowawczymi. Niniejsza praca podejmuje również problem jawności adopcji. Ogromną trudnością dla rodziców adopcyjnych jest przekazanie swemu dziecku prawdy. Nigdy nie widzą ku temu odpowiedniego momentu. Ukrywają lub fałszują informacje. Taka sytuacja jest bardzo krzywdząca dla dziecka.

Słowa kluczowe

przysposobienie, dziecko, ośrodek adopcyjny, adopcja w Polsce

Abstract

This article explores the topic of children's adoption in Poland. It presents how intricate and long-lasting this process is. This is one of the ways to create a happy, loving family. There are strong feelings and emotions associated with it. Adoptive parenting, like biological, brings happiness and joy, but also bitterness. The decision about adoption cannot be a medication for infertility, the possibility of solving marital problems or the dream of having a full family.

The most important person in the adoption process is a child. Adoption is aimed at his or her good. The work focuses on the situation of children who are waiting for adoption, but also presents the adaptation difficulties of children who have already been adopted. Adoption is a challenge. The article outlines the complexity of adoption procedures in Poland. The adoption process is not easy. For many years, adoption centres have been diagnosing and preparing candidates for adoptive parents. Preparation for the role of a parent to the adopted child requires a lot of work. The period of preparation, qualification and entrusting the child is very long and difficult. This study shows what verification potential adoptive parents have to pass. It also focuses on showing the role of adoption and care centres, their competences, duties and tasks. Adoption is a joyful project, but also a difficult one. It involves many changes, readiness to deal with everyday difficulties and educational problems. This work also discusses the problem of the openness of adoption. A great difficulty for adoptive parents is to tell a child the truth. They never feel that there is the right moment. They hide or falsify information. This situation is very harmful for the child.

Key words

adoption, child, adoption centre, adoption in Poland

Adopcja

Adopcja to proces długi oraz skomplikowany. Tłumaczona jako przysposobienie, usynowienie, czyli przyjęcie do rodziny osoby obcej i uznanie ją za pełnoprawnego członka rodziny. To przybranie dziecka za swoje. Jest możliwa, kiedy rodzice biologiczni dziecka nie żyją, zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej lub wyrazili zgodę na adopcję. Zdarzają się sytuacje, kiedy sąd opiekuńczy orzeka przysposobienie mimo braku zgody rodziców. Przysposobienie jest możliwe również w przypadku ubezwłasnowolnienia rodziców.

Adopcja jest wydarzeniem niezwykle istotnym w życiu człowieka w aspekcie jednostkowym, jak i społecznym. „Symbolizuje ona zderzenie przeciwstawnie wartościowych odniesień do samego siebie, swojej sytuacji życiowej i dziecka, źródła problemów. Ujawnia się bowiem przepaść pomiędzy dwoma światami, które nie przystają do siebie i wydawałoby się, są nie do pogodzenia” [1, 109]. Te dwa światy to w rzeczywistości jeden świat – świat rodzi-

ców biologicznych, podzielonych ze względu na życiowe priorytety. Dla jednych ogromnym problemem, a zarazem życiową katastrofą jest ciąża oraz przyjście na świat dziecka; dla innych – niepłodność rozumiana jako niemożność posiadania biologicznego dziecka. Niektórzy z przyczyn ekonomicznych czy finansowych wyrzekają się dziecka, zrzekając się praw rodzicielskich, tłumacząc taką decyzję walką o przetrwanie.

W uporządkowanym świecie niektórych małżeństw, dobra materialne są najistotniejsze i nie ma miejsca na dziecko. Jedni porzucają dziecko, inni muszą się o nie bardzo starać. „(...) drudzy w poczuciu głębokiej niesprawiedliwości i upokorzenia, nierzadko z zaburzonym poczuciem własnej godności osobowej, proszą o dziecko” [1, 109]. Jednakże najważniejsze w każdej z tych sytuacji jest właśnie dziecko. To ono „(...) cierpi za jednych i drugich w oczekiwaniu na tych, którzy zechcą się stać jego rodzicami” [1, 108].

Pod pojęciem adopcji rozumiemy pełną akceptację dziecka, jego cech fizycznych i psychicznych, jego pochodzenia społecznego, obdarzenie go bezwarunkową miłością.

Rodzaje przysposobienia

W polskim kodeksie istnieją trzy rodzaje przysposobienia dziecka. Przysposobienie całkowite (nierozwiązywalne) zwane anonimowym. Daje ono możliwość stworzenia najtrwalszych więzi między dzieckiem a rodziną. Polega na tym, że dziecko jest związane z nową rodziną w sposób nierozwalny. Dziecku nadaje się nową tożsamość, otrzymuje nowy akt urodzenia. Adopcja jest możliwa tylko wtedy, gdy rodzice dziecka przed sądem opiekuńczym wyraża zgodę na przysposobienie swego dziecka w przyszłości, bez wskazania osoby przysposabiającej, tak zwana blankietowa. Jest ona wyrażana w stosunku do niemowląt. Jednak rodzice nie mogą wyrazić zgody przed upływem 6 tygodni od dnia urodzenia dziecka, ze względu na przemyślaną decyzję.

Przysposobienie pełne (rozwiązywalne) występuje wtedy, gdy przysposobiony staje się pełnoprawnym członkiem rodziny przysposabiającego. Nabywa wobec przysposabiającego i jego krewnych prawa i obowiązki wynikające z pokrewieństwa. Więzy

prawne z jego dotychczasową rodziną zostają zerwane. Rodzice biologiczni zostają pozbawieni władzy rodzicielskiej. Nie ulega ona przywróceniu. Przyniesienie pełne pozwala ustalić pierwotną tożsamość dziecka. Przyniesiony po uzyskaniu pełnoletności może domagać się ujawnienia swojego prawdziwego aktu urodzenia. Adopcja pełna może zostać rozwiązana jednak tylko wtedy, kiedy nie ucierpi na tym dziecko.

Przyniesienie niepełne powoduje powstanie więzi rodzinnych tylko między przyniesianym a rodzicami adopcyjnymi, nie obejmuje krewnych przyniesającego. Powiązania rodzinne dziecka z krewnymi z rodziny biologicznej nie zostają zerwane. Owa adopcja nie zmienia również całkowicie aktu urodzenia dziecka. Jego nazwisko i rodzinne pochodzenie nie ulegają utajnieniu, jedynie w skróconym akcie urodzenia wymienia się rodziców adoptujących jako rodziców dziecka.

Ośrodek adopcyjny – zadania, rola, mechanizm działania

Droga do adopcji powinna prowadzić przez ośrodek adopcyjny. Małżonkowie mogą zgłosić się do wybranego przez siebie ośrodka. W przypadku odrzucenia ich jako potencjalnych rodziców adopcyjnych przez jeden ośrodek, mają możliwość starania się o przyniesienie w innym. Jednakże istnieją pewne kwestie, które we wszystkich ośrodkach uniemożliwiają adopcję np. bycie karanym czy niepełnoletnim.

Ośrodki adopcyjno-opiekuńcze uświadamiają rodzicom adopcyjnym, na czym polega złożony proces przyniesienia, pokazują nie tylko piękno, ale także uświadamiają istotę wielu trudności. Aspekt psychopedagogiczny ma ogromne znaczenie.

Ośrodki adopcyjno-opiekuńcze to placówki, których zadaniem jest niesienie pomocy rodzinom bezdzietnym, a wsparcia – dzieciom pozbawionym rodziny. Placówki te „(...) łączą w nowe, pełne, kochające się rodziny (...)” [2, 13]. Ich działalność ma szeroki charakter, począwszy od zakresu organizacyjnego, diagnostyczno-kwalifikacyjnego, a skończywszy na poradniczo-terapeutycznym. Obejmuje ona koordynowanie sprawy osieroconych dzieci, wyjaśnianie ich sytuacji prawnej, zapewnianie im w trybie

doraźnym warunków bytowych, a także poszukiwanie kandydatów na rodziców adopcyjnych. Takie ośrodki zajmują się także, z drugiej strony, sprawami osób starających się o adopcję, ich sytuacją zawodową, zdrowiem psychicznym, życiem małżeńskim, sytuacją materialną, motywowaniem decyzji adopcyjnej, uczestnictwem w warsztatach przygotowujących do adopcji.

W ośrodkach adopcyjnych kandydaci na rodziców adopcyjnych otrzymują fachową wiedzę o potrzebach dzieci oraz problemach związanych z wychowaniem. Uczestniczą także w warsztatach oraz szkoleniach, które poruszają temat bezpłodności, adopcji dzieci z różnych środowisk, problemów wychowawczych, a także kontaktów dziecka z biologicznymi rodzicami. Szkolenie nie stanowi wystarczającego warunku przysposobienia dziecka.

Etap przygotowania przed szkoleniem obejmuje:

1. Spotkanie informacyjne – dotyczy zapoznania kandydatów z procedurą adopcyjną, psychologowie skupiają się na komunikacji niewerbalnej małżonków, pozwala ona określić charakter przyszłych rodziców adopcyjnych.
2. Testy psychologiczne – są nastawione na poznanie osobowości potencjalnych rodziców adopcyjnych, sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach, metod wychowawczych.
3. Sesje genogramowe – ukształtowane na zebranie informacji na temat rodzin przyszłych rodziców adopcyjnych.
4. Wywiad adopcyjny – ma charakter wizyty domowej. Jego celem jest poznanie warunków mieszkaniowych rodziny, atmosfery domowej, stylu życia przyszłych rodziców.

Kolejnym etapem szkolenia kandydatów jest uczestnictwo w 45-godzinnym programie zajęć o charakterze psychologicznym oraz warsztatowym. Na zajęciach poruszane są problemy dotyczące zagadnień prawnych, wychowawczych, nabywania umiejętności wychowawczych. Prowadzą je psychologowie, prawnicy, pielęgniarki. Następnym krokiem jest etap kwalifikowania i dobiegania. Rodzice adopcyjni są kwalifikowani do pełnienia roli rodzica. Do określonego dziecka dopasowywana jest najlepsza rodzina.

W kolejnym etapie rodzina ma możliwość kontaktowania się z dzieckiem. Podczas pierwszego spotkania pojawia się wiele uczuć i emocji, zachwyt, radość, szczęście, ale czasem też zahamowanie, emocjonalna nieobecność, dystans, czy kontrolowanie własnych reakcji. Rodzina kontynuuje spotkania z dzieckiem.

Moment przyjęcia dziecka do rodziny poprzedza złożenie przez rodziców adopcyjnych wniosków o preadopcję i adopcję. Po uzyskaniu opinii pozytywnej, rodzice mogą przyjąć dziecko do swojej rodziny. Etap ten zakończony jest wywiadem preadopcyjnym oraz rozprawą adopcyjną. Wywiad preadopcyjny przeprowadzany jest przez psychologów zazwyczaj po miesiącu od przyjęcia dziecka. Praca z rodzicami adopcyjnymi, ich przygotowanie oraz szkolenie to długi proces, trwający przez około 6 miesięcy.

Najistotniejsze jest przekonanie „(...) czy rzeczywiście kandydaci na rodziców dają rękojmię należytego sprawowania opieki nad dzieckiem” [3, 43]. Ważne jest otaczanie wsparciem i opieką rodziców adopcyjnych borykających się niekiedy z długim i męczącym procesem adopcji. Jednakże fundamentem działalności ośrodków adopcyjno-opiekuńczych jest przede wszystkim podmiotowe traktowanie dziecka, otaczanie go wsparciem i opieką, „(...) poszanowaniem jego dobra i podstawowych praw” [1, 74]. Ogromnie istotne jest spojrzenie na dziecko jako osobę bezsilną, samotną, bezbronną, młodszą, niedoświadczoną. Biorąc pod uwagę przebyte choroby, potencjalne lub realne zagrożenia zdrowia fizycznego lub psychicznego, problemy wychowawcze, poszukuje się placówki dla dziecka rodziców adopcyjnych lub zastępczych.

Ośrodki adopcyjno-opiekuńcze ściśle współpracują z odpowiednimi instytucjami pomocowymi i sądowymi. Otaczają także wsparciem i opieką rodziny przejawiające dysfunkcje w zakresie wychowawczym, opiekuńczym, emocjonalnym oraz interpersonalnym. Opracowują plan pomocy dziecku i jego rodzinie.

Na przełomie lat nastąpiło wiele zmian w związku z procesem adopcyjnym. W latach 70. wymagano, aby rodzice adopcyjni nie mieli własnych dzieci, spełniali odpowiednie kryteria wiekowe,

a dzieci przeznaczone do przysposobienia były zdrowe. „Kwalifikacja dziecka do rodziny adopcyjnej następowała na podstawie opinii lekarzy specjalistów i psychologa stwierdzającej, że rozwój fizyczny i psychiczny dziecka jest w normie” [3, 44]. Dziś adopcja dziecka chorego czy niepełnosprawnego jest możliwa po uprzednim poinformowaniu o tym rodziny adopcyjnej oraz sprawdzeniu świadomości podejmowanej decyzji. Jednakże w niektórych ośrodkach adopcyjnych małżeństwa przysposabiające muszą przedstawić świadectwa lekarskie informujące o niemożności posiadania własnego potomstwa.

Rodzice adopcyjni

Według polskiego prawa, aby zostać rodzicem adopcyjnym, należy spełniać szereg warunków. Małżonkowie muszą posiadać pełną zdolność do czynności prawnej. Ważne jest również posiadanie odpowiednich kwalifikacji osobistych, gwarantujących należyte sprawowanie opieki nad dzieckiem, dobrych warunków finansowych oraz mieszkaniowych, dobrego stanu zdrowia. Potencjalni rodzice adopcyjni muszą uzyskać pozytywną opinię komisji kwalifikacyjnej ośrodka adopcyjnego. W Polsce o adopcję mogą starać się małżeństwa tworzące stabilny związek oraz osoby samotne. Nie ma możliwości ubiegania się o adopcję osób żyjących w konkubinacie. Istotna jest również kwestia wieku; pomiędzy rodzicami adopcyjnymi, a przysposobionym musi istnieć odpowiednia różnica wieku, między 18 a 40 lat. Jednakże może zdarzyć się sytuacja, kiedy różnica wieku będzie nieco odbiegała od przyjętych wymogów. Kiedy liczy się przede wszystkim dobro dziecka, możliwa jest sytuacja, że osoby czterdziestoletnie adoptują niemowlę.

Wiele osób starających się o przysposobienie dziecka jest przekonanych o tym, że będą mogli „wybrać” sobie dziecko. W ich wyobraźni rysuje się obraz dużej sali pełnej małych dzieci, z której będą mogli wybrać sobie jedno, oczywiście to, które oni sami sobie „upatrzą”.

Teoria znacznie różni się jednak od praktyki. W czasie pierwszej rozmowy z pracownikiem ośrodka adopcyjnego lub domu

dziecka, przyszli rodzice mówią o swoich oczekiwaniach względem dziecka. Pojawia się kwestia wieku, płci dziecka, cech charakteru, a nawet wyglądu zewnętrznego. Jednakże marzenia to nie rzeczywistość. Ogromne znaczenie ma „dobór kandydatów na rodziców pod kątem ich zdolności do pełnienia ról rodzicielskich” [4, 81]. Dlatego tak ważne jest zwrócenie uwagi przez przedstawicieli ośrodków adopcyjnych na motywację oraz osobowość kandydatów na rodziców adopcyjnych. To wręcz najważniejsze zadanie realizowane w ośrodkach adopcyjnych, owo „prawidłowe zdefiniowanie motywów, jakimi kierują się pary (...)” [3, 137]. Dziecko nie może być traktowane jako rekompensata życiowych niepowodzeń i kompleksów oraz niespełnionych ambicji. Adopcja motywowana przesłaniem o scaleniu małżeństwa, wypełnieniem pustki w domu, poprawieniem swojego wizerunku, a nawet zaspokojeniem swoich egoistycznych potrzeb, skazana jest na porażkę. Maria Ziemska (za: E. Kozdrowicz) stwierdza, że kobieta niemogąca mieć własnego potomstwa, poprzez adopcję „może poszukiwać potwierdzenia własnej wartości w roli matki” [3, 136].

W swoich badaniach Ewa Milewska unaocznia istniejące różnice motywacyjne ubiegających się o adopcję kobiet oraz mężczyzn. Dla kobiet priorytetem było wejście w rolę matki, co pozwalało nie odbiegać od wizerunku innych kobiet–matek. Innym kluczowym aspektem był aspekt kompensacyjny. Kobiety niezadowolone ze swojego małżeństwa przejawiały silniejszą chęć adopcji, co mogło wiązać się z tym, że pewne niezaspokojone potrzeby małżeńskie skłoniły je do szukania spełnienia w relacjach z dzieckiem. Mężczyźni bali się poczucia osamotnienia w przyszłości, niezaspokojenia potrzeb emocjonalnych.

Najczęściej rodzice adopcyjni wspólnie podejmują decyzję o przysposobieniu dziecka. Najczęściej wynikała ona z własnych potrzeb, „była odpowiedzią na ukształtowany obraz rodziny, wyniesiony z domu rodzinnego (...)” [5, 171]. Inną motywacją do adopcji dziecka była potrzeba stanowienia pełnej rodziny, pełnienia roli rodzica. Jak podaje J. J. Błęszyński – 81 małżeństw adoptowało dziecko, aby stanowić pełną rodzinę, 5 małżeństw potraktowało adopcję jako terapię, która pomoże odblokować się psychiczne i mieć biologiczne dziecko (traktowane i wychowywane

jak wyczekiwane dziecko biologiczne). Inne małżeństwa swoją decyzją o adopcji chciały pomóc dziecku; dać przykład innym bezdzietnym małżeństwom czy otrzymać akceptację społeczeństwa. Dla większości małżeństw na podjęcie decyzji o przysposobieniu, największy wpływ miała najbliższa rodzina [5].

Rodzice adopcyjni zgodnie przyznają, że adopcja diametralnie zmienia ich życie na wielu płaszczyznach. Zaznaczają, że następuje przewartościowanie priorytetów, w życiu i w małżeństwie, dlatego waga podejmowanej decyzji jest ogromna.

Na poznanie i dostosowanie się do nowej sytuacji, kiedy w rodzinie pojawia się dziecko, na tworzące się związki interpersonalne, na radykalne zmiany, ogromny wpływ mają spokój i opanowanie rodziców. Dziecko adoptowane w pełni powinno zostać zaakceptowane, nawet z jego doświadczeniami i deficytami. Rodzice adopcyjni muszą być pewni swojej decyzji, decyzji o przysposobieniu, powinna ich cechować rozwaga oraz emocjonalna dojrzałość.

Wśród negatywnych czynników uniemożliwiających proces adopcji najczęściej pojawiają się choroby psychiczne i uzależnienia. Innymi przeszkodami były: złe warunki materialne, niezdecydowanie, nieodpowiedzialność, patologia społeczna. Ograniczeniem jest też wiek rodziców adopcyjnych oraz problemy małżeńskie.

Dziecko przeznaczone do adopcji

Dzieci, które mogą trafić do rodzin adopcyjnych to sieroty lub dzieci, których rodzice sądowo pozbawieni zostali praw rodzicielskich albo zrzekli się tych praw. Instytucje, które zajmują się adopcją, zazwyczaj kierują do rodzin adopcyjnych dzieci zdrowe fizycznie oraz psychicznie, „rokujące dalszy prawidłowy rozwój” [6].

Polacy jednak nie chcą adoptować dzieci niepełnosprawnych. Pragną dziecka zdrowego, pięknego, kilkumiesięcznego. Na samym końcu kolejki czekają dzieci z niepełnosprawnością oraz bardzo chore. Szczęście do tych dzieci przychodzi zazwyczaj z zagranicy, najczęściej z Ameryki czy Skandynawii. Nie oznacza to jednak, że dziecko chore psychicznie, kalekie, gorzej rozwijające się,

nie może zostać adoptowane. „Większość rodziców kierowało się stanem zdrowia i rozwoju wolnego prawnie dziecka” [5, 172]. Pragnieniem rodziców adopcyjnych jest stworzenie prawidłowo funkcjonującej rodziny, w której dziecko będzie się rozwijać.

Najodpowiedniejszą formą przysposobienia jest wczesna adopcja, kiedy dziecko trafia do rodziny adopcyjnej jeszcze w okresie noworodkowym lub niemowlęcym. Wiąże się to z tym, że takie dziecko nie przeżyło typowego sieroctwa oraz od początku zapewnione ma odpowiednie warunki rozwoju. Najczęściej przysposobiane są dziewczynki. Rodzice adopcyjni wybierają płeć żeńską dziecka, gdyż są przekonani, że dziewczynki dłużej przy nich zostaną oraz są „przytulniejsze, łatwiejsze w wychowaniu” [4]. Zdarzają się również adopcje dzieci starszych, w wieku przed-szkolnym. Adopcje dzieci w wieku szkolnym – szczególnie powyżej 10 lat, wiążą się z trudnościami wychowawczymi oraz adaptacyjnymi. Najliczniejszą grupę stanowią rodzice, którzy pragną adoptować dziecko w wieku od 1 do 5 lat – „preferowane są adopcje dzieci do 5 roku życia (72%), ze szczególną preferencją okresu noworodkowego i niemowlęcego do 6. miesiąca życia (32,5%)” [4, 18]. Poniższe teksty unaoczniają różnicę pomiędzy adopcją dziecka w wieku niemowlęcym, a przysposobieniem dziecka starszego:

„Mała dobrze się chowa, przybywa jej na wadze, w tej chwili ma już 5 kilogramów. Nie chorowała. Dostaje już różne zupki i soczki. (...) Jest bardzo kochana, taka tłuściutka i już mi gaworzy, i bez przerwy się śmieje (...)” [4, 21].

Starsze przysposobione dzieci mają trudności adaptacyjne:

„Dziecko boi się wszystkiego (...)”.

„Jest ociężałe, gdzie się je posadzi, tam siedzi”.

„Wpada w niepokohowaną złość, rzuca się na podłogę, bije głową o ziemię, swoje życzenia wymusza tupaniem, atakami agresji”.

„Ssie palce nawet w dzień”.

„Kiwa się godzinami stojąc w kącie pokoju lub w łóżku przed snem, nawet w czasie snu”.

„Trzyma się kurczowo matki (...)”.

„Znienacka gryzie matkę (...)” [4].

Starszym adoptowanym dzieciom trudniej poradzić sobie ze swoimi emocjami, znajdują się w nowym, obcym miejscu. Ich równowaga emocjonalna zostaje zachwiana. Dopiero po jakimś czasie takie dzieci nabierają zaufania do swoich nowych opiekunów, mija strach przed utratą rodziców i domu. Atmosfera życzliwości oraz serdeczności, zrozumienia oraz wyrozumiałości, doprowadzają do powolnego osvajania dziecka z nową sytuacją. Najdłużej utrzymują się tzw. negatywne nawyki, czyli: kiwanie się, ssanie palca, czasem masturbacja. Są to objawy choroby sieroczej, będące „reakcją na nudę i jednostajność życia zakładowego, brak zainteresowania osobą dziecka (...)” [4, 23]. Dłuższy czas utrzymywania się takich objawów wiąże się z czasem przebywania dziecka w ośrodku adopcyjnym czy domu dziecka. Im dłuższy pobyt w takim miejscu, tym wyżej wymienione nawyki utrwala się. W okresie bezpośrednio po przybyciu do rodziny adopcyjnej dzieci kiwają się, są zdenerwowane, niespokojne. Przeszują z nogi na nogę, stają w jednym miejscu np. kąciku, chowają się za fotelem. Trans kiwania się może pojawić się nawet w nocy. Często kiwanie się oraz towarzyszące mu energiczne ruchy dziecka występują także podczas snu. Dziecko uspokaja się pod wpływem czułych gestów rodziców, np. ucałowanie, pogłaskanie po głowie. Czasem musi minąć sporo czasu zanim dziecko zaufa.

Problemy rodzin adopcyjnych

Rodzice biologiczni, jak również adopcyjni pełnią rolę opiekunów dziecka. Darzą je miłością bezinteresowną. Proces wychowawczy niesie ze sobą pokonywanie różnych trudności, stawianie im czoła. Rodzice adopcyjni mają tych trudności do pokonania o wiele więcej. Jedną z barier jest tzw. kompleks bezpłodności. Większość osób starających się o adopcję to ludzie, którzy bardzo pragną dziecka, a rodzicami naturalnymi być niestety nie mogą. Pogodzenie z własną bezpłodnością, „zaakceptowanie” jej, wpływa na atmosferę panującą w rodzinie. Osoby niepotrafiące „wyzwolić się” z kompleksu bezpłodności, mające poczucie niskiej wartości, przekonanie o byciu gorszym, obwiniające się, nie będą w stanie zrozumieć wartości adopcji. „Z bezpłodnością trzeba umieć się pogodzić, zrozumieć, że jest ona przecież faktem tylko

biologicznym” [7, 36]. Poprzez adopcję nie można rekompensować sobie „swoich braków”. Żadne rodzicielstwo nie może być traktowane instrumentalnie. W społeczeństwie polskim w dalszym ciągu panuje przeświadczenie, że bezpłodność jest „jakąś plamą, jeśli nie wręcz – winą” [6, 29]. Łączenie opinii, że macierzyństwo i ojcostwo wiążą się wyłącznie z biologiczną stroną ludzkiego życia jest niesłuszna.

Kolejną trudnością, która staje na drodze do adopcji dziecka, jest lęk przez dziedzicznością. Narastający strach, że dziecko może „przejąć” po swoich rodzicach biologicznych złe cechy np. fizyczne, choroby psychiczne, poważne choroby somatyczne, prowadzą do rosnącego niepokoju i wielu obaw. Osoby chcące adoptować dziecko boją się również pochodzenia dziecka, czy nie wywodzi się z rodziny patologicznej, a rodzice nie byli np. złodziejami czy pijakami.

Rodzice adopcyjni cieszą się swoim dzieckiem, dopóki nie pojawią się problemy wychowawcze. Czasami zamiast skutecznie je rozwiązywać, tkwią w złudnym przekonaniu o odziedziczeniu przez dziecko negatywnych cech po rodzicach biologicznych lub przekonanie, że własne dziecko byłoby grzeczne, miłsze i „bezproblemowe”. Rodzice nie potrafią poradzić sobie z narastającymi trudnościami, co ma ogromny wpływ na atmosferę panującą w rodzinie. Dziecko nie czuje się akceptowane, reaguje niechęcią, buntem, nie reaguje na polecenia ani nakazy ze strony rodziców. Rodzice, którzy chcieliby „zamienić” swoje dziecko na jakiegokolwiek inne – mądrzejsze, grzeczniejsze, lepsze, ponieważ sprawia problemy wychowawcze, nie zapewnią dziecku szczęśliwej ani kochającej się rodziny. Dlatego ważna jest współpraca z odpowiednimi specjalistami.

Czasem bywa tak, że życie rodziców adopcyjnych i adoptowanego dziecka naznaczone są pasmem cierpienia. Sytuacja jest nieco łatwiejsza, jeśli adoptowane dziecko jest niemowlęciem i trafia do nowych rodziców najszybciej, jak tylko jest możliwe.

Trudniejsza jest sytuacja, w której do rodziny trafia kilkuletnie dziecko. Zazwyczaj obarczone jest ono bagażem doświadczeń – zaniedbania, braku miłości, braku bezpieczeństwa, odrzucenia, na-

wet przemocy. Trudne jest również dla dziecka przeżycie oddzielenia od rodziców biologicznych, nawet jeśli wyrządzali dziecku krzywdę albo je zaniedbywali. Rodzice zawsze pozostają najważniejsi w jego życiu. Do takich przeżyć dochodzą doświadczenia "dziecka niczyjego", związane z pobytem w domu dziecka oraz wszystkie problemy związane z osieroceniem.

W lepszej sytuacji są rodzice, którzy mają już swoje własne, rodzone dzieci, a z różnych powodów decydują się na adopcję. Rodzice, którzy decyzję podjęli po długich i nieudanych staraniach o własne potomstwo, wnoszą ból utraty swojego nienarodzonego dziecka.

Mogłoby się wydawać, że brak własnego dziecka stwarza jeszcze większą przestrzeń dla miłości do dziecka adoptowanego. Jednak takie myślenie może być mylące. Strata zawsze łączy się z negatywnymi uczuciami, pojawia się depresja. Te wszystkie negatywne uczucia, uciekanie od nazywania problemu, czy nieprzepracowanie w sobie straty nie pozwalają na pojawienie się najważniejszego uczucia – miłości. Wtedy rodzic nie jest rodzicem kochającym. Miała być miłość, rodzinne ciepło, otwartość, a pojawia się wrogość, niechęć, nieprzyjemne słowa. Myśli krążą wokół jednej – dlaczego to nie może być nasze własne, rodzone dziecko. A przecież było oczekiwanie, szczerą chęć, wytrwałość i cierpliwość. Dlatego tak ważne jest zwrócenie się o pomoc do specjalisty, kiedy trudno poradzić sobie z własnymi, czasem zamaskowanymi uczuciami oraz problemami.

Dzieci trafiają do rodzin adopcyjnych po różnych, zwykle ciężkich przeżyciach i przejściach. Dziecko, które doświadczyło przemocy, swoje lęki i obawy będzie przenosiło na rodziców adopcyjnych. W zachowaniu dziecka może pojawić się agresja, arogancja, brak reakcji na upomnienia. Może ono prowokować. W takiej sytuacji dziecko nie będzie w stanie nawiązać pozytywnych relacji z rodzicami adopcyjnymi ani z rówieśnikami. Mogą pojawić się również zachowania destrukcyjne. Takie zachowania ze strony dziecka mogą być także elementem obrony. Przed rodzicami adopcyjnymi stoi trudne zadanie poradzenia sobie z wieloma trudnościami, pojawiającymi się zarówno ze strony dziecka, ale również z własną frustracją, złością, poczuciem wychowawczej porażki.

Rodzice adopcyjni nieświadomie mogą przyjmować na siebie rolę agresywnego rodzica. Rodzice przejmują zachowania agresywnego rodzica biologicznego.

Dzieci oddawane do adopcji mogą mieć tzw. poalkoholowy zespół płodowy. Wówczas problemy będą dotyczyły zaburzeń funkcjonalnych, czyli zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń zachowania. Pojawi się nadpobudliwość psychoruchowa, kłopoty w szkole, trudności w nauce konsekwencji różnych zachowań. Problemy pogłębiają się, kiedy dziecko dorasta. Pojawia się poczucie zrezygnowania ze strony rodziców, „Rodzice mogą mieć poczucie, że ich dziecko niczego się nie uczy, jest niesamodzielne, niedojrzałe, albo że jego zachowanie wynika z patologii "odziedziczonej" po rodzinie biologicznej” [8]. Przyczyną problemów w rodzinach adopcyjnych może być traumatyczna przeszłość dziecka, zmiana miejsca zamieszkania, nowi opiekunowie, brak stałości, przewidywalności i bezpieczeństwa. Ważne jest otoczenie dziecka miłością, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Długi proces adopcyjny, wygórowane wymagania wobec dziecka, oczekiwanie na dziecko „idealne”, chęć „ukształtowania” dziecka doprowadzają do frustracji, zawodu, rozczarowania rodziców adopcyjnych. Problemy leżą również w tym, czy adopcja była przemyślana, oraz świadoma, czy obie strony chciały tego dziecka, czy dziecko nie miało być ratunkiem przed rozpadem małżeństwa, czy dziecko miało być elementem dla stworzenia rodziny idealnej.

W każdej rodzinie mogą pojawić się problemy wychowawcze, podejmując decyzję o adopcji dziecka trzeba wziąć to zagadnienie pod uwagę. Ważne jest wypracowanie wspólnych rozwiązań związanych z wychowywaniem dzieci, wzajemne wsparcie, świadomość wspólnej decyzji, gotowość na zmierzenie się z trudnościami dnia codziennego, przygotowanie na porażki, korzystanie z pomocy. Rodzice adopcyjni mogą mieć poczucie, że jednak nie podołają. Mogą reagować agresją, chęcią wycofania się, rozwiązaniem adopcji.

Oczekiwania rodziców względem adoptowanego dziecka są zwykle wygórowane. Często zdarza się, że rodzice nie potrafią pogodzić się z niepełnym sukcesem dziecka w szkole lub z sukcesami

w życiu zawodowym dziecka. Rodzice adopcyjni oczekują, a później wymagają więcej niż to jest możliwe. Wymagania przerastają dziecko, nie jest ono w stanie spełnić rodzicielskich oczekiwań. Zdarza się, że popada ono w nerwicę lub też poszukuje psychicznej ucieczki w zachowaniach niepożądanych np. ucieka się do przestępczości lub demoralizacji. Nie można także wymagać od dziecka przesadności w okazywaniu uczuć w stosunku do swoich przybranych rodziców. Nie można na zawołanie kogoś kochać, zaufać. Takie oczekiwania przynoszą odwrotny skutek, dziecko nabeędzie zachowań cynicznych i obłudnych. Postawa wygórowanych oczekiwań rodziców adopcyjnych względem dziecka jest szczególnie niebezpieczna, kiedy przysposobione zostaje dziecko kilkuletnie, „dzieci te mają bowiem swoją historię życia, która dość często stanowiła żywe zaprzeczenie tego wszystkiego, co uważamy za niezbędne dla prawidłowego rozwoju małego dziecka” [6, 35].

Przywiązanie dziecka w procesie adopcyjnym

Dzieci, które przed adopcją wychowywali rodzice biologiczni, mają problemy z zaufaniem osobom dorosłym. Zwykle mają one za sobą szereg złych przeżyć i doświadczeń np. przemoc w rodzinie, nadużycia seksualne. Jeśli są to starsze dzieci, nabyły już pewne zachowania i nauczyły się radzenia sobie.

Dzieci, które na podstawie przykrych doświadczeń, nabyły niechęci przywiązania, nie będą w stanie nawiązać prawdziwie bliskiej relacji z opiekunami. Nie będą one szukały czułości ani pocieszenia w trudnych momentach. Czasem mogą nieświadomie prowokować odrzucenie, którego tak naprawdę się boją. Może to być swoistego rodzaju strategia, która ma stanowić ochronę przed powtórnym zranieniem, zerwaniem więzi z rodzicami adopcyjnymi.

Niektóre dzieci sprawiają wrażenie aż nazbyt samodzielnych, gdyż nie nauczyły się prosić o pomoc. Dobrze radzą sobie w momentach, kiedy nie ma przy nich rodziców adopcyjnych, a w szerszym gronie osób dorosłych, lgną jednakowo do wszystkich. Nie wyróżniają najbliższej osoby, co stanowi ich strategię obronną.

Ważne jest, aby nie utrzymywać dziecka w takim przekonaniu, nauczyć je wyrażania własnych potrzeb oraz poproszenia o pomoc.

Dzieci, które mają za sobą bagaż doświadczeń, mogą być lękliwe oraz pozbawione pewności siebie. Czują się zagrożone, nawet w krótkich momentach rozstania z rodzicami adopcyjnymi. Przesadnie skupiają swą uwagę na nastroju rodziców, starając się go rozpoznać, tak, aby móc dostosować się do niego w taki sposób, aby zawsze zadowolić rodziców.

Niektóre dzieci sprawiają wrażenie bezradnych, w różnych sytuacjach oczekują pomocy i wyręczenia ze strony rodziców. W sytuacji odmownej reagują płaczem lub gniewem. Zadaniem rodziców adopcyjnych jest nauczenie dziecka samodzielności, zachęcanie do niej.

Najtrudniejsze zadanie poradzenia sobie z dzieckiem stoi przed rodzicami, których dziecko przeżyło traumę. Reakcje takich dzieci mogą być trudne do przewidzenia. Może pojawić się agresja, wycofanie, bierność. Dziecko może przejawiać lęk do wchodzenia w bliskie kontakty z ludźmi (rodzicami), obawiając się kolejnego zranienia. Swoje zainteresowania może przenosić na rzeczy materialne np. zabawki, zamiast na ludzi. „W zachowaniu tych dzieci można dostrzec oznaki zdezorganizowanego przywiązania (...)” [3, 82]. W takich sytuacjach ważna jest systematyczna praca z dzieckiem i rodzicami pod okiem specjalisty.

Niektóre adoptowane dzieci mogą przejawiać postawę roszczeniową i być skupione tylko na sobie. Wiąże się to z zaburzeniami w kontaktach interpersonalnych, brakiem rozeznania między słowami „branie” i „dawanie”. Pomoc ze strony rodziców wiąże się z nauką wzajemności.

Adopcja w Polsce

W Polsce proces adopcji regulują przepisy kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (KRO). W polskim prawie adopcja występuje pod nazwą przysposobienie. Adopcja polega na prawnym uznaniu biologicznie obcego dziecka za własne. Głównym i nadrzędnym celem adopcji jest zawsze dobro dziecka.

W Polsce dziecko mogą adoptować małżeństwa i osoby samotne. Jednak trzeba przyznać, że największe szanse na adopcję mają małżeństwa bezdzietne i pełne rodziny. Jako argument podaje się fakt, iż pełna rodzina jest środowiskiem najbardziej odpowiednim dla dziecka. Osoby samotne również mogą starać się o przysposobienie, jednak ich szanse są mniejsze. Ograniczenia co do takiego przysposobienia mogą pojawić się w przepisach wewnętrznych ośrodków adopcyjno-opiekuńczych. W Polsce można adoptować jedynie osobę małoletnią, czyli osobę, która nie ukończyła jeszcze 18 roku życia i nie wstąpiła w związek małżeński. Warunkiem adopcji jest złożenie wniosku do sądu przez osobę lub małżonków chcących adoptować dziecko. Osoby pozostając w konkubinacie nie mają żadnych szans na adopcję. Istnieje także możliwość przysposobienia dziecka tylko przez jednego z małżonków ale za zgodą drugiego. Wymagana jest wtedy zgoda na adopcję rodzica, który sam nie przysposabia. W praktyce taka adopcja wiąże się z przysposobieniem pasierba.

Adoptować dziecko może zarówno obywatel Polski mieszkający w kraju, Polak, który mieszka na stałe za granicą, jak również cudzoziemiec. Ewidentnie preferowane są adopcje, które nie są związane z wyjazdem dziecka z kraju.

Aktualnie można adoptować tylko i wyłącznie osobę małoletnią. Jeśli rodzice złożą wniosek o adopcji przed osiemnastymi urodzinami dziecka, a rozprawa sądowa odbędzie się później, dochodzi do adopcji. Osoba przysposabiająca musi być osobą pełnoletnią i nie może być ubezwłasnowolnioną, a jej kwalifikacje osobiste „uzasadniają przekonanie, że będzie należycie wywiązywała się z obowiązków przysposabiającego oraz posiada opinię kwalifikacyjną oraz świadectwo ukończenia szkolenia organizowanego przez ośrodek adopcyjny (...)” [3, 21]. Może się zdarzyć i tak, że „sąd opiekuńczy może, że względu na szczególne okoliczności, orzec przysposobienie nawet mimo braku zgody opiekuna, jeżeli wymaga tego dobro dziecka” [3, 22]. Oznacza to sytuację, kiedy rodzice są nieznani, nie żyją, są małoletni, ubezwłasnowolnieni lub pozbawieni władzy rodzicielskiej albo ta władza jest zawieszona. Jeśli rodzice dziecka nie żyją, są nieznani lub zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej, sąd zwraca się wtedy o wyrażenie zgody na

adopcję wyłącznie do prawnego opiekuna dziecka. Kiedy rodzice dziecka są małoletni, ubezwłasnowolnieni lub ich władza rodzicielska została zawieszona, zgodę na adopcję musi wyrazić opiekun, jak i rodzice dziecka.

Dzieci poniżej 13. roku życia nie wyrażają zgody na adopcję, ale obowiązkiem sądu jest wysłuchanie dziecka. Nie dotyczy to dzieci chorych i upośledzonych oraz dzieci, najmłodszych, które są osobami niedojrzałymi.

Jeśli dziecko ukończyło 13 lat, jego zgoda jest niezbędna. Wyjątkiem od tej czynności są dwie sytuacje. Pierwsza pojawia się wtedy, kiedy dziecko nie jest zdolne do wyrażenia zgody, ponieważ jest chore lub upośledzone.

Druga zaś dotyczy się oceny przez sąd stosunku między przysposabiającym a przysposabianym.

Kiedy decyzja o adopcji dotyczy rodzeństwa, teoria mówi o nierozdzielaniu dzieci, praktyka zaś rządzi się swoimi prawami. Małżeństwa, które decydują się na adopcję kilkorga dzieci będących rodzeństwem, muszą zostać odpowiednio do tego przygotowane. Kiedy nie ma rodzin gotowych przysposobić liczne rodzeństwo, rozważana jest decyzja rozdzielenia dzieci. Poszukiwani są wówczas rodzice, gotowi zaadoptować rodzeństwo, które będzie ze sobą w kontakcie. Liczne rodzeństwa przysposabiane są w szczególności przez zagraniczne rodziny.

Rodzice mogą wyrazić wolę o adopcji ich dziecka. Deklaracja taka jest pełnoprawna, jeśli zostanie złożona po upływie 6 tygodni od urodzenia dziecka przed sądem przez rodziców lub matkę w wypadku, kiedy ojcostwo nie zostało ustalone, a matka nie jest mężatką. Decyzja może polegać na złożeniu tzw. deklaracji blankietowej czyli oświadczenia woli, z prośbą o adopcję dziecka przez osoby nieznanne rodzicom lub też deklaracji woli – adopcja ze wskazaniem, kiedy rodzice dziecka wskazują rodziców adopcyjnych.

Jawność adopcji

W świetle przepisów prawnych „(...) za fundamentalne uznaje się prawo dziecka do wiedzy o własnym pochodzeniu (...)” [1, 76].

Przeszłość oraz tożsamość dzieci adoptowanych ściśle są ze sobą powiązane.

Jedną z barier, którą muszą pokonać rodzice adopcyjni jest prawda o adopcji. Niektórzy rodzice uważają, że lepiej będzie, kiedy dziecko nie pozna prawdy, inni są przekonani, że należy wyjawić dziecku całą prawdę. Zdania są podzielone, każda ze stron posiada własną argumentację. Nie warto mówić prawdy, ponieważ dziecko zostanie okrzyknięte „znajdą” czy „podrzutkiem”, zostanie wyśmiane, poczuje się gorsze, a nawet „będzie mu smutno, że jest inne niż wszystkie dzieci” [9]. W świadomości niektórych rodziców przysposabiającego dziecko tkwi przekonanie, że należy wybrać odpowiedni moment, aby powiedzieć dziecku prawdę. Rodzice czekają na ten najbardziej odpowiedni czas. Postanawiają mu powiedzieć, kiedy będzie już starsze, kiedy już zrozumie. Rodzice adopcyjni boją się, że dziecko starsze rozpocznie poszukiwania biologicznych rodziców, boją się trudnych pytań ze strony dziecka dotyczących jego naturalnej rodziny. Zdarza się czasem, że wszyscy wokół wiedzą o adopcji, wszyscy, oprócz dziecka. Najgorszy moment pojawia się wtedy, kiedy dziecko dowie się o adopcji od osoby trzeciej. Sytuacja pogarsza się, kiedy ta wiadomość zostanie przekazana przez rodziców w sposób brutalny czy nawet wulgarny podczas np. kłótni. „(...) budowane w relacji z nimi zaufanie (...) na skutek odkrycia kłamstwa, zostaje zachwiane” [10, 29]. Dochodzą do głosu emocje, zwłaszcza te negatywne. Agresja, zachowania problemowe, depresja, a nawet próby samobójcze mogą pojawić się, kiedy dziecko w sposób niewłaściwy dowie się prawdy o sobie swoich korzeniach w okresie dojrzewania. Może to skutkować nawet rozpadem rodziny oraz utratą dziecka. Przeżyty wstrząs może doprowadzić do poważnych zaburzeń w zachowaniu dziecka, do depresji, nerwicy czy próby samobójczej. Pojawia się złość, gniew, niechęć, zawód. Najgorsze dla rodzica jest odejście z domu pełnoletniego już dziecka oraz zerwanie wszelkich więzi.

Adopcja jest rodzicielstwem takim samym jak rodzicielstwo biologiczne. „Adopcja nie może być żadną grą, musi ona stanowić sytuację rzeczywistą, a nie umowną” [11, 34].

Rodzice adopcyjni mówią dziecku prawdę w sposób wymijający, niejednoznaczny, niepełny lub po prostu nie przyznają się, że są rodzicami adopcyjnymi. Kłamią. Ukrywają lub fałszują prawdę. Kłamiąc, odbierają swemu dziecku wolność wyboru.

Nie mówią przysposobionemu dziecku prawdziwych informacji np. o rodzeństwie lub przekazują wiadomości fałszywe jako prawdziwe np. zapewniają dziecko, że jest ich biologicznym dzieckiem. Zdarza się, że małżonkowie nie akceptują swojej bezdzietności. Nie dopuszczają myśli, że są rodzicami zastępczymi. Poprzez kłamstwo utwierdzają się w przekonaniu, że bycie dobrym rodzicem to bycie rodzicem biologicznym. Sformułowanie „rodzic adopcyjny” kojarzą z czymś negatywnym, gorszym. Inna sytuacja pojawia się wówczas, kiedy rodzice adopcyjni boją się odrzucenia ze strony dziecka. Manipulują dzieckiem, utrwalają w dziecku przekonanie, że są jego rodzicami biologicznymi. Sprawują kontrolę nad dzieckiem, kształtują je według swoich własnych upodobań. To motyw bardzo egoistyczny. Rodzice adopcyjni boją się, że kiedy dziecko dowie się prawdy o swoim pochodzeniu, odwróci się od nich. Nie mogą oni obawiać się sytuacji, kiedy dziecko rozpocznie poszukiwania rodziców biologicznych, wtedy oni stracą dziecko. Dlatego tak ważne jest, aby wzajemne relacje w rodzinie oparte były na prawdzie.

Jeszcze innymi motywami kierują się rodzice, którzy uważają, że prawda o adopcji będzie dla dziecka zbyt bolesna. Dlatego zatają ją. Znajdują sobie różne usprawiedliwienia np. młody wiek dziecka. Uznaj że taka sytuacja będzie najlepsza dla dziecka. Rodzice, którzy kierują się motywami destrukcyjnymi, podejmują działania o charakterze zemsty. Własną sytuację uważają za złą, nie akceptują jej. Obwiniają drugiego rodzica biologicznego za doprowadzenie do niej. Taka sytuacja może pojawić się wówczas, kiedy matka, chcąc zemścić się na biologicznym ojcu swego dziecka, z którym się rozstała, nie mówi dziecku, kto jest prawdziwym jego ojcem.

Otwarte traktowanie adopcji to proces ciągły i długotrwały. Tu nie wystarczy jedna czy dwie szczerze rozmowy. Doktor D. Brodzinsky zajmujący się problemami adopcji w swoich badaniach, wykazał, że dzieci adoptowane najbardziej chciałyby poznać

swoje rodzeństwo (85%). Matkę chcieliby poznać tylko 40% przysposobionych [12].

BIBLIOGRAFIA

- [1] WĄSIŃSKI A., *Dziecko, rodzice, adopcja*, Kraków 2005.
- [2] KWIATKOWSKA A., *Adopcja*, Remedium, 2016.
- [3] KOZDROWICZ E., *Adopcyjne rodzicielstwo*, Warszawa 2013.
- [4] SZYSZKOWSKA-KLOMINEK W., *Adopcja, a co potem?*, Warszawa 1976.
- [5] BŁESZYŃSKI J., *Kluczowe zagadnienia przysposobienia i funkcjonowania rodziców adopcyjnych*, Kraków 2005.
- [6] SZYMBORSKA A., *Rodzina i dom*, Warszawa 1976.
- [7] PAWELEC B., *Adoptować, żeby ... urodzić?*, Charaktery 2008.
- [8] ANDRZEJCZAK-SZYMAŃSKA R., *Nieudana adopcja. A przecież chcieliśmy tak dobrze!*, [w:] www.psychotekst.pl (28.06.2018).
- [9] DUDEK J., *Adopcja – zadanie radosne i... trudne*, Nowa Szkoła 2007.
- [10] JANKOWSKA-RACHEL A., *Adopcja i kłamstwo. Motywacje rodziców adopcyjnych do nie informowania dziecka o fakcie przysposobienia*, „Wychowanie na co dzień”, 2004.
- [11] STEFANIAK W., *Adopcja – czyje dobro jest najważniejsze?*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, 2006.
- [12] OSTROWSKA K., MILEWSKA E., *Adopcja – teoria i praktyka*, Warszawa 1999.

AGNIESZKA ŁASOCHA

FUNKCJONOWANIE DZIECKA Z ZABURZENIAMI TIKOWYMI W SZKOLE I PRZEDSZKOLU

Streszczenie

Artykuł przedstawia fakty dotyczące pochodzenia choroby oraz źródło jej powstania. Głównym założeniem pracy jest charakterystyka tików oraz ich objawy. Zostaną opisane rodzaje tików od tych słabych mimowolnych ruchów ciała do tych mocnych zupełnie niekontrolowanych przez chorych. Zapoznamy się z neurologicznymi uwarunkowaniami zaburzeń tikowych związanych z budową i funkcjonowaniem ośrodkowego układu nerwowego. Artykuł napisany został w celu zapoznania się z funkcjonowaniem dzieci z zaburzeniami tikowymi. Podjęta została próba odpowiedzi na pytanie jak radzą sobie w szkole oraz przedszkolu dzieci z tikami. Czy są świadome swoich zaburzeń, jaka jest postawa nauczycieli, jak rodzice pomagają swoim dzieciom. Praca podejmuje temat dzieci, które na co dzień borykają się z tikami, przede wszystkim jak są odbierane przez inne dzieci oraz społeczeństwo. Zespół Tourette'a, po krótko opisany w poniższym artykule, pokazuje nietuzinkowe zachowanie osób dotkniętych tą chorobą. Z artykułu dowiemy się co może pomóc osobom w zwalczeniu bądź uśpieniu objawów chorobowych, dowiemy się także czy Zespół Tourette'a jest chorobą uleczalną. Ważną kwestią poruszaną w artykule jest również trafna ocena, diagnoza postawiona przez specjalistę. Wątro pamiętać bowiem o tym, iż nie każde występujące tiki są objawem Zespołu Tourette'a.

Lęk, poczucie bezradności, powolne osvajane się z chorobą, mimowolnymi gestami, słowami. O tyle o ile problem w przedszkolu jest nieduży to w szkole podstawowej oraz na dalszych szczeblach edukacji dziecka staje się on bardziej kłopotliwy i uciążliwy. Wyśmiewanie przez kolegów, koleżanki, brak zrozumienia, akceptacji to tylko zarys tego z czym musi zmierzyć się dziecko dotknięte zespołem tikowym.

Słowa kluczowe

tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia tikowe

Abstract

The article presents facts concerning the origin of the disease and the source of its creation. The key assumption of the work is to characterise tics and their symptoms. The types of tics will be described starting with weak, involuntary body movements to the strong ones completely uncontrolled by those affected. Neurological conditions of tic disorders relating to the structure and functioning of the central nervous system will be elucidated. The article was

prepared to familiarise the readers with the functioning of children suffering from tic disorders. An attempt was made to answer the question of how children with ticks manage at school and kindergarten. Are they aware of their disorders, what is the teachers' attitude, how do parents help their children. The work takes up the subject of children who are coping with tics on a daily basis, in particular how they are received by other children and by the society. The Tourette Syndrome, briefly described in the article, shows uncommon behaviours of those suffering from this disease. The article explains what can be helpful in fighting or suppressing the disease symptoms; it also explains whether the Tourette Syndrome is a curable disease. An important matter addressed in the article is also correct evaluation and diagnosis made by a specialist. It is worth bearing in mind that not all the tics occurring are a symptom of the Tourette Syndrome.

Fear, sense of powerlessness, getting accustomed to the disease, to involuntary gestures, words. As long as the problem is minor at kindergarten, it becomes more troublesome and burdensome for a child at primary school and during further education. Ridiculing by other pupils, lack of understanding, lack of acceptance are only an outline of what a child affected by a tic syndrome has to encounter.

Key words

tics, Tourette Syndrome, tic disorders

Wstęp

Zaburzenia rozwojowe u dzieci to temat w dzisiejszych czasach bardzo szeroko rozwinięty. Szkolna rzeczywistość, podejście rodziny, akceptacja, wiedza na temat problemu, który dotyczy dzieci jest bardzo istotny. Należy pamiętać iż każdy ma prawo do swobodnego rozwijania się, pomimo swoich zaburzeń, słabości. Tiki u dzieci najczęściej ujawniają się pod koniec wieku przedszkolnego lub na początku edukacji szkolnej. Jak dotąd nie jest znana zmiana genetyczna, która powoduje zaburzenia tikowe. Badania dowodzą, że zespół Tourette'a występuje 3-4 krotnie częściej u chłopców niż u dziewczynek, a dotyczy przeciętnie 4,3 osób na 10 tysięcy [10]. W przebiegu choroby pojawiają się okresy remisji jednak schorzenie towarzyszy zazwyczaj do końca życia. Choroba tików jest przyczyną wyraźnego zaburzenia funkcjonowania i znacznie narusza, a także upośledza życie człowieka we wszystkich obszarach aktywności rodzinnej, szkolnej, interpersonalnej

oraz zawodowej w przyszłości u osób dorosłych. Dlatego też temat poruszany w artykule jest niezwykle ważny nie tylko aby zapoznać się z etiologią choroby ale przede wszystkim aby odpowiednio nieść pomoc osobom, które tego potrzebują zachowując przy tym poszanowanie ich godności.

Problem tików u dzieci jest jak wykazano w badaniach przeprowadzonych w Klinice Neurologii Wieku Rozwojowego Akademii Medycznej w Poznaniu jest zaburzeniem często łączonym z innymi zaburzeniami takimi jak ADHD, zespołem kompulsywno-obsesyjnym czy też stanem lękowym. Inne występujące zachowania oraz objawy u dzieci z tikami to trudności w skupieniu uwagi, które powodują częste problemy w nauce. Pojawia się również brak kontroli nad własnym ciałem oraz nadaktywność. W najtrudniejszych przypadkach pojawia się agresja skierowana przede wszystkim na siebie, zaburzenia snu oraz depresja [1, 393].

Tiki – rodzaje i etiologia zaburzenia

Tiki są mimowolnym wykonywaniem nagłych, nierytmicznych ruchów, które się powtarzają dotyczą jednej lub wielu części ciała. Wykonanie tików może być poprzedzone chęcią stłumienia ich. Silna wola a także rozluźnienie mogą powstrzymać tiki. Tiki zazwyczaj znikają podczas snu. Mruganie powiekami, grymas ust, marszczenie brwi, ruchy brodą, wysuwane języka, kiwanie głową, obracanie głowy to najczęściej pojawiające się tiki w obrębie twarzy. Pojawiają się również tiki ciała takie jak: wzruszanie ramionami, nogami, palcami, poruszanie rękami, zaburzenia oddechu, ziewanie, pokaszliwanie. Znane są również tiki dźwiękowe mlaskanie, chrząkanie, szczekanie. Zaburzenia mogą występować pojedynczo, bądź grupowo, mogą być stałe, bądź zmienne. Tiki najczęściej pojawiają się około 6., 7. roku życia. Mogą być przejściowe, chwilowe – takie zazwyczaj znikają spontanicznie oraz nie są zbyt częste. Zazwyczaj występuje jeden lub kilka tików ruchowych o bardzo zmiennym charakterze. Tego rodzaju tiki ustępują samoistnie, bez leczenia, zazwyczaj przed upływem roku. Wyróżniamy również chroniczne tiki, czyli takie, które trwale towarzyszą, a objawy utrzymują się dłużej niż rok [1, 109-110].

Najtrudniejszą formą tikową jest choroba tikowa znana pod nazwą zespołu Gilles de la Tourette'a. Charakteryzuje się występowaniem licznych tików powracających, szybkich, powtarzających się najczęściej w obrębie twarzy oraz kończyn górnych. Występują również liczne tiki wokalne pod postacią kopolalii („brzydkie słowa”), echolalii (powtarzanie słów lub zwrotów wypowiedzianych przez inne osoby), chrząkania, szczekania itp. Choroba tikowa zaczyna się najczęściej między 2. a 15. rokiem życia i występuje trwale [2, 111-112].

Zespół Gillesa de la Tourette'a znany jest od ponad 150 lat. Ilość, częstotliwość i charakter tików są zmienne w stosunku do upływu czasu. Objawy opisano w średniowiecznych raportach dotyczących ludzi którzy zostali uznani za opętanych przez diabła. Z czasem odstąpiono jednak od teorii obarczającej winą za chorobę siły nieczyste, jednak wciąż zastanawiano się nad jej przyczyną. Pierwszy przypadek zespołu Tourette'a został zauważony w 1825 roku u francuskiej arystokratki markizy de Dampierre. W 1885 roku francuski neurolog i neuropsychiatra Gilles de la Tourette w trakcie pracy w szpitalu Salpetriere w Paryżu opisał dziewięć przypadków zespołu. Najbardziej zwrócił uwagę na różne występujące tiki przymusu wypowiedziania wulgarnych słów i powtarzania tego, co mówią inni [3].

Badacze choroby tikowej wskazują na neurologiczne uwarunkowania zaburzeń związanych z występowaniem tików. Badacze twierdzą, że napady tikowe są związane z określoną budową i funkcjonowaniem centralnego układu nerwowego. Uznano więc, że zespół Tourette'a oraz inne zaburzenia tikowe są chorobą neurologiczną, dotyczącą układu ruchowego. Kiedyś twierdzono, że jest chorobą psychiczną, jeszcze wcześniej, że wynika z opętania. Jednak w dzisiejszych czasach uznaje się, że osoby dotknięte tikami nie są nieprawidłowo rozwinięte intelektualnie oraz emocjonalnie. Ich intelekt jest w normie. Głównym czynnikiem warunkującym zaburzenia tikowe to nieprawidłowości w zakresie stężenia substancji chemicznych oraz ich rozkładu w obrębie mózgu, które są nazywane neurotransmiterami albo neuroprzekaznikami (szczególnie dopaminy odpowiadającej za nasze dobre samopoczucie) [4, 14].

Innym czynnikiem wpływającym na choroby tikowe jest genetyka. W uwarunkowaniach genetycznych najczęściej wskazuje się dziedziczenie autosomalne dominujące. Ryzyko wystąpienia zaburzenia tikowego oraz innych zaburzeń np. obsesyjno-kompulsywnych u potomstwa osoby chorej na zespół Tourette'a wynosi 50%. Badania odnośnie dziedziczenia choroby są szeroko prowadzone w Stanach Zjednoczonych oraz Anglii. Niestety wczesne wykrycie zaburzenia jest niemożliwe ze względu na brak możliwości wykonania badań prenatalnych [1, 391].

Zespół Tourette'a omawiany jest w Klasyfikacji ICD Światowej Organizacji Zdrowia jako „zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym”. Grupa zaburzeń F95 obejmuje (F95.0, F95.1, F95.2) od tików przemijających, utrzymujących się nie dłużej niż przez okres 12 miesięcy zazwyczaj występujących u dzieci 4-5 lat poprzez tiki przewlekłe ruchowe oraz głosowe, które utrzymują się dłużej niż rok występują proste, bądź złożone do tych głosowych i ruchowych zwanym zespołem Tourette'a [1, 390].

Dzieci z tikami w szkole i przedszkolu

Z obserwacji osób cierpiących na schorzenie tikowe wynika, iż te dzieci, które chodzą do przedszkola funkcjonują znacznie lepiej niż starsze dzieci chodzące do szkoły. Małe dzieci przedszkolne nie mają tak dużych problemów z akceptacją grupy jak dzieci, które uczęszczają do szkoły. Zaobserwować można, że im większa świadomość dziecka, tym większy dystans do dzieci, które zachowują się inaczej. Dzieci starsze mniej akceptują odmienne zachowania drugiego dziecka, często wyśmiewają jego problem, występuje naśladowanie tików, przedrzeźnianie, drwienie. W przedszkolu dziecko z tikami radzi sobie o wiele lepiej. Małe dziecko, przedszkolak często nie zauważa, iż dzieje się z nim coś nietypowego, takie dziecko nie jest świadome występujących u siebie tików, dlatego też problem jest mniejszy. Dzieci w przedszkolu spędzają czas na zabawie, przedszkole jest miejscem, w którym dziecko miło spędza czas, jest środowiskiem mniej stresogennym. Dzieci przedszkolne przebywają w ruchu skupione są na wspólnej zabawie nie dostrzegają innego zachowania swojego kolegi.

Dziecko nie jest wystawiane na ocenę w przeciwieństwie do szkoły, w związku z tym dziecko mniej tiki. Zauważyć można, iż wzmożone napięcie tikowe u dzieci w przedszkolu występowało w sytuacji większej ekscytacji (np. w dzieje się coś nowego, przychodzi gość specjalny, dzieci oglądają przedstawienie teatralne, bądź inne) tiki pojawiają się także częściej w sytuacjach stresowych u dziecka (np. kiedy dziecko jest w konflikcie z innym dzieckiem, bądź nie otrzymuje tego, co chce otrzymać). W środowisku szkolnym problem pojawiania się tików u dzieci jest znacznie trudniejszy. Problemy z rówieśnikami, brak zrozumienia to jeden z wielu czynników, które nie pozwalają dziecku na swobodne funkcjonowanie w szkole. Dziecko w szkole musi zderzyć się z rzeczywistością szkolną, czyli pisaniem kartkówki, odpowiedziami ustnymi, czytaniem, pisaniem oraz wieloma innymi czynnościami, które wywołują stres, a to powoduje wzmożone występowanie tików. Z obserwacji wynika, iż tylko dziecko, które ma fachową pomoc, wraz z odpowiednim podejściem, zrozumieniem nauczyciela jest w stanie poprawnie funkcjonować w szkole. O tyle o ile nauczyciel jest w stanie zrozumieć i dostosować odpowiednio wymagania do dziecka, rówieśnik niestety nie zawsze rozumie i akceptuje zachowanie swojego kolegi.

Chłopiec z zespołem tikowym funkcjonujący w szkole, zetknął się z wieloma nieprzyjemnymi sytuacjami związanymi z wyśmiewaniem przez rówieśników, do tego doszły zbyt wysokie wymagania stawiane dziecku przez rodziców, rodzina nie potrafiła zrozumieć co dzieje się z dzieckiem, dlatego dziecko nie panuje nad swoim zachowaniem. Zachowane dziecka było oceniane przez rodziców jako niegrzeczne, niezdyscyplinowane. Dziecko pytane o motyw swojego postępowania nie potrafiło odpowiedzieć ponieważ, nie było świadome tego co robi. Po wielu konfliktowych sytuacjach z rówieśnikami, wyśmiewaniu, braku zrozumienia, rodzice dziecka postanowili podjąć farmakoterapię, która wyciszyła tiki chłopca. Dziecko w szkole zaczęło funkcjonować poprawnie jednak dało się zauważyć problemy z koncentracją oraz zaburzenia nastroju. Przyjmowane leki mogą powodować skutki uboczne, takie jak senność, pogorszenie uwagi, pamięci, mogą spowolnić proces uczenia się.

Postawa nauczyciela jest kluczowa w podejściu do ucznia jego nastawienie, motywacja oraz cierpliwość okazana dziecku. W sytuacji kiedy nauczyciel odpowiednio reaguje na zaburzenie dziecka, można liczyć na wsparcie nauczyciela dziecko może czuć się komfortowo. Warto jednak zauważyć, że nie każdy nauczyciel potrafi uporać się z problemem dziecka często w szkołach zauważa się tzw. „odpuszczanie dziecku” co tylko zwiększa u dzieci napięcie tikowe.

W szkole zdecydowanie mniej spotykamy dzieci z tikami niż dzieci z dysleksją. Tiki są bardziej widoczne, a ich występowanie często zaburza tok lekcji. Faktem jest, iż dzieci z tikami są bardzo wrażliwe na uwagi rówieśników, bądź nauczyciela. Czują, że zaburza to ich poczucie bezpieczeństwa i akceptacji, rodzi strach przed kolejnym komentarzem. Czasem również sprawia, że dziecko nie chce iść do szkoły. Dziecko swoje obawy pokazuje poprzez zwiększone tiki, nadpobudliwość, impulsywność, czasem zachowania agresywne, problemy ze snem oraz obniżony nastrój [5].

Terapia, czyli jak walczyć z tikami

Funkcjonowanie w szkole dzieci z tikami jest utrudnione nie tylko przez istniejące mimowolne tiki, które uniemożliwiają pracę dziecka na lekcji, ale również poprzez konsekwencje społeczne, czyli lęk przed wyśmiewaniem, wstyd, lęk przed niezrozumieniem nauczyciela. Z drugiej strony dodatkowym elementem utrudnionego funkcjonowania ucznia jest senność, zaburzenia uwagi, brak koncentracji spowodowane przyjmowaniem leków przeciwtikowymi. Najbardziej jednak na pracę dziecka w szkole wpływają zaburzenia współtowarzyszące takie jak nadpobudliwość psychoruchowa (ADHD) oraz inne zaburzenia rozwoju, np. dysleksja, dysgrafia, dyskalkulia. Bardzo ważnym etapem w leczeniu dzieci z zespołem Tourette'a jest odpowiednia edukacja dziecka, rodziny, nauczyciela oraz innych osób, które są w stałym kontakcie z dzieckiem dotkniętym zespołem tikowym. Istotną kwestią jest wyjaśnienie wszystkim czym jest choroba tikowa, jak się ją leczy, podkreślenie wszystkim, iż jest to choroba, a gesty chorego są nie zło-

śliwe i wynikają mimowolnie. Jeśli mowa o szkole, warto pamiętać, że zasadniczą strategią radzenia sobie z sytuacją jest ignorowanie przez nauczyciela objawu oraz zachęcanie do tego innych uczniów. Nauczyciel powinien konsekwentnie postępować z uczniem nie zwalniając go z zadań czy odpowiedzi. Jeśli nastąpi nasilenie tików w momencie pytania, należy poinformować ucznia, że będzie odpytany jak się uspokoi lub jeśli chce, to może napisać odpowiedź na kartce. Bardzo ważne jest stworzenie dziecku odpowiedniego, przyjaznego środowiska szkolnego popartego przede wszystkim zrozumieniem uczniów. Dodatkowym krokiem jest skontaktowanie lekarza, pod opieką którego znajduje się dziecko z wychowawcą klasy, bądź pedagogiem, w celu szerszej informacji na temat postępowania z uczniem [6, 296-297].

Philip C. Kendall w odniesieniu do terapii przytacza również interesujące, ale nie zweryfikowane w badaniach empirycznych przykłady oddziaływań terapeutycznych, np. trening samoświadomości w leczeniu zespołu Tourette'a [7].

Częste zwracanie uwagi na tiki, dopytywanie dziecka „jak się czuje”, „dlaczego ma tiki”, albo proponowanie, żeby „spróbowało skontrolować swoje zachowanie i przestało tikać”, w prostym mechanizmie wzmocnień behawioralnych może doprowadzić do nasilania się objawów. Zalecaną techniką behawioralną jest jak najmniej koncentrowanie uwagi na tikach. Istotne jest także wzmocnianie zachowań pożądanых oraz wygaszanie niepożądanych. Należy pamiętać, że tiki nie są winą dziecka, nie można go za to karać. Schorzenie wymaga także korekty zachowania osób bliskich dziecku (rodziców, rodzeństwa) jak i innych bliskich. W technice behawioralnej opisywany jest również trening odwracania nawyków praca terapeutyczna wymaga zastosowania lustra w celu ustalenia okoliczności występowania tików oraz ćwiczenia świadomego napinania mięśni, w których są zlokalizowane tiki. W szkole ważne jest zorganizowanie warunków sprzyjających skupieniu na zadaniu poprzez strukturyzację procesu edukacyjnego [8].

Tiki przejściowe raczej nie powinny być leczone farmakologiczne, ponieważ w większości przypadków same ustają. Leczenie polega przede wszystkim na ignorowaniu objawów tików. Tiki

można powstrzymać na jakiś czas jednak potem dziecko musi wyrzucić z siebie jakby zatrzymane tiki. Sztuka ta dla dzieci nie jest łatwa, głównie dorośli potrafią ją opanować. Jeśli mowa o tikach utrwalonych o zespole Tourette'a leczenie farmakologiczne rozpoczynamy w momencie gdy tiki przeszkadzają osobie w normalnym życiu. Nie jest wskazane podawanie leków tylko i wyłącznie po to, aby zadowolić rodzinę czy znajomych.

W terapii tikowej istotnym punktem jest zastępowanie tików dla pierwszego tików czyli trening reakcji zastępczych jednocześnie z motywacją dziecka do kontrolowania spokojnego i regularnego oddechu. Ważne w terapii są również techniki relaksacji, które zalecane są również w szkole. Niektóre techniki relaksacyjne można również zastosować z klasą co jest korzystne nie tylko dla dzieci z tikami, ale także dla dzieci w klasie. Pomoc rodzinom dzieci dotkniętych tikami powinna opierać się na treningu terapeutycznym w zakresie radzenia sobie ze stresem oraz problemami, jakie mogą wystąpić w późniejszym etapie życia dziecka [1, 396].

Podsumowanie

Bardzo istotne w chorobie tikowej w zespole Tourette'a jest wsparcie oraz zrozumienie przede wszystkim rodziców, opiekunów. Akceptacja dziecka takiego, jakim jest ze swoimi zaletami oraz wadami, jest najważniejszym elementem w terapii dziecka. Tylko dziecko akceptowane i rozumiane przez rodziców jest w stanie w przyszłości normalnie funkcjonować oraz podjąć próbę uczestnictwa, rozwijania swojej kariery zawodowej. Zwracając uwagę na dzieci szkolne, u których występują problemy tikowe każdy nauczyciel powinien pamiętać o wydłużeniu czasu pracy w szczególnych sytuacjach.

Choroba tikowa jest chorobą nieuleczalną. Tiki można uspić, ale nie można ich całkowicie zlikwidować. To mózg wysyła sygnały, których nie można opanować, nie można powstrzymać. Ważne jest podejście chorego do choroby, jego silna wola. Nie można się poddawać, uchylać, odpuszczać. Dzieci z tikami mają niewielu kolegów. U osób z tikami ważny jest upór w dążeniu do celu oraz wewnętrzna siła. W stresie osoby z tikami nie mogą ich opanować, tiki nasilają się, traci się nad nimi kontrolę [9].

Tiki mogą zaburzać funkcjonowanie ucznia i wpływać negatywnie na jego rozwój, dlatego pomoc psychologiczno-pedagogiczna powinna być kompleksowa i zaplanowana z uwzględnieniem ścisłej współpracy wszystkich środowisk zaangażowanych w życie dziecka. Zmotywowanie rodziców do szukania pomocy w postawieniu diagnozy oraz do podjęcia terapii to podstawowe zadanie pedagogów. Zaangażowanie nauczycieli w psychoedukację otoczenia jest niezbędne do osiągnięcia przez dziecko sukcesu i zminimalizowania konsekwencji choroby tikowej. W dorosłym życiu ludzie z tikami mogą wykonywać różne formy pracy zawodowej, mogą sprawnie funkcjonować w środowisku jeśli tylko akceptują siebie oraz są rozumiani i akceptowani przez społeczeństwo.

BIBLIOGRAFIA

- [1] CZAPIGA A., *Dziecko z zespołem Tourette'a*, [w:] red. B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski, *Dzieci chore, niepełnowprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, IMPULS, Kraków 2008.
- [2] MARCELLI D., COHEN D., *Psychopatologia wieku dziecięcego*, Wrocław 2013.
- [3] Polskie Stowarzyszenie Syndrom Tourette'a, *Historia tików*, [w:] <http://www.tourette.pl/docs/191> (02.02.2018).
- [4] BRYŃSKA A., WOLAŃCZYK T., *Dziecko z zaburzeniami tikowymi w szkole i przedszkolu*, ORE, Warszawa 2010.
- [5] JEZIORSKA W., *Syndrom Tourette'a – choroba tików*, [w:] <http://www.ppp4lodz.pl/index.php/warto-przeczytac> (03.05.2018).
- [6] WOLAŃCZYK T., SREBNICKI T., *Wybrane zaburzenia psychiczne*, [w:] red. B. Woynarowska, *Uczniowie z chorobami przewlekłymi*, PWN, Warszawa 2010.
- [7] KENDALL P.C., *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
- [8] DĄBROWSKA I., *Choroba tikowa*, [w:] red. M. Jerzak, *Zaburzenia psychiczne i rozwojowe u dzieci a szkolna rzeczywistość*, PWN, Warszawa 2016.
- [9] *Klasa pana Tourette'a (Front of the Class)*, reż. P. Werner, USA 2008.
- [10] Hasło: Zespół Tourette'a, [w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3%C5%82_Tourette%E2%80%99a (04.09.2018).

JOANNA MARCINIAK

FUNKCJONOWANIE DZIECKA Z ZESPOŁEM DOWNA W PRZEDSZKOLU

Streszczenie

W artykule podjęto próbę opisu funkcjonowania dziecka z zespołem Downa w grupie przedszkolnej. Coraz częściej w masowych przedszkolach spotykamy dzieci z zespołem Downa, które bawią i uczą się z dziećmi rozwijającymi się prawidłowo. Dziś wiemy, że dzieci te objęte wielospecjalistyczną opieką już od momentu narodzin, mogą wiele się nauczyć. Ważnymi elementami wczesnego wspomagania rozwoju tych dzieci jest edukacja i wychowanie na poziomie przedszkolnym, a także integracja dzieci niepełnosprawnych i pełnosprawnych. W artykule przedstawiono ogólne informacje na temat zespołu Downa, przyczyn jego powstawania oraz cechy charakterystyczne. Ponadto omówiono potrzeby rozwojowe dziecka posiadającego ten zespół. W niniejszym opracowaniu przybliżono również samo pojęcie oraz proces integracji, który jest wszystkim dobrze znany, ale wciąż trudny. Autor artykułu uważa, że integracja dzieci z zespołem Downa z dziećmi pełnosprawnymi w przedszkolu jest możliwa i ważna. Dziecko z zespołem Downa, tak jak każde inne dziecko, ma swoje prawa i obowiązki oraz musi mieć swoje określone miejsce w społeczeństwie. Starano się pokazać, że wychowanie, integracja z rówieśnikami oraz terapia to ważne elementy wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. Na koniec omówiono metody oraz wybrane przykłady aktywności wspomagające rozwój dziecka z zespołem Downa. Odpowiednio dobrane gry, zabawy, ćwiczenia oraz inne zajęcia, rozwijają procesy poznawcze, wyobraźnię, pamięć, mowę, myślenie, funkcje percepcyjne. Dostrzeżenie dążeń rozwojowych dziecka i umiejętne wyjście im naprzeciw, pozwoli skutecznie ten rozwój wspomagać, a jednocześnie dać dziecku poczucie radości i przyjemności.

Słowa kluczowe

zespół Downa, integracja, przedszkole, terapia, metody wspomagania rozwoju

Abstract

This article attempts to describe functioning of child with Down syndrome in kindergarten group. Nowadays, in public kindergarten groups, it is not unusual that children with Down syndrome are put together with children without dysfunction. It is fact, if children affected by this syndrome are under special care from birth on, can learn a lot. Important steps in early support to those children are education on kindergarten level as well as integration of disabled

children with rest of the group. In this article general information about Down syndrome, reason for its creation and syndrome characteristic aspects are presented. Moreover, specific child's development needs affected by this syndrome are described. In following text, close attention is placed into syndrome definition and integration process. Process which is widely described and well known but still not easy to handle. Author thinks that integration of child's with Down syndrome with its developed peers is possible and important. Down syndrome child, as well as any other child, has its rights and duties and must get well placed position in public space. Attempt was made to show, that education, integration with other kids and special therapy are important elements in child development. Finally, methods and few examples of activities, which are used to support children with Down syndrome, are described. Selected games, plays, exercises and other activities which are extending growing-up process, imagination, mind, speech, thinking, perception. Understanding special development needs of such children helps in effective process application and at the same time keeps such child in comfortable and happy state.

Keywords

Down syndrome, integration, preschool, therapy, methods of supporting the development

Zespół downa – ogólne informacje

Zespół Downa, zwany też w przeszłości mongolizmem lub mongoloizmem, nie jest chorobą – to wrodzony zespół objawów i cech charakterystycznych rozpoznawanych u człowieka już w chwili jego urodzenia [1, 12]. Jest to odmienność biologiczna człowieka, którego natura wyposażyła w dodatkowy chromosom 21, tak zwana trisomia chromosomu 21. Nieprawidłowość ta powstaje wtedy, gdy tworzą się komórki jajowe matki bądź plemniki ojca, albo gdy zapłodnione jajo zaczyna się dzielić i rosnać. Ogólnie ujmując, podczas tworzenia się komórek rozrodczych lub w trakcie pierwszego podziału zapłodnionego jaja, pojawia się dodatkowy chromosom. To właśnie ten dodatkowy chromosom powoduje różnice w fizycznym i psychicznym rozwoju dziecka z zespołem Downa w porównaniu z innymi dziećmi [2, 74]. Pierwszym, który opisał w 1866 roku zespół Downa był brytyjski lekarz John Langdon Down. Zaobserwował on w grupie pensjonariuszy zakładu dla umysłowo chorych pewne osoby, które wyróżniały się

swoim zachowaniem i wyglądem. Byli do siebie podobni, a zarazem różni od innych [3, 21]. „Dopiero w 1959 roku, dzięki badaniom francuskiego lekarza, genetyka profesora Jerome’a Lejeune’a, poznaliśmy wspólny mianownik podobieństwa tej grupy osób, a mianowicie dodatkowy chromosom pary 21”[3, 21].

Cechy fizyczne (somatyczne) dziecka z zespołem Downa

Zespół Downa występuje tylko wtedy, gdy osoba posiada pełen zestaw cech charakterystycznych oraz dodatkowy materiał genetyczny w postaci nadliczbowego chromosomu 21. Na podstawie badań ustalono najczęściej spotykane cechy zespołu Downa. Cechy te pojawiają się przynajmniej w 50% przypadków, a zazwyczaj w 60-80%. W okresie noworodkowym można zaobserwować:

- skośne ustawienie szpar powiekowych (zewnątrzna strona skierowana ku górze). Szczególnie wyraźne jest to wówczas, gdy kąt wewnętrzny oka pokryty jest fałdem skórnyim tak zwana zmarszczką nakątną.
- szpary powiekowe są często wąskie i krótkie.
- u niektórych dzieci (30-70%) na krawędzi tęczówki widoczne są małe, białe plamki. Bardziej widoczne są one u dzieci niebieskookich.
- twarz sprawia wrażenie płaskiej, gdyż grzbiet nosa jest płaski, a kości policzkowe są trochę odstające. Na tym tle nos wydaje się być mały i krótki.
- głowa jest zwykle mniejsza niż przeciętnie, a tył głowy jest często spłaszczony. Wpływa to na jej okrągły wygląd. Ciemiączka są zwykle większe niż u ogółu dzieci i czasami można znaleźć dodatkowe miękkie miejsce pośrodku głowy. Dzieje się tak, ponieważ dziecko z zespołem Downa rośnie wolniej i kości czaszki potrzebują dłuższego czasu, aby się ze sobą zrosnąć.
- uszy są najczęściej małe i nisko osadzone. Górna część małżowiny usznej bywa zawinięta, a u blisko połowy dzieci zauważyć można bardzo mały płatek uszny lub jest on nieobecny.

- usta dziecka są małe, a wargi raczej wąskie. W istocie jama ustna jest zwykle mniejsza niż u innych dzieci, a podniebienie jest wąskie i wysoko wysklepione. Język ma mało miejsca w jamie ustnej i dlatego często wystaje. Dodatkowo mięśnie żuchwy i języka bywają wiotkie, co wpływa na często otwarte usta.
- u małego dziecka szyja jest często krótsza i widoczne są fałdy skórne po bokach szyi i na karku. Fałdy te zanikają w miarę wzrostu dziecka.
- kończyny dolne i górne często są krótkie w stosunku do długości tułowia. Dłonie bywają szerokie i płaskie, a palce krótkie. U około połowy dzieci dłonie mają pojedynczą poprzeczną bruzdę, tak zwaną małpią bruzdę.
- stopy również są szerokie, a palce stóp krótkie. Bardzo często występuje większa przerwa pomiędzy dużym palcem, a pozostałymi, jak również między kciukiem ręki i resztą palców.
- większość dzieci po urodzeniu ma słabe napięcie mięśni (hipotonia) i sprawia wrażenie wiotkich. Ma również wiotkie stawy, co daje uogólnioną wiotkość ciała.
- odruchy są najczęściej słabsze i trudniejsze do wywołania. Także u około 2/3 dzieci płacz bywa słabszy, krótszy i o wyższym tonie. Wiele niemowląt płacze z początku bardzo mało, nie dopomina się pokarmu, nie protestuje, gdy jest im niewygodnie [2, 108-109].

Są to główne cechy obserwowane tuż po urodzeniu. Jeżeli dziecko ma od 6 do 9 powyższych cech, to jest prawie pewne, że występuje u niego zespół Downa. Większość cech widocznych u dziecka utrzymuje się i występuje w późniejszym wieku.

Potrzeby rozwojowe dziecka z zespołem Downa

Dziecko z zespołem Downa, tak jak każde inne, ma również swoje potrzeby, które powinny być zaspokojone. Oprócz snu, karmienia, komfortu fizycznego, potrzebuje ono spokoju, bezpieczeństwa, kontaktów społecznych. Przede wszystkim bliskiej relacji z matką, ojcem, rodzeństwem, ale również kontaktu z rówieśnikami. Ważnym warunkiem zaspokojenia tych potrzeb jest przede

wszystkim prawidłowa struktura rodziny i sprzyjająca wychowaniu atmosfera panująca w domu. Od pierwszych chwil życia dziecko z zespołem Downa, tak jak każde inne, powinno być kochane, akceptowane, mieć zapewnione bezpieczeństwo i kontakt z najbliższymi [1, 29]. Dziecko z omawianym zespołem jest szczególnie wrażliwe, wyczuwa doskonale napiętą atmosferę i stan emocjonalny osób będących z nim w kontakcie. Dlatego potrzebuje ciepła, serdeczności, spokoju, pełnego zrozumienia jego stanu i aprobaty ze strony najbliższych [1, 29]. W wychowaniu dziecka z zespołem Downa ważne jest, aby jego sygnały nie pozostawały bez odpowiedzi. By osoba opiekująca się nim, umiała odczytywać te sygnały, czasem ubogie w treść i odpowiedzieć na nie rozumiała dla dziecka reakcją [1, 30]. Trzeba mieć na uwadze również to, że pomimo największej miłości i troski ze strony rodziców, dziecko z zespołem Downa potrzebuje też szerszego kontaktu społecznego, kontaktu z środowiskiem rówieśniczym. Potrzebuje doznawania przyjemności wynikającej z bycia i bawienia się razem. Wśród potrzeb rozwojowych każdego małego dziecka, również dziecka z zespołem Downa, szczególne miejsce zajmują: potrzeba aktywności i potrzeba poznawania świata. Te dwie potrzeby zaspakajają wszelkiego rodzaju zabawy [1, 30]. Bardzo istotną rolę odgrywa objęcie dziecka wczesną interwencją, a więc wielospecjalistyczną kompleksową opieką już od momentu urodzenia [4, 237]. Program ten obejmuje rozmaite ćwiczenia i zabawy, stymulujące intelektualny i psychoruchowy rozwój małego dziecka z upośledzeniem umysłowym. Dlatego dziecko z zespołem Downa warto od urodzenia otaczać troskliwą opieką pielęgnacyjną, ale także stworzyć mu warunki stymulujące rozwój inteligencji [5, 26]. Jak podaje Anna Sobolewska (m.in. matka córki obciążonej zespołem Downa) za amerykańską terapeutką Marilyn Trainer: „Znaczenia wczesnej interwencji nie można przecenić [...] wczesna interwencja oznacza współpracę rodziców i profesjonalistów pomagających dziecku w osiągnięciu pełni jego możliwości [...]” [5, 26].

Dziecko z zespołem Downa w przedszkolu – proces integracji

Znaczącymi elementami wczesnego wspomagania rozwoju dziecka z zespołem Downa są: wychowanie, terapia oraz integracja ze środowiskiem rówieśniczym na poziomie przedszkolnym [4, 235]. „Celem wychowania przedszkolnego jest wspomaganie i ukierunkowanie rozwoju dziecka zgodnie z jego wrodzonym potencjałem i możliwościami rozwojowymi w relacjach ze środowiskiem społeczno-kulturowym i przyrodniczym. Wynikające z tego celu z zadania, dostosowane do potrzeb i możliwości rozwojowych wychowanka, nauczyciel realizuje w ramach określonych obszarów edukacyjnych” [4, 235]. Dzieci z zespołem Downa często są opóźnione umysłowo, nie oznacza to jednak, że muszą być izolowane od normalnie rozwijających się rówieśników. Nowym modelem oświaty jest integracja dzieci zdrowych z niepełnosprawnymi [4, 235]. W etymologicznym ujęciu termin „integracja” pochodzi z łaciny (integratio – odnowienie, uzupełnienie, od integrare – odnawiać, odtwarzać) i oznacza: scalenie, proces tworzenia całości z części albo włączenia jakiegoś elementu w całość, zespolenie i zharmonizowanie składników zbiorowości społecznych [6, 324]. W znaczeniu społeczno-pedagogicznym integracja jest definiowana jako „umiejętność harmonijnego współżycia i współdziałania osób niepełnosprawnych z pełnosprawnymi we wszystkich przejawach życia społecznego w szkole, w domu, w pracy i w czasie wolnym” [7, 119]. Amadeusz Krause pisze, że integracja to proces połączenia świata upośledzonych ze światem nieupośledzonych w jedną całość [8, 30]. Zatem integracja oznacza włączenie osób niepełnosprawnych do życia społecznego, jak również kontakt niepełnosprawnych z pełnosprawnymi. Edukacja integracyjna niesie z sobą wiele pytań i wątpliwości. Ma swoich zwolenników i przeciwników. Stała się modna, jednak nie jest to panaceum na wszystko. Pomimo tego autor artykułu uważa, że wpływ integracji dzieci zdrowych i upośledzonych, na etapie kształcenia przedszkolnego jest jak najbardziej wskazany i przynoszący największą radość. Jest to czas, kiedy dzieci uczą się przede wszystkim poprzez zabawę. Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną przechodzą przez te same fazy rozwoju co dzieci zdrowe, tylko osią-

gają je w swoim tempie i dochodzą do takiego etapu, jakiego osiągnięcie umożliwia im ich niepełnosprawność [9, 9]. W wieku przedszkolnym dzieci z zespołem Downa stają się bardziej ruchliwe, psotliwe, podobnie jak ich rówieśnicy. Dłużej pozostają dziecinne, bywają bardziej kapryśne, uparte, niespokojne. Dłużej się moczą w nocy, później zaczynają zgłaszać potrzeby fizjologiczne. Uczą się z trudem, zwłaszcza przez naśladownictwo i powtarzanie. Mają trudności z koncentracją, są mniej zaradne w wykonywaniu podstawowych czynności. Wiele z tych dzieci w wieku 3-5 lat nie mówi i nie rozumie w dostatecznym stopniu kierowanych do nich słów. Kłopoty wychowawcze i opiekuńcze zależą od poziomu umysłowego, jak również od tempa rozwoju danego dziecka [10, 81]. Pomimo dużego zróżnicowania potrzeb i możliwości, zdolności i umiejętności dzieci z zespołem Downa wykazują wiele cech wspólnych wszystkim dzieciom. W aktywności, potrzebie ruchu i poznawania, jak również w miłości i akceptacji [1, 31]. Ważną rolę w procesie ich terapii odgrywa nauczyciel, ale wspólne zajęcia z rówieśnikami pełnosprawnymi, wspólna zabawa, pomoc kolegi bądź koleżanki to także elementy terapii [4, 236]. Dzieci z omawianym zespołem naśladowując dzieci zdrowe w zajęciach ruchowych, muzycznych, tanecznych czy samoobsługowych, szybciej opanowują pewne nowe umiejętności i sprawności. Rozwijają się bardziej harmonijnie, stają się bardziej samodzielne. „Integracja dzieci uwalnia naturalną chęć poznawania siebie, innych, otaczającego świata, wyzwala energię niezbędną do podejmowania nowych wyzwań – to właśnie wspólna zabawa, nauka, pomoc, wiara dziecka niepełnosprawnego w to, że jego zdrowy kolega może go polubić, zaprzyjaźnić się z nim, akceptować, jest cenną terapią [...]. Integracja nie jest więc procesem jednostkowym, w którym korzystają tylko dzieci niepełnosprawne, jest to proces obustronny. Każdy się od kogoś uczy” [11, 10]. Dzieci pełnosprawne dzięki integracji doświadczają, że wśród nich może być ktoś, kto różni się od nich sprawnością fizyczną i intelektualną. Uczą się akceptować odmienny wygląd i zachowanie „innych” dzieci. Odpowiednio przeszkolony nauczyciel przedszkola, który przygotowuje dzieci pełnosprawne na kontakty z niepeł-

nosprawnymi rówieśnikami oraz zatrudniony nauczyciel wspomagający, który będzie opracowywał i wdrażał indywidualny program terapeutyczny dla dziecka z zespołem Downa, mogą przynieść sukces w procesie integracji.

Metody wspomagające rozwój dziecka z zespołem Downa

Dla procesu terapii bardzo ważne jest poznanie możliwości i potrzeb każdego dziecka. To pozwala nauczycielowi, tak planować pracę terapeutyczną, by maksymalnie wykorzystać naturalny potencjał wychowanka, a także stworzyć mu warunki i możliwości doświadczania różnych sytuacji. Wszystko po to, by usprawnić lub kompensować zaburzone czy też opóźnione funkcje [11, 9]. W przedszkolu, do którego uczęszcza dziecko z zespołem Downa albo inne dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych, nauczyciel musi opracować oraz wdrażać program psychostymulacji [4, 237]. Celem tego programu jest umożliwienie dzieciom niepełnosprawnym zdobycia wiedzy oraz umiejętności na miarę ich możliwości, w warunkach przedszkola ogólnodostępnego. Ponadto program ma na celu kształtowanie właściwych interakcji międzyosobowych, kształtowanie postaw otwartości i samoakceptacji [11, 13]. Praca z każdym dzieckiem, w tym z dzieckiem z zespołem Downa, wymaga od nauczyciela pewnych umiejętności: musi umieć przekazać wiedzę, powinien zachęcać do podejmowania wyzwań, powinien stwarzać sytuacje problemowe oraz podejmować próby ich rozwiązywania. Aby zachęcić wychowanka do działania, nauczyciel wykorzystuje w swojej pracy metody, które poprzez różne formy aktywności dziecka, wspomagają jego rozwój [11, 14]. Wśród metod, które pomogą nauczycielowi w realizacji określonego celu, zawartego w założeniach programu, wyróżniamy następujące grupy:

- wspierające rozwój dziecka;
- stymulujące rozwój dziecka;
- aktywizujące;
- kompensacyjne;
- usprawniające [11, 14].

Łącząc te grupy metod, można wszechstronnie rozwijać dziecko z zespołem Downa. Owe dziecko za pomocą tych metod,

poprzez podstawową formę aktywności, jaką jest zabawa, zdobywa nowe wiadomości oraz umiejętności. Może poznawać poprzez przeżywanie i samodzielne doświadczanie. Uczy się współdziałania i współżycia w gronie rówieśników, a jednocześnie ma zapewnione poczucie bezpieczeństwa [11, 14].

Wybrane przykłady aktywności wspomagających

- A. Wśród zabaw rozwijających sprawność motoryczną można wymienić:
- czworakowanie przez tunele;
 - wchodzenie do góry i schodzenie w dół po nierównym terenie;
 - przytrzymywanie dziecka stojącego na niestabilnej powierzchni, np. na dużej, częściowo nadmuchanej piłce;
 - ćwiczenie równowagi na koniku na biegunach, na dużym wałku;
 - spacerowanie boso po różnych powierzchniach.
- B. W rozwijaniu samoobsługi warto zwracać uwagę na:
- zwiększanie zakresu samodzielności dziecka w rozbieraniu i ubieraniu oraz jedzeniu – pomocne mogą się okazać przy tym techniki demonstracji, naśladownictwa i podpowiadania;
 - picie z kubka (początkowo należy nalewać tylko trochę płynu, stopniowo zwiększając jego ilość).
- C. W stymulowaniu mowy bardzo ważne jest, aby zauważać jakiegokolwiek wysiłki dziecka w mówieniu. Dorosły powinien zgadywać, co dziecko chce wyrazić. Może ono próbować komunikować się przez pokazanie palcem. Nauczyciel może zawsze pomóc, stosując gesty, jak i słowne komunikaty, aby naprowadzić dziecko. Jeśli dorosły będzie próbował odpowiadać na wszelkie komunikaty dziecka, jest bardziej prawdopodobne, że będzie ono miało większą motywację do podejmowania prób posługiwania się mową. Wskazane jest budowanie krótkich zdań i stosowanie tych samych podstawowych słów w codziennej komunikacji. Dziecko będzie powoli przyzwyczajало się do nich i w końcu zacznie powtarzać niektóre. U niektórych

dzieci, przydatne mogą się okazać nagrania. Mogą to być nagrania z odgłosami zwierząt, utwory mówione, a także nagrania kursów języka polskiego dla obcokrajowców. Zaleca się także zabawy zawierające rytmiczne stukanie, klaskanie, chodzenie, tańczenie oraz piosenki i wierszyki ilustrowane gestem. Pomocne są również obrazki. Należy rozpoczynać od książeczek z prostymi obrazkami, stopniowo przechodząc do obrazków zawierających kilka elementów. Dzieci, które mają problemy z kontrolowaniem oddechu lub języka, mogą być zachęcane do dmuchania na kawałki papieru, na piórko, do dmuchania baniek mydlanych oraz picia przez rurkę. Wskazane jest regularne mówienie z dzieckiem przed dużym lustrem.

- D. W usprawnianiu koordynacji oko–ręka można zastosować grę w kręgle. Zaczyna się od turlania piłki do dziecka i zachęcania go, aby poturlało piłkę z powrotem do nauczyciela, stopniowo zwiększając odległość.
- E. Do aktywności zwiększających sprawność rąk zaliczamy:
- zabawy z ciastoliną, masą solną, malowanie palcami;
 - ćwiczenia nadgarstków poprzez otwieranie pojemników;
 - zabawy z wodą (nalewanie, przelewanie), rysowanie, malowanie.
- F. W zabawach stymulujących percepcję wzrokową, orientację przestrzenną i logiczne myślenie dziecka można sięgać po gry edukacyjne, układanki. Zalecane jest segregowanie według koloru, kształtu, wielkości. Układanie, budowanie z klocków [12, 343-345].

Podsumowanie

Dzieci niepełnosprawne, w tym dzieci z zespołem Downa pobudzają do refleksji. Zastanawiamy się nad przyczyną ich niepełnosprawności, nad ich umiejętnościami, nad jakością ich życia. Minione dziesięciolecie przyniosły istotny postęp w rozwoju wiedzy na temat zespołu Downa. Zmieniło się podejście do osób niepełnosprawnych. Zauważono konieczność usprawniania wychowania i nauczania dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.

Dzieci z zespołem Downa mają wiele ograniczeń i trudności rozwojowych, ale otoczone miłością, zrozumieniem, specjalistyczną opieką, mogą dokonać rzeczy, których byśmy się początkowo zupełnie nie spodziewali.

Ważne jest, by dzieci z zespołem Downa, miały szansę realizacji swojego potencjału, na miarę swoich możliwości i zdolności. Niezmiernie istotne jest by umożliwić dzieciom z zespołem Downa przebywanie wśród rówieśników. Dzięki temu nauczą się obcowania z innymi ludźmi. Tak by kiedyś mogły w miarę samodzielnie, aktywnie, pożytecznie i godnie żyć.

BIBLIOGRAFIA

- [1] MINCZAKIEWICZ E.M., *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców i wychowawców*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2001.
- [2] CUNNINGHAM C., *Dzieci z zespołem Downa. Poradnik dla rodziców*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1994.
- [3] MIDRO A., *Zespół Downa. Przyczyny powstawania, diagnoza i elementy poradnictwa genetycznego*, [w:] red. B.B. KACZMAREK, *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008.
- [4] BORZĘCKA A., *Funkcjonowanie dziecka z zespołem Downa w grupie przedszkolnej*, [w:] red. E. OGRODZKA-MAZUR, U. SZUŚCIK, M. ZALEWSKA-BUJAK, *Edukacja małego dziecka. Wychowanie i kształcenie w praktyce*, t. 2, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010.
- [5] SOBOLEWSKA A., *Cela. Odpowiedź na zespół Downa*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2009.
- [6] *Słownik współczesny języka polskiego*, red. B. DUNAJ, Wydawnictwo Wilga, Warszawa 1996.
- [7] MAREK-RUKA M., *Tendencje i perspektywy kształcenia niepełnosprawnych w Polsce*, [w:] red. J. PANČZYK, *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, t. 7, Wydawnictwo WSPS, Warszawa 1996.
- [8] KRAUSE A., *Integracyjne złudzenia ponowoczesności*, Impuls, Kraków 2000.
- [9] *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, red. W. PILECKA, J. PILECKI, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2001.

- [10] ROŻNOWSKA K., *Dziecko z zespołem Downa. Jaka to musi być miłość*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
- [11] FRANCIK A., KRAJEWSKA K., *Program psychostymulacji dzieci w wieku przedszkolnym z deficytami i zaburzeniami rozwoju*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- [12] SKÓRCZYŃSKA M., *Wspomaganie rozwoju dziecka z zespołem Downa w wieku przedszkolnym*, [w:] red. B. CYTOWSKA, B. WINCZURA, *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.

KATARZYNA SKWARSKA

METODY TERAPEUTYCZNE STOSOWANE PRZEZ NAUCZYCIELI PODCZAS ZAJĘĆ REWALIDACYJNYCH

Streszczenie

„Metoda to zespół pewnych czynności oraz środków stosowany w sposób powtarzalny dla osiągnięcia zaplanowanego celu w tym wypadku edukacyjnego” [1, 3]. Każdy nauczyciel pracujący w szkole stosuje swoje sprawdzone metody terapeutyczne, które pozwalają mu w sposób „inny” pracować z dziećmi w klasach I-III. W artykule wskazano metody stosowane podczas pracy z uczniami w zajęciach rewalidacyjnych w szkołach ogólnodostępnych. Nie wszystkie dzieci mają takie same możliwości uczenia się. W sytuacjach, gdy obserwujemy trudności w uczeniu się, spowodowane nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym, somatycznym narządów zmysłu i ruchu istnieje konieczność zastosowania specjalnych warunków sprzyjających edukacji tych dzieci.

Na przełomie lat 70. i 80. pojawiło się pojęcie „specjalne potrzeby edukacyjne”. Wywodzi się ono z Wielkiej Brytanii mowa o nim była w „Raportie o stanie opieki i poziomie edukacji dzieci”. Wykazano w nim, że około 20% dzieci ma trudności w uczeniu się.

Słowa kluczowe

metody edukacyjno-terapeutyczne, metody pracy z uczniami, specjalne potrzeby edukacyjne

Abstract

The method is a set of certain activities and means used in a repetitive manner to achieve the planned goal in this educational case. Every teacher working at school applies his proven therapeutic methods that allow him to work in a different way with children in grades I-III. The article indicates the methods used when working with students in revalidation activities in public schools. Not all children have the same learning opportunities. In situations when we observe learning disabilities caused by abnormal psychomotor development, somatic sense and movement organs there is a need to apply special conditions conducive to the education of these children. At the turn of the 1970s and 1980s, the term ‘special educational needs’ appeared. It comes from the UK in the ‘Report on the state of care and the level of education of children’. It showed that about 20% of children have learning difficulties.

Keywords

therapeutic methods, education, revalidation, learning difficulties

Edukacja dzieci, młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym polega na realizacji funkcji dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej szkoły. Kształcenie tej grupy uczniów zawsze ma charakter całościowy, zintegrowany, oparty na wielozmysłowym poznawaniu otaczającego świata. Ze względu na różne potrzeby rozwojowe osób o różnym stopniu niepełnosprawności intelektualnej proces edukacji odbywa się na podstawie indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych. Programy te są tworzone dla każdego ucznia w oparciu o wielospecjalistyczną ocenę poziomu jego funkcjonowania zarówno przez nauczycieli, jak i specjalistów. W trakcie pracy z uczniami z niepełnosprawnością intelektualną nauczyciele stosują różne metody nauczania. Istotne jest, by każdy uczeń miał możliwość rozwoju na miarę swojego potencjału i temperamentu.. Poniżej znajduje się kilka stosowanych metod w pracy z uczniami.

Terapia poprzez ruch i ciało

Terapia Poprzez Ciało i Ruch ściśle są związane z wzmocniania zdrowia psychicznego, poprzez pracę z ciałem. Koncepcje zdrowia zwracają uwagę, że zdrowie jest rezultatem istnienia równowagi w całym układzie, jakim jest człowiek. Zdrowie psychiczne jak i fizyczne przeplatają się ze sobą i są nierozzerwalnie powiązane. Badania pedagogiczne pokazują, że aż dwie trzecie dolegliwości fizycznych jest związana z naszą psychiką. Ludzie, którzy mają poczucie szczęścia rzadziej chorują i szybciej powracają do zdrowia. Zasada w zdrowym ciele – zdrowy duch jest dwu wektorowa.

Oddziaływania psychoruchowe, praca „poprzez ciało”, są w tych czasach sprawdzoną metodą wzmocnienia kondycji psychicznej, skutecznie wspierają procesy leczenia psychofarmakologicznego wielu zaburzeń psychicznych np. depresji, zaburzeń lękowych, osobowościowych i psychoz schizofrenicznych [2, 130].

Weronika Sherborne opracowała metodę pod nazwą „Ruch Rozwijający”. Początków metody należy szukać u R. Labama – twórcy gimnastyki ekspresyjnej, a także w doświadczeniach samej autorki. Celem tej metody jest wspomaganie prawidłowego rozwoju dziecka i korekcja jego zaburzeń. Ważne miejsce w metodzie

zajmuje wielozmysłowa stymulacja psychomotoryczna i społeczna, oparta o ruch, jako czynnik wspomagania. Terapeutyczny system ćwiczeń wywodzi się z okresu wczesnego dzieciństwa z tzw. baraszkowania, które posiada element bliskości fizycznej i emocjonalnej. Zdaniem W. Sherborne jest to naturalna potrzeba dziecka do zaspakajania tych potrzeb, poprzez kontakt z osobami dorosłymi. Doznania powstałe podczas ćwiczeń wpływające z własnego ciała i odczuwanie go w kontekście z elementami otoczenia, dają dziecku poczucie jego indywidualności. Charakterystyczną cechą metody w/w jest rozwijanie przez ruch: świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego, świadomości przestrzeni i działania w niej oraz dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywania z nimi kontaktu. Metodę W. Sherborne traktuje się jako formę treningu interpersonalnego. Zajęcia odbywają się indywidualnie bądź grupowo i trwają do 30 minut. Partnerami dziecka bywają bardzo często ich rodzice. Dzieci nie są przymuszane do uczestnictwa w zajęciach. Metoda W. Sherborne zalecana jest dzieciom o zaburzonym schemacie ciała. W zalecanych ćwiczeniach dochodzi do integracji własnego ciała i jego poznania (ważne tu jest wycucie centralnej części ciała tj. brzucha i tułowia). Poczucie bliskości ćwiczących partnerów, ułatwia akceptację niedoskonałej cielesności dziecka. Ćwiczenia dają dzieciom poczucie bezpieczeństwa oraz zaufania do siebie i do innych. Wykonywane w grupie, budują więzi grupowe i interpersonalne [3, 46].

Kinezylogia Edukacyjna Paula Dennisona

Kinezylogia u każdego poprawia wyniki w nauce. Jest to w pewnej mierze związane z chemiczno-elektryczną naturą przekazu informacji przez nasz mózg oraz sposobem, w jaki stres blokuje pracę. Wykorzystuje się do tego proste ćwiczenia, które odblokowują połączenia między prawą a lewą półkulą mózgową. Celem tych ćwiczeń jest reorientacja „obwodów elektrycznych” w mózgu, a co za tym idzie, złagodzenie stresu, ponowne uruchomienie zablokowanych „obwodów” i przywrócenie zdolności do uczenia się. Zatem oddziałując na ciało, potrafią one zmienić stan mózgu i umysłu. Ponieważ mózg najlepiej działa wówczas, gdy

jego lewa i prawa półkula harmonijnie współpracują, wiele ćwiczeń kinezylogicznych pomaga zmniejszyć stres i sprawić, że nauka staje się łatwiejsza i bardziej naturalna [4, 80].

Metoda Integracji Sensorycznej

Metoda integracji sensorycznej (SI) jest jedną z nowszych metod terapeutycznych w Polsce. Założycielką tej metody była amerykańska psycholog i terapeuta zajęciowy A. Jeane Ayres. Integracja sensoryczna zakłada, że prawidłowe funkcjonowanie psychofizyczne dziecka jest ściśle związane z procesem właściwego odbioru, przetwarzania i integrowania przez mózg informacji o charakterze sensorycznym. Informacje mogą dochodzić drogą wzrokową, słuchową, czuciową, smakową, zapachową, a także innymi kanałami zmysłowymi tj. czucie głębokie (propriocepcja) oraz zmysłem, który odbiera siłę grawitacji i ruchy naszego ciała (układ przedsionkowy). Dysfunkcje w tym zakresie objawiają się najczęściej w postaci nadpobudliwości i nadruchliwości psychoruchowej, deficytach uwagi, bardzo słabej organizacji zachowania i działania, opóźnionego rozwoju mowy oraz słabej koordynacji ruchowej. Dzieci, które trafiają na terapię, w pierwszym etapie są diagnozowane w zakresie odbioru, rozpoznawania i wykorzystywania wrażeń sensorycznych docierających do niego za pomocą wszystkich zmysłów, później natomiast prowadzona jest terapia poprzez stymulowanie poszczególnych układów zmysłowych [5, 98].

Muzykoterapia

Muzykoterapia jest to terapia, która wykorzystuje muzykę lub jej element w celu poprawy funkcjonowania dzieci i młodzieży z różnorodnymi problemami natury emocjonalnej, fizycznej lub umysłowej. Głównym środkiem oddziaływania w muzykoterapii jest dźwięk, muzyka, która często jest wyzwalaczem i katalizatorem przeżyć i emocji. W muzykoterapii wykorzystywane są takie techniki jak: muzykoterapię aktywną, do której zalicza się oddziaływania angażujące „fizycznie” (jak śpiew, gra na instrumentach, ruch przy muzyce, improwizacja) oraz muzykoterapię receptywną, której podstawą jest słuchanie muzyki, relaksacja i wizualizacja.

Bajkoterapia

Dzieci uwielbiają bajki, to rzecz oczywista. Ale nie dla wszystkich oczywiste jest to, że bajki mogą „leczyć”, dlatego warto się dokładniej przyjrzeć temu cudownemu lekowi [6, 18]. Bajkoterapia to inaczej terapia przez bajki. Głównym jej celem jest redukcja napięcia, lęku oraz odbudowanie pozytywnego obrazu siebie i świata. Może pomóc w efektywnym radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi. Sytuacje, które często wywołują lęk, są nierozzerwalne z dostarczaniem przez dziecko doświadczeń, np. pierwsze dni pobytu dziecka w przedszkolu, szkole, sytuacje kompromitacji, pobyt w szpitalu, śmierć ulubionego zwierzątka, pojawienie się dziecka w rodzinie, niepowodzenia szkolne i wiele innych. Metoda bajkoterapii jest coraz bardziej popularna ponieważ jest prosta i szybko uwidaczniają się jej efekty w pracy z dziećmi. Bajki terapeutyczne mogą dotyczyć różnych sytuacji, które wzbudzają lęk. Sytuacje problemowe rodzą lęk u dzieci z poprzednio przeżytych negatywnych, traumatycznych zdarzeń: ból, choroba, śmierć ukochanego zwierzątka, bliskiej osoby. Siła tych zdarzeń zależy od wieku dziecka, odporności psychicznej i rodzaju sytuacji. Różne lęki powstają z wyobraźni niewłaściwie stymulowanej, np. po obejrzeniu filmów, gdzie wyeksponowana jest przemoc i groza. Inne jeszcze powstają z niezaspokojonych potrzeb, zwłaszcza bezpieczeństwa, miłości i uznania. Dlatego tak ważne jest by możliwe wyeliminować wiele negatywnych emocji i lęków poprzez czytanie bajek. Bajki dostarczają dziecku wiele radości, uczą często nieznanych jeszcze wzorów zachowań, rozwijają wyobraźnię i osobowość dziecka, pozwalają poznać rzeczywistość. Poprzez słuchanie bajki, dziecko się wycisza i stara się przeżywać to co bohater. Uczestniczy w wielu przygodach, oswaja się z sytuacjami (zagroženiami), które się zdarzyły. Wtedy gdy bohater znajdzie szczęśliwe rozwiązanie problemu dziecko czuje się bezpieczne. Dzięki bajce dziecko znowu ma nadzieję, wsparcie, poczucie siły, może również zaspokoić zastępczo swoje potrzeby psychiczne – poczuć się bezpieczne, kochane i akceptowane. Bajki pełnią też ważną funkcję terapeutyczną, oswajając dziecko z sytuacjami lękotwórczymi (osobami, zwierzętami, przedmiotami, sytuacjami) powodując, że dziecko po pewnym czasie reaguje na nie bez lęku [7, 88-90].

Arteterapia

Arteterapią nazywamy rozwijanie sprawności manualnej poprzez zajęcia artystyczne. Terapię przez sztukę można rozumieć jako szereg oddziaływań terapeutycznych, które, jako narzędzie terapii, wykorzystują szeroko pojętą kulturę i sztukę. Działania mogą polegać zarówno na odbiorze dorobku twórczego innych osób jak i samodzielnym wytwarzaniu dzieł.

Głównym celem stosowania arteterapii jest pomoc w wyrażeniu własnych emocji osobom, które mają z tym problemy. Dzieci mogą korzystać z terapii na własnym poziomie. Ważne jest uczestnictwo w procesie twórczej aktywności. Wytwory tej działalności nie podlegają żadnym ocenom wartości estetycznej.

Uczeń w trakcie trwania zajęć ma możliwość: wyrażania swoich potrzeb i emocji; wypowiedziania się na tematy, które go zastanawiają (sytuacje ze szkoły, domu itp.); nawiązania niewerbalnego dialogu z prowadzącym oraz współuczestnikami zajęć. Dzięki tym zajęciom dziecko może: samodzielnie podejmować decyzje i eksperymentować, odreagowywać i relaksować się, a także przeżywać radość w trakcie odbioru i tworzenia sztuki [8, 67].

Zajęcia socjoterapeutyczne

Celem zajęć socjoterapeutycznych jest rozwiązywanie bieżących problemów wychowawczych, budowanie poczucia wartości ucznia, uczyć prawidłowej komunikacji i zachowań asertywnych. Sprzyjają odreagowaniu napięć emocjonalnych, a także służą aktywnemu uczeniu się nowych umiejętności psychologicznych. Zajęcia socjoterapeutyczne udzielają wsparcia grupie dzieci wchodzącej w trudny dla siebie okres dojrzewania. Dzieci często wtedy zauważają różnice między sobą a zdrowymi rówieśnikami, rodzą się u nich zachowania takie jak bunt, niechęć do pracy, brak motywacji do działania, często występują zachowania agresywne. Najważniejszym celem jest korygowanie relacji między rówieśnikami, uczenie poprawnych stosunków z osobami dorosłymi. Pozwalają poznać swoje uczucia i emocje, podnieść poczucie własnej wartości, poprzez obniżenie napięcia lękowego umożliwiają budowanie pozytywnego obrazu siebie, a także uczą umiejętności współzycia społecznego.

Metoda zabawowa

Metoda ta jest przeznaczona dla uczniów w różnym wieku. Polega na ćwiczeniach ruchowych, tańcach przy muzyce oraz zabawach dydaktycznych. Dzięki terapii uczeń odciąża silne napięcia emocjonalne, ma także możliwość przeżywania sukcesów, a tym samym wzmacnia poczucie własnej wartości, uczy nawiązywać kontakty współdziałać z innymi uczestnikami zabawy. Głównym celem metody jest: przede wszystkim usprawnianie funkcji psychomotorycznych (czyli: wrażliwości na bodźce, zdolności do wyobrażeń, spostrzegania, kojarzenia, motywacji); aktywizowanie całego organizmu dziecka poprzez angażowanie poszczególnych analizatorów (ruchowego, słuchowego, wzrokowego, dotykowego) oraz uspołecznianie dzieci [8, 76].

Zakończenie

Terapia, rehabilitacja i edukacja dzieci, które potrzebują specjalnych metod edukacyjnych wymaga różnorodnych, wszechstronnych, kompleksowych oddziaływań ogólnorozwojowych z optymalnym wykorzystaniem warunków wewnętrznych i zewnętrznych. Najważniejszy jest odpowiedni dobór i zastosowanie wielu różnorodnych form, metod i technik uczenia się do pokonywania zaburzeń, aby dziecko radziło sobie z trudnościami życiowymi oraz wzmacniało u osób niepełnosprawnych umysłowo poczucie autonomii i odpowiedzialności. Bardzo ważne jest, aby nauczyciele, którzy prowadzą zajęcia rewalidacyjne, korzystali z różnorodnych metod pracy z dzieckiem.

BIBLIOGRAFIA

- [1] DOROSZEWSKA J., *Pedagogika Specjalna*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk 1981, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1999.
- [2] BLESZCZYŃSKI J., *Metodyka i wykorzystanie Metody Ruchu Rozwijającego*, „Problemy Pedagogiki Specjalnej”, nr 12, Lublin 1996.
- [3] BOGDANOWICZ M., KISIEL B., PRZASNYSKA M., *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*, Warszawa 1994.
- [4] DYKCIK W., *Pedagogika specjalna*, Poznań 2001.

- [5] SEKOWSKA Z., *Wprowadzenie do Pedagogiki Specjalnej*, Warszawa 1998.
- [6] NATANSON T., *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1978.
- [7] KNILL Ch., *Komunikacja i dotyk*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 1997.
- [8] POLKOWSKA I., *Praca rewalidacyjna z dziećmi upośledzonymi umysłowo w szkole życia*, Wydawnictwa Szkolne i pedagogiczne, Warszawa 1998.

KRYSTYNA PACHARZYNA

CHARAKTERYSTYKA ZABURZEŃ MOWY U OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

Streszczenie

W artykule podjęto problem zaburzeń artykulacyjnych, jakie występują u osób niepełnosprawnych intelektualnie. Mowa to charakterystyczny wyłącznie dla człowieka sposób przekazywania informacji. Jest ona niezbędna do bezpośredniego porozumiewania się między ludźmi. Posługiwanie się urozmaiconym słownictwem, poprawność gramatyczna i dźwiękowa, swobodne wyrażanie swoich myśli, to umiejętności niezwykle dla człowieka. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają problemy z treścią wypowiedzi, formą językową i zaburzeniami mowy. W przedstawiony artykule ukazane zostały charakterystyczne zaburzenia, które często towarzyszą danej niepełnosprawności. Aby dokładnie omówić wspomniane zaburzenia artykulacyjne, na samym początku ukazane zostały przyczyny, które mogą je powodować. Autorka wskazała też w jaki sposób powinien być prowadzony proces logopedycznej korekcji wad wymowy osób niepełnosprawnych intelektualnie, aby mowa ułatwiła im funkcjonowanie w społeczeństwie i w życiu codziennym.

Słowa kluczowe

mowa, zaburzenia mowy, niepełnosprawność intelektualna.

Abstract

Speech is a way of communicating information that is characteristic only for people. It is necessary for direct communication between people. Using a varied vocabulary, grammar and sound correctness, expressing thoughts freely, are unusual skills for a human being. People with intellectual disabilities have problems with the content of speech, language form and speech disorders. This article presents characteristic disorders that often accompany a given disability. In order to thoroughly discuss these articulatory disorders, at the very beginning the causes that can cause them are shown. The author also indicated how the process of speech-language correction of speech impediments of intellectually disabled people should be conducted, so that speech would facilitate their functioning in society and in everyday life.

Keywords

speech, speech disorder, intellectual disability

Mowa, jest ważnym czynnikiem warunkującym prawidłowy rozwój psychiczny człowieka to podstawowy środek, który służy do porozumiewania się ludzi między sobą, do regulacji stosunków z otoczeniem. Jest wytworem ludzkiego rozumu. Dzięki mowie możemy przekazywać różne informacje oraz prawidłowo funkcjonować w społeczeństwie. Mowa sprawia, że ludzie potrafią zaspokoić swoje elementarne potrzeby psychiczne, są akceptowani przez innych, mogą się ze sobą kontaktować, wszechstronnie rozwijać, zdobywać niezbędne informacje, wyrażać swoje opinie i sądy.

Niepełnosprawność intelektualna, to termin obejmujący szerokie spektrum zaburzeń rozwojowych o zróżnicowanym stopniu nasilenia. Nie jest to jednostka chorobowa, lecz zespół objawów towarzyszących wielu chorobom genetycznym, neurologicznym, metabolicznym. Charakteryzuje się znacznie niższą sprawnością intelektualną, a także problemami z przystosowaniem się do wymogów społeczeństwa i środowiska oraz ograniczeniem w co najmniej dwóch z wymienionych obszarów: komunikacja, samoobsługa, życie domowe, użytkowanie dóbr społecznych, samodzielność, bezpieczeństwo, umiejętności szkolne, czas wolny, praca.

Związek, który łączy inteligencję z mową jest tak wyraźny, że twierdzi się, że mowa dziecka jest najlepszym wskaźnikiem jego poziomu inteligencji. Odnosi się to nie tylko do dzieci we wczesnych latach rozwoju, gdzie dziecko rozwija mowę, ale do posiadanego zasobu słów w różnych okresach życia. Mowa wytwarza się u człowieka, dzięki skoordynowanej pracy aparatu artykulacyjnego min. języka, warg, podniebienia, krtani i płuc. Można stwierdzić, że mówienie jest sprawnością daną, wyuczoną i doskonałą w pierwszych latach życia. Problem pojawia się, gdy dziecko gdy rozwój jest nieharmonijny ze względu na pewne dysfunkcje np. niepełnosprawność intelektualną, wówczas dochodzi do zaburzeń artykulacyjnych. Dzieci, u których opanowanie mowy jest z różnych przyczyn zaburzone, przejawiają w mniejszym, bądź większym stopniu trudności w przystosowaniu się w społeczeństwie, a które stanowi niezbędny warunek prawidłowego funkcjonowania jednostki.

Funkcjonowanie mowy w pełni zależy od prawidłowego rozwoju fizycznego i umysłowego. Dlatego, że u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną występują nieprawidłowości we wspomnianych procesach rozwojowych, dlatego występuje u nich problem z nabyciem i ukształtowaniem poprawnego mówienia. Oligofazja jest upośledzeniem, braki lub też opóźnionym rozwojem mowy, związanym z niepełnosprawnością intelektualną. Jest to zniekształcenie treści, form i substancji języka, uzależnione od stopnia niepełnosprawności intelektualnej [1]. Wyróżniamy:

- niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim,
- niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym,
- niepełnosprawność intelektualną w stopniu znacznym,
- niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim.

Niezależnie od stopnia niepełnosprawności, dzieci nim obciążone opanowują ograniczony kod językowy. Rozmiar tego ograniczenia jest uzależniony od głębokości niepełnosprawności. Wraz z pogłębieniem się niepełnosprawności intelektualnej rośnie liczba osób z zaburzeniami mowy. Występują one w 50% u osób z niepełnosprawnością w stopniu lekkim, 70% z umiarkowanym i znacznym oraz 90-100 % u osób z niepełnosprawnością w stopniu głębokim [2]. Do najbardziej nasilonych i spotykanych zaburzeń mowy u dzieci upośledzonych umysłowo należy nieprawidłowa artykulacja, którą powodują i nasilają różne czynniki. Jednym z nich jest ograniczona, bądź ogólna niesprawność ruchowa narządów, które pełnią ważną funkcję w czasie mówienia. Słaba ruchomość języka i warg, nieprawidłowo ukształtowany zgryz, krótkie wędzidełko, powoduje, że dziecko mówi niezrozumiale dla otoczenia. Często przy takim zaburzeniu głoski są opuszczane, przestawiane, bądź całkowicie zniekształcane [3, 197]. Stopień niedorozwoju mowy rośnie wprost proporcjonalnie do stopnia upośledzenia umysłowego. Wg U. Jęczeń „im głębsze jest upośledzenie umysłowe, tym poważniejsze staje się rozwijanie mowy” [4, 128]. Potwierdza to S. Grabias, twierdząc, że „mniej mobilny mózg oraz mało wydolna pamięć przy dysfunkcji, jaką jest upośle-

dzenie umysłowe, będą powodowały zakłócenia w procesie realizowania przez jednostkę kompetencji językowej i komunikacyjnej” [5].

Profesor Michalik uważa, że wszystkie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną są jednocześnie opóźnione w rozwoju mowy, ale tylko niektóre dzieci opóźnione w rozwoju mowy są jednocześnie niepełnosprawne intelektualnie [1].

A. Szuniewicz zauważa, że zaburzenia mowy częściej występują u osób z głęboką niepełnosprawnością, niż u osób z lżejszym stopniem niedorozwoju. Autorka uważa, że im głębszy stopień niedorozwoju umysłowego, tym zaburzenia mowy są cięższe, bardziej złożone i nawarstwione [6, 112-117]. Rozwój mowy osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim nie różni się zasadniczo od rozwoju osób z normą intelektualną, gdyż biologiczny rozwój mowy jest w obu przypadkach podobny. Mechanizm odbioru wypowiedzi słownych oraz mechanizm ich formowania jest taki sam u tych pierwszych, jak i u osób w normie. Rozwój mowy przebiega w obu przypadkach wg tych samych etapów. Jednak opanowanie języka nie przebiega już na tym samym poziomie.

Model rozwoju mowy osób niepełnosprawnych intelektualnie, tj. umiarkowanie, znacznie, głęboko różni się zasadniczo od modelu rozwoju mowy osób w normie. Osoby bardziej zaburzone mają ewidentny deficyt biologicznego rozwoju mechanizmu mowy. Ilość i jakość operacji językowych, które u nich występują jest zdecydowanie niższa. Na każdym etapie rozwoju mowy dzieci o większym stopniu niepełnosprawności intelektualnej ponoszą znaczne straty, które są nie do wyrównania. W wyniku ich kumulowania się, kształtuje się język mocno ograniczony. Ma on specyficzną składnię, semantykę i fonologię [1].

Według Tarkowskiego poziom opanowania mowy przez osobę niepełnosprawne intelektualne zależy od:

- możliwości intelektualnych dziecka;
- środowiska i sposobu wychowania językowego;
- motywacji dziecka do porozumiewania się z innymi;
- poziomu lęku komunikacyjnego;
- osobowości;

- temperamentu, itd. [2].

Jak już wspomniano, porównując dzieci w normie rozwojowej, z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną, to u tych drugich występuje więcej zaburzeń mowy. Bardzo często zaburzenia te są wielorakie (sprzężone ze sobą) i mają nie zawsze jasne pochodzenie. Istnieje wiele czynników, które je powodują.

T. Gałkowski podaje wiele przyczyn, które mogą takie zaburzenia powodować. Są to m.in.:

- niedorozwój ośrodkowego układu nerwowego;
- urazy mózgu i porażenie centralnego układu nerwowego;
- upośledzenie słuchu;
- zaburzenia hormonalne;
- deficyty poznawcze i ograniczenia abstrakcyjnego myślenia.
- braki w zakresie sfery ruchowej, powodujące ograniczenia w ruchach warg i języka (np. podniebienie gotyczne, zbyt duży lub zbyt mały język, rozszczep warg, braki w uzębieniu);
- czynniki psychologiczne;
- krótkotrwała pamięć słuchowa;
- wpływ środowiska kulturalnego, rodzinnego (jego nieprawidłowości);
- zaburzenia emocjonalne np. mutyzm [3].

Jeżeli chodzi o etiologiczną klasyfikację zaburzeń mowy u osób niepełnosprawnych intelektualnie Mincakiewicz dokonuje następującego podziału [8]:

- niepełnosprawność intelektualna – oligofazja;
- upośledzenie struktur korowych mózgu – alalia, dyslalia, afazja;
- nieprawidłowe oddziaływanie środowiska wychowawczego – dyslalia;
- nieprawidłowa budowa lub uszkodzenie narządów mowy – dysglosia;
- zaburzenia emocjonalne – tachylalia, bradykalia;
- uszkodzenie układu pozapiramidowego – dyzartria, anartria;

- inne nieznanne przyczyny – jękanie, gielkot.

Ta sama autorka dokonuje symptomatologicznej klasyfikacji zaburzeń mowy u osób niepełnosprawnych intelektualnie. Wyróżnia następujące deficyty:

- zaburzenia artykulacyjne – seplenienie, reranie, nieprawidłowa wymowa głosek bezdźwięcznych (k, g, t, d), rynolalia, bełkot, wymowa bezdźwięczna;
- zaburzenia płynności mówienia – jękanie chryпка, dysfonia, afonia;
- brak mówienia i zrozumienia.

Ogólnie biorąc, wady wymowy u osób niepełnosprawnych intelektualnie charakteryzują się następująco:

- sygmatyzm – nieprawidłowa artykulacja głosek szeregu szumiącego (sz, cz, rz, dż), szeregu syczącego (s, z, c, dz) oraz szeregu ciszącego (ś, ć, ź, dź). W tym zaburzeniu najczęściej spotykany jest sygmatyzm międzyzębowy (zdeformowana wymowa głosek; jest to efekt niewłaściwego ułożenia aparatu mowy, np. język układa się zbyt płasko i za bardzo przylega do wewnętrznej strony siekaczy, na skutek tego wzdłuż języka nie tworzy się rowek, a powietrze wydostaje się szerokim strumieniem) oraz parasygmatyzm (zastępowanie jednych głosek drugimi, np.: spółgłoski: sz, ź, cz, dż zastępowanie są przez s, z, c, dz; dziecko mówi „safa” zamiast „szafa”, „capka” zamiast „czapka”).
- rotacyzm (reranie) – nieprawidłowa artykulacja głoski r. Tu najczęściej występuje pararotacyzm (zastępowanie głoski r głoskami j, ł, d, w, l; dziecko mówi „jowej” zamiast „rower”), wiążący się bezpośrednio z opóźnionym rozwojem mowy.
- mowa bezdźwięczna (dziecko nie wymawia głosek dźwięcznych, w ich miejscu pojawiają się głoski bezdźwięczne odpowiednie dla par fonologicznych: b – p, bi – pi, d – t, g – k, gi – ki, dz – c, dż – cz, dź – ć, w – f, wi – fi, z – s, ź – sz, ż – ś. Dziecko zamiast mówić „baranek” powie „paranek”).

- kapacyzm (nieprawidłowa artykulacja głosek tylnojęzykowych zwartych: k, ki).
- gamacyzm (nieprawidłowa artykulacja głosek g, gi, h, hi. Dziecko może w ich miejsce wymawiać t, d, ti, di lub h).
- bradykalia – zbyt wolne tempo mówienia.
- dysglosja – polega na zniekształceniu dźwięków mowy lub niemożności ich wytwarzania na skutek nieprawidłowej budowy narządów mowy, spowodowana wadą zgryzu, uszkodzeniem warg lub/i podniebienia, często powiązana jest z uszkodzeniem słuchu.
- afazja – zaburzenie mowy, które polega na niemożności rozumienia mowy, albo na niemożności wyrażania słowami myśli, spowodowana uszkodzeniem uczestniczących w procesie mowy obszarów kory mózgowej.
- dyzartria – wadliwa realizacja głosek z powodu wadliwego funkcjonowania narządów mowy spowodowana np. porażeniem mózgowym.
- bełkot całkowity – niezrozumiała, niewyraźna mowa, śliskotok, deformacja.
- echolalia – niekontrolowane powtarzanie zdań i wyrazów,
- zaburzona płynność mowy – jąkanie, giełkot,
- brak tzw. gotowości komunikacyjnej – pojawia się krzyk i inna forma niewerbalnych apeli,
- dysfonia – chrypka, zanik głosu.

Wady wymowy u wspomnianych dzieci mogą powodować zakłócenia wypowiedzi w różnym stopniu. Mogą to być:

- Nieznaczące zakłócenia, które są na ogół zrozumiałe;
- Zakłócenia znacznego stopnia, zrozumiałe jedynie dla osób, przebywających na stałe w otoczeniu dziecka;
- Zakłócenia wysokiego stopnia, w których wypowiedź jest niezrozumiała nawet dla osób dziecku bliskich, które otaczają je na co dzień.

Chociaż u dzieci niepełnosprawnych w stopniu lekkim można stwierdzić te same wady wymowy, co u dzieci, które rozwijają się umysłowo w sposób prawidłowy to są one jednak bardziej złożone

i występują często. Wiąże się to z nieprawidłowościami związanymi z aparatem artykulacyjnym, fonacyjnym, oddechowym oraz brakiem koordynacji tych trzech aparatów w procesie mówienia. W wyniku takich nieprawidłowości dochodzi do błędnej artykulacji wielu głosek. Bardzo często następuje zamiana tych głosek (substytucji), opuszczania którejs z nich (elizji) lub całkowitego zniekształcania (deformacji). Naukowcy udowodnili, że z wiekiem u osób z niepełnosprawnością intelektualną występowanie zaburzeń mowy obniża się. Bardzo wysoki odsetek tych zaburzeń występuje u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. W późniejszym okresie zmniejsza się, co jest efektem ciągłych terapii, w tym logopedycznych oraz dojrzwiania. Jednak u dużej części dzieci zaburzenia mowy nie ustępują, gdyż do mówienia potrzebny jest pewien poziom rozwoju umysłowego. Naukowcy założyli, że niezbędny wiek to 18-24 miesiąc rozwoju intelektualnego, aby człowiek zaczął mówić, inni obniżyli go do 14 miesięcy. Osoby głęboko upośledzone, które nie są w stanie osiągnąć tego poziomu, nie zaczną mówić nigdy, a będą tylko wokalizować.

Charakterystycznymi cechami zaburzeń mowy u osób niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim jest opóźnienie rozwoju mowy, które przejawia się wypowiedzianiem pierwszych pojedynczych wyrazów do 3. r.ż., a zdań złożonych między 5. a 6. r.ż. Występują liczne wady wymowy w postaci seplenienia, ubezdźwięcznienia, rotacyzm, uproszczenia trudnych grup spółgłoskowych oraz brak płynności mówienia. Jeżeli chodzi o zasób słownictwa, to jest on bardzo ubogi, zwłaszcza jeżeli mowa o pojęciach abstrakcyjnych, określające relacje czasowo – przestrzenne. W słowniku dzieci pojawiają się rzeczowniki, które nazywają przedmioty postrzegane zmysłami, następnie czasowniki, pokazujące człowieka w ruchu i działaniu. Jeżeli chodzi o przymiotniki, to najwięcej jest określeń koloru, kształtu i wielkości przedmiotu. Osoby ze wspomnianą niepełnosprawnością błędnie konstruują zdania. Wynika to z nieznamomości reguł gramatycznych. W wypowiedziach znacznie dominują zdania pojedyncze nad zdaniami złożonymi, występują trudności w budowie wypowiedzi narracyjnych i dialogowych.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym mają znacznie opóźniony rozwój mowy. Pojedyncze wyrazy pojawiają się ok. 5. r. ż., zaś pierwsze zdania ok. 7. r.ż. Występują też wady wskazane powyżej, ale są one znacznie złożone, a często występują, jako zespół wad. Zasób słownictwa jest ograniczony, a szczególnie, jeżeli chodzi o nazwy osób, przedmiotów, zjawisk z najbliższego otoczenia dziecka. W wypowiedziach posługują się zdaniami prostymi z licznymi błędami gramatycznymi. Osoby z tym zaburzeniem nie dostrzegają związków przyczynowo-skutkowych.

Charakteryzując zaburzenie mowy u osób niesprawnych intelektualnie w stopniu znacznym, można już w pierwszych latach dziecka dostrzec głębokie opóźnienie rozwoju mowy. Pierwsze, pojedyncze wyrazy pojawiają się w wieku szkolnym. Wady wymowy są bardzo sprzężone i charakteryzują się często redukcją całych wyrazów do nagłosu lub wygłosu. Charakterystyczną cechą jest też ubogie słownictwo, które odwołuje się do znajomości kilku kluczowych słów, często czasowników i rzeczowników, które są zniekształcone brzmieniowo. Bardzo często zadawanie pytań lub udzielanie odpowiedzi odbywa się za pomocą wyrazów dźwiękonaśladowczych lub gestów. Osoby wypowiadają pojedyncze wyrazy, którym przypisują różne funkcje pragmatyczne (np. nazywają przedmiot lub chcą go dostać).

W przypadku osób z niepełnosprawnością w stopniu głębokim mowa nie wykształciła się. Osoby te często rozumieją kilka prostych poleceń i słów z życia codziennego, które towarzyszą każdego dnia, w czasie wykonywanych czynności.

Stopień niepełnosprawności intelektualnej wyznacza nam kierunek postępowania logopedycznego. Usprawniając mowę dziecka ze wspomnianą niepełnosprawnością, nie możemy działać schematycznie, a terapia musi przebiegać wg potrzeb i możliwości samego dziecka. Rozpoczęcie pracy nad usuwaniem zaburzeń artykulacyjnym musi być wczesną i systematyczną interwencją, a także należy stosować tu wieloaspektowość oddziaływań. Musimy pamiętać, że dzieci niepełnosprawne intelektualnie szybko się zniechęcają, męczą i dekoncentrują, dlatego zajęcia winne być

bardzo urozmaicone np. masażem logopedycznym, śpiewem i zabawą. Ucząc mowy, kształtuje się jednocześnie takie funkcje psychiczne, jak logiczne myślenie, czy spostrzegawczość.

Musimy też pamiętać, że u osób niepełnosprawnych intelektualnie praca nad rozwojem mowy i wieloma wadami trwa o wiele dłużej niż u dzieci w normie rozwojowej. Wymaga ona wiele wysiłku i wytrwałości ze strony nie tylko logopedy, ale i samych opiekunów. Rzadko jest możliwe wypracowanie u osób niepełnosprawnych intelektualnie bezbłędnej, czy starannej wymowy. Powoduje to fakt ograniczenia wynikający z istoty upośledzenia. Nie zawsze włożony wysiłek w kształtowanie mowy dziecka niepełnosprawnego intelektualnie jest współmierny z efektem pracy. Musimy sobie jednak zdawać sprawę, że dziecko angażuje się z wielkim trudem, który musi pokonać. Wszystko, co dziecko wypracuje jest uwieńczeniem jego wysiłku, a zarazem wielką radością i przeżyciem. Pomoc dziecku niepełnosprawnemu intelektualnie przy korekcji wad wymowy jest potrzebna do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. To właśnie w dużym stopniu mowa umożliwia samodzielność i zaradność życiową. Należy pamiętać, że nie jest istotne w terapii logopedycznej, jakie zjawiska obserwuje się w mowie dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, ale to, na ile utrudniają im one komunikowanie się ze społeczeństwem. Ważnym jest to, aby słowa, które da się wyuczyć (głównie niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym i głębokim), pozwalały przekazać intencję osoby niepełnosprawnej. Jeżeli dziecko ma utrudnioną komunikację werbalną, muszą być ukierunkowane na komunikację niewerbalną, tj. komunikaty przekazywane za pomocą mowy ciała, mimiki twarzy, tonu naszego głosu oraz ogólnej postawy ciała człowieka.

BIBLIOGRAFIA

- [1] MICHALIK M., *Wykład*, Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków 2015.
- [2] TARKOWSKI Z., *Zaburzenia mowy dzieci upośledzonych umysłowo*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole 1999.

- [3] GALKOWSKI T., *Dzieci specjalnej troski*, Wiedza Powszechna 1979.
- [4] JĘCZEŃ U., *Logopedia*, t. 32, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Warszawa 2009.
- [5] GRABIAS S., *Mowa i jej zaburzenia*, Lublin 1997.
- [6] SZUMIEWICZ A., *Próby badań wad wymowy dzieci upośledzonych umysłowo w warszawskich szkołach specjalnych*, „Logopedia”, nr 7, 1967.
- [7] STYCZEK I., *Logopedia*, Warszawa 1983.
- [8] MINCAKIEWICZ E., *Zaburzenia mowy u osób upośledzonych umysłowo*, Kraków 1994.

MAŁGORZATA PLOTTEK

ZESPÓŁ ASPERGERA – ALIENACJA I ODMIENNOŚĆ

Streszczenie

W artykule podjęto próbę scharakteryzowania zespołu Aspergera jako jednostki chorobowej zdiagnozowanej stosunkowo niedawno, bo w latach 80. XX w. Badania nad przyczyną tej łagodniejszej odmiany autyzmu wciąż trwają i trudno jednoznacznie określić jej podłoże. Chociaż zespół Aspergera jest częściej spotykany niż autyzm dziecięcy, nadal jest rzadko rozpoznawany, a wiedza wielu specjalistów, między innymi w Polsce, o tym zaburzeniu jest znikoma. Problem pogłębia fakt, że kryteria autyzmu i zespołu Aspergera są nieostre i w indywidualnych przypadkach może być bardzo trudno określić, z jakim zaburzeniem mamy do czynienia [1]. Artykuł zawiera także informacje na temat Hansa Aspergera – pediatry i psychologa, który jako pierwszy opisał objawy autystycznej psychopatii na przykładzie czwórki swoich małych pacjentów, które później zostały nazwane jego imieniem. Kolejna część artykułu stanowi próbę scharakteryzowania dzieci i osób dorosłych, u których zdiagnozowano zespół, pod kątem obsesyjności zachowań, trudności w przyswajaniu nowej wiedzy, indywidualności, braku umiejętności interpersonalnych i funkcjonowania w środowisku lokalnym. Rodzicom trudno zaakceptować odmiennosć swego dziecka i często dochodzi u nich do wyparcia tej informacji, podważania diagnozy medycznej, dlatego część artykułu poświęcono relacjom rodzic–dziecko, rodzic–nauczyciel. Dobrze przygotowany do pracy z dzieckiem z zespołem Aspergera pedagog może pomóc mu w pokonaniu trudności edukacyjnych i sprawić, by czas spędzony w szkole nie był traumą. Człowiek, u którego wykryto łagodniejsze spectrum autyzmu może dobrze funkcjonować w społeczeństwie, jeśli uzyska fachową pomoc ze strony lekarzy, pedagogów i rodziców.

Słowa kluczowe

zespół Aspergera, spectrum autyzmu, rodzic, dziecko, nauczyciel

Abstract

In this article the attempts of the characterization of the Asperger's Syndrome as the disease entity were taken which has been diagnosed recently, in the 1980s of the 20th century. The research on the cause of a milder type of the autism are still lasting and it is difficult to define its basis at the same time. However the Asperger's Syndrome is more common than the children's autism, it is still rarely recognized, and the knowledge of many specialists, even in Poland, is negligible about this disorder. The problem is aggravated by the fact that the criteria for the autism and the Asperger's Syndrome are out of the

focus and in the individual cases it can be very difficult to determine what disorder we are dealing with. The article also contains the information about Hans Asperger, a pediatrician and a psychologist, who was the first who described the symptoms of autistic psychopathy on the example of four his small patients, which were later named after him. The next part of the article is an attempt to characterize the children and the adults who were diagnosed with the syndrome in terms of obsessive behavior, the difficulties in acquiring a new knowledge, the individuality, a lack of interpersonal skills and the functioning in the local environment. It is difficult for parents to accept the dissimilarity of their child and they often try to repress this information, undermine the medical diagnosis, that's why one of the part of the article is devoted to the relationships such as a parent and a child, a parent and a teacher. A teacher, who's well prepared to work with a child with Asperger's team, can help him overcome educational difficulties and make that the time he spends at school won't be trauma for him. A man who has been diagnosed with a milder spectrum of the autism can function well in the society if he or she gets a professional help from the doctors, teachers and parents.

Keywords: Asperger's Syndrome, the spectrum of the autism, a parent, a child, a teacher

Wstęp

Mimo tego że zespół Aspergera jest częściej spotykany niż autyzm dziecięcy, nadal jest rzadko rozpoznawany, a wiedza wielu specjalistów, w także w Polsce, o tym zaburzeniu jest znikoma. Dziecko obdarzone tym schorzeniem żyje we własnym świecie, przejawia zachowania egoistyczne, egocentryczne, jednak o żadnym zadufaniu w sobie, według opinii ekspertów, nie może być mowy. To nie cechy introwertyczne sprawiają, że taka osoba postrzegana jest jako odmieniec – o wyjątkowości takiego człowieka decydują zaburzenia neurologiczne, które utrudniają komunikację ze światem zewnętrznym. Wsparcie ze strony rodziny i pedagogów mogą sprawić, że dziecko będzie w miarę poprawnie funkcjonowało w środowisku, a sytuacje szkolne nie będą źródłem niepokoju i dodatkowego stresu.

Metodyka i cel artykułu

Celem artykułu jest przybliżenie zespołu Aspergera jako schorzenia utrudniającego funkcjonowanie w środowisku społecznym.

Zapoznanie z przyczynami spectrum autyzmu i trudnościami, jakie napotyka taka osoba, może pomóc rodzicom w zrozumieniu odmienności swojego dziecka, a pedagogom w ułatwieniu mu funkcjonowania w szkole. Inny, odmienny nie znaczy gorszy. Zespół Aspergera nie jest związany z deficytem umysłowym, dziecko nim obdarzone potrzebuje wsparcia, by mogło pokonać swoje lęki i niepokoje, nawiązało relacje społeczne z grupą klasową i szkolną. Właściwie dobrane metody, zapewnienie komfortu pracy, właściwe podejście do dziecka, mogą sprawić, że wizyty w szkole nie będą udręką, a docenienie małych sukcesów pomoże w podniesieniu samooceny. Praca ma na celu uwrażliwienie na potrzeby dziecka obdarzonego zespołem Aspergera, na oczekiwania rodziców i rolę nauczyciela w procesie edukacyjnym takiego ucznia. Treść artykułu została oparta na publikacjach umieszczanych na stronach internetowych oraz badaniach przeprowadzonych przez ekspertów w dziedzinie medycyny i pedagogiki.

Hans Asperger – rys biograficzny

Hans Asperger urodził się 18 lutego 1906 r. w Hausbrunn, był synem rolników zamieszkujących okolice Wiednia. Jako dziecko nie posiadał przyjaciół, był zamknięty w sobie, skryty, apatyczny, posępny, mówił o sobie, używając trzeciej osoby liczby pojedynczej. Wykazywał pewne symptomy zespołu, który po latach nazwie swoim nazwiskiem. Był poliglotą – od najmłodszych lat bardzo szybko przyswajał słowa i zwroty obcojęzyczne. Miał opinię trudnego i samotnego dziecka, znał na pamięć całą twórczość Franza Grillparzewa, którą często cytował. Po zdaniu matury o profilu humanistycznym studiował medycynę na uniwersytecie w Wiedniu. Na tej też uczelni obronił doktorat w 1931 r. Rok później zatrudnił się w uniwersyteckiej klinice dziecięcej w charakterze pediatry. W 1934 zaczął pracę w szpitalu psychiatrycznym w Lipsku. Działalność Aspergera we wczesnych latach wojennych nie jest znana, natomiast pod koniec wojny pełnił rolę lekarza wojskowego w oddziałach okupujących Chorwację. W 1944 r. opublikował artykuł na temat objawów autyzmu i zatrudnił się na Uniwersytecie Wiedeńskim. Przez 20 lat był dyrektorem miejskiej kliniki dla dzieci i szefem uniwersyteckiej katedry pediatrii. Od 1964

r. pełnił rolę dyrektora wioski dziecięcej SOS w Hinterbruhl. Opublikował ponad 300 prac z zakresu psychologii. Pozostałe, archiwalne notatki psychiatry uległy zniszczeniu podczas wojny. W pierwszym, wydanym w 1944 r., artykule opisał objawy autystycznej psychopatii na przykładzie czwórki małych pacjentów. Ich zachowania charakteryzowały się brakiem empatii, niezdolnością do tworzenia więzi emocjonalnych (np. przyjaźni) z otoczeniem, zaburzeniami motorycznymi i pochłonięciem swoimi wąskimi zainteresowaniami. Asperger wyrażał się z tego powodu o swoich pacjentach „mali profesorowie”, sądził też, że wykorzystają swoje szczególne talenty w dorosłym życiu [2]. Dorobek naukowy Aspergera do niedawna był mało znany wśród psychiatrów, zapewne dlatego że publikował po niemiecku, a jego prace były rzadko tłumaczone na język angielski. Po raz pierwszy termin zespół Aspergera został użyty w 1981 r. przez brytyjską badaczkę Lornę Wing, co spowodowało zainteresowanie dziełami Austriaka.

Zespół Aspergera a autyzm

Badaczka Lorn Wing, pracując z małymi pacjentami, zwróciła uwagę na to, że niektóre dzieci z przejawami autyzmu we wczesnym dzieciństwie miały dobrze rozwiniętą mowę i procesy poznawcze, ale ich rozwój motoryczny i społeczny był zaburzony. Zaburzenia były podobne do tych, które w 1944 r. opisał psychiatra i pediatra – Hans Asperger. Mali pacjenci wykazywali ograniczoną elastyczność myślenia, choć nie stwierdzono u nich upośledzenia umysłowego, cechowali się trudnością w zaakceptowaniu zmian oraz obsesyjnym zainteresowaniem zjawisk, wąskich dziedzin nauki. Jako kryteria odróżniające zespół Aspergera od autyzmu wymienia się: prawidłowy rozwój poznawczy oraz brak opóźnienia rozwoju mowy i innych jej zaburzeń uniemożliwiających komunikację ze światem zewnętrznym. u ludzi z tym zaburzeniem od wczesnego dzieciństwa występują symptomy charakterystyczne dla autyzmu dziecięcego jednak w o wiele mniejszym nasileniu. Osoby, u których zdiagnozowano łagodniejszą odmianę zespołu Aspergera, są postrzegane przez społeczeństwo częściej jako ekscentrycy niż ludzie z zaburzeniem osobowości. Granice zespołu

Aspergera są bardzo niewyraźne i mogą być mylone z autyzmem wysokofunkcjonującym, hiperleksją, upośledzeniem zdolności niewerbalnego uczenia się, reaktywnym zaburzeniem przywiązania, zespołem nadpobudliwości ruchowej, dlatego indywidualne przypadki mogą sprawić wiele problemów w prawidłowym zdiagnozowaniu. Nierzadko potocznie określa się mianem zespołu Aspergera wszystkie relatywnie łagodne zaburzenia rozwoju, gdzie głównym problemem jest nieumiejętność nawiązywania kontaktów społecznych [3]. Zespół Aspergera jest zaburzeniem o podłożu neurologicznym, którego przyczyny nie są do końca znane. Symptomy trwają całe życie i nie są leczone farmakologicznie, choć wczesna terapia może umożliwić sprawne funkcjonowanie w społeczeństwie. Ze względu na to że jest to dość młoda jednostka nozologiczna, nie dysponuje się danymi związanymi z funkcjonowaniem ludzi z tym symptomem w podeszłym wieku. Najczęściej zdiagnozowanie zespołu następuje u dziecka w wieku szkolnym, gdyż wtedy nasilają się problemy związane z kontaktami interpersonalnymi i życiem towarzyskim. Najbardziej typowe objawy występują w młodym wieku, później w miarę kształtowania się indywidualnych cech mogą się zmieniać, zanikać (rzadko nawet całkowicie), często zaciemniając obraz zaburzenia, dlatego rozpoznanie w dorosłym wieku jest jeszcze trudniejsze niż w dzieciństwie i wymaga przeprowadzenia szczegółowych badań. Znaczna część dorosłych z zespołem Aspergera jest nieświadoma źródła swoich problemów lub otrzymuje inną, nieprawidłową lub znacznie zawężoną diagnozę. Gdy nasilenie wtórnych zaburzeń utrudnia funkcjonowanie, decydują się szukać pomocy specjalistycznej [1].

Objawy – kryteria diagnostyczne

Jak wynika z badań, zespół Aspergera występuje o wiele częściej niż autyzm i jest częściej, z niewiadomych przyczyn, diagnozowany u chłopców. Podczas, gdy autyzm występuje u 4 na 10 000 dzieci, zespół Aspergera wykrywa się aż u 20-25 dzieci na 10 000. Oznacza to, że na każdy przypadek jednoznacznego autyzmu przypada kilkoro dzieci z obrazem klinicznym odpowiadającym zespołowi Aspergera. Badanie przeprowadzone w Szwecji przez zespół

Gillberga u 0,7% przebadanych dzieci wykazało kliniczny obraz zespołu Aspergera o mniejszym lub większym natężeniu. Niektórzy badacze utrzymują, że jeśli wziąć pod uwagę wszystkie dzieci wykazujące wiele cech zespołu Aspergera, ale o natężeniu, które na osi autyzmu może uchodzić za prawie normalne, to okaże się, iż zaburzenie występuje dość często [4]. Aspergera do tej pory nie został uznany za dziedziczny – dziedziczy się geny prowadzące do spektrum autyzmu. z wywiadów przeprowadzonych z rodzicami dzieci z zespołem wynika, że w rodzinie występuje osoba lub osoby, u których stwierdzono autyzm. Najprawdopodobniej u podłoża choroby leżą defekty neurologiczne o nieznanym jak dotąd pochodzeniu. Do najbardziej znanych, potencjalnych czynników należą uwarunkowania genetyczne (znajdujące się w niektórych chromosomach). Skłonność do wystąpienia spektrum zaburzeń może być uwarunkowana: wiekiem ojca (od 40 lat wzwyż), urazami okołoporodowymi, dziecięcym porażeniem mózgowym, uszkodzeniem centralnego układu nerwowego, toksoplazmozą oraz poważnym infekcją.

Do zdiagnozowania zespołu Aspergera najczęściej wymienia się zespół sześciu głównych kryteriów. Są to:

- zaburzenia interakcji społecznej, nieumiejętność lub brak chęci współpracy w grupie,
- zaburzenia mowy i języka (opóźniony rozwój, powierzchownie perfekcyjny język ekspresyjny, sztywna i pedantyczna mowa, nietypowa prozodia i charakterystyka głosu, uszkodzenie zdolności rozumienia języka – przede wszystkim znaczeń przenośnych i ukrytych),
- zawężone, specjalistyczne zainteresowania, połączone czasem z obsesyjnym zainteresowaniem jedną dziedziną,
- zachowania powtarzalne, rutynowe, niezmiennie,
- trudności w komunikacji niewerbalnej (ograniczone gesty, skąpa ekspresja twarzy, dystans fizyczny, zachwianie rozumienia bliskości do innej osoby, kłopoty z kontaktem wzrokowym),
- niezdarność ruchowa (nie zawsze).

Kryteria te pomagają odróżnić zespół Aspergera np. od zaburzeń osobowości czy emocji. Do potwierdzenia diagnozy konieczne jest spełnienie co najmniej trzech z wymienionych kryteriów [5].

Dziecko z zespołem Aspergera – charakterystyka

Na ogół dziecko z zespołem Aspergera od najmłodszych lat cechuje się: obojętnością, niezdarnością ruchową, ograniczoną gestykulacją, sztywnością i dziwacznością zachowań, nadwrażliwością na bodźce. Można także zauważyć brak wskazywania palcem na osoby i przedmioty znane, brak reakcji na imię, najczęściej mówi o sobie, używając trzeciej osoby. Wykazuje silny opór na zmiany, często się złości, nigdy o nic nie prosi, jego mowa jest opóźniona. w wieku przedszkolnym trzyma się sztywnych rytuałów, ujawnia tendencje do unikania kontaktu wzrokowego, spontanicznych komunikatów słownych, dziwnych reakcji werbalnych. w trakcie rozmowy często powtarza słowa i zwroty, ztraca się we własnych zainteresowaniach, potrafi skupić uwagę przez długi czas na jakimś przedmiocie. Dodatkowo wykazuje zdolności pamięciowe, potrafi zapamiętać kolejność cyfr, bezbłędnie odtworzyć układ przedmiotów. Nie potrafi pohamować swoich reakcji, szczególnie gniewu, płaczu, niepokoju, agresji. W klasach wczeszkolnych, przez swoją odmienność i dziwność zachowań, często bywa odrzucone przez grupę, ma problemy z umiejętnościami motorycznymi, pisze niestarannie, nie lubi kolorować, wycinać. Wzrasta poziom obsesyjnego zainteresowania wybranymi, wąskimi dziedzinami. w klasach starszych najczęściej interesuje się przedmiotami ścisłymi, lubi przedmioty przyrodnicze, związane ze światem i kosmosem, fascynuje go złożoność ludzkiej natury, choć samo niejednokrotnie nie potrafi nazwać swych zachowań. Wykazuje problemy z koncentracją, trudności w uczeniu się, odczuwa niepokój. Jego kontakty z rówieśnikami są powierzchowne, nie szuka przyjaźni, za to chętnie rozmawia z dorosłymi, jakby podświadomie czuło, że mentalnie jest zbliżone bardziej do ich wieku. Nie rozumie przekazów o treści metaforycznej, mimo tego że na ogół posiada rozwinięty zakres leksykalny. Brak empatii, impulsywnych zachowań, okazywania żywej reakcji i odmienność zainteresowań sprawiają, że dziecko nie jest lubiane w klasie.

Dziecko z zespołem Aspergera – rola rodzica i szkoły

Każdy rodzic marzy, by jego dziecko było zdrowe. Dostrzegając odmiennosc swego syna, swojej córki, rodzice często próbują bagatelizować dziwne zachowania. Nie godzą się z diagnozą, konsultują się z innymi ekspertami, mając nadzieję na podważenie stanowiska lekarza lub poradni. Dochodzi do wyparcia z podświadomości, że ich dziecko posiada jakieś schorzenie. Reagują histerią lub negacją. w zaakceptowaniu odmiennosci swego dziecka pomagają wizyty w poradni psychologicznej. Gdy emocje opadają, przychodzi czas na podjęcie działań, na spojrzenie na sprawę z innej perspektywy. Ważne, by rodzice sami w sobie wyrazili zgodę na posiadanie dziecka niedoskonałego. Zaczęli akceptować jego lęki, pozwalali mu odczuwać niepokój, udzielali nieustannego wsparcia, kochali go takim, jakim jest i cieszyli się z jego drobnych sukcesów. Zanim go skrytykują, uruchomią empatię, zrozumieją, że ich dziecko odbiera świat wyjątkowo i bardzo intensywnie, posiada nadwrażliwość na wiele bodźców. w jego głowie panuje chaos, czuje mocniej, słyszy dźwięki niesłyszalne dla osób neurotypowych. Jak pisała K. Wnęć – Joniec w swojej książce poświęconej wychowywaniu: „My, dorośli, nie pozwalamy, i sobie, i dziecku na okazywanie emocji. Na złość, na bunt, na krzyk, na smutek, na płacz... Rozumieć dziecko to także znaczy nie blokować jego emocji zakazami, karą, ale zaprosić go do zabaw, które pozwolą mu w bezpieczny dla niego i dla innych sposób uwolnić się od nadmiaru napięcia. Praca z buntem, złością, tęsknotą, sprzeciwem dziecka jest przecież niczym innym jak praca nad jego dojrzałością emocjonalną, nad dorastaniem społecznym dziecka” [7, 38].

Pojawienie się w klasie ucznia posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na zdiagnozowany zespół Aspergera zmusza nauczyciela do zapoznania się z charakterystycznymi symptomami zaburzenia oraz opracowania metod pracy, motywuje go do poszukiwań różnych wskazówek do pracy z takim dzieckiem. Pracownicy poradni najczęściej zalecają kształcenie specjalne według podstawy programowej kształcenia ogólnego z dostosowaniem metod, treści i form pracy do specjalnych

potrzeb rozwojowych, edukacyjnych i możliwości psychofizycznych, a w ramach pomocy psychologiczno-pedagogicznej: zajęcia rozwijające uzdolnienia, zajęcia rewalidacyjne oraz zajęcia terapeutyczne z psychologiem. Dostosowując wymagania wobec ucznia, należy uwzględniać specyfikę ograniczeń funkcjonalnych wynikających z zespołu Aspergera oraz fakt, że zalicza się go na ogół do grona uczniów o inteligencji, która kształtuje się na co najmniej ponadprzeciętnym poziomie. Powinna ona polegać na odpowiednich modyfikacjach programów nauczania ze wszystkich przedmiotów, uwzględniając już opanowane wiadomości i umiejętności, oraz biorąc pod uwagę strefę najbliższego rozwoju ucznia w danym zakresie. Postawy preferowane u nauczycieli pracujących z osobami z zespołem Aspergera to: konsekwencja w tym, co robią w klasie, zdolność wprowadzenia jasnej struktury w zakresie tego, co robią na lekcji, przeciwdziałanie negatywnym reakcjom ucznia na niespodziewane zmiany – przewidywalność daje uczniowi poczucie bezpieczeństwa. Szkoła powinna zapewnić dziecku nauczyciela wspomagającego, który, towarzysząc mu na lekcjach, ma za zadanie pomóc mu w opanowaniu emocji, zmniejszyć ilość bodźców oddziałujących negatywnie oraz ułatwić proces edukacyjny. Warto pamiętać, że dzieci z zespołem Aspergera zazwyczaj nie są tak bardzo zdystansowane jak dzieci autystyczne – w wieku szkolnym pragną zawierać przyjaźnie i brak sukcesów na tym polu wywołuje ich frustrację, smutek i zakłopotanie. Ich problemem nie jest na ogół brak okazji do interakcji społecznych, ale raczej ich mała skuteczność. Dzieci te mają trudności ze zrozumieniem zachowań społecznych. Gillberg określił to jako „zaburzenie empatii”, to znaczy niezdolność do rozumienia potrzeb i punktów widzenia innych ludzi oraz właściwego reagowania na nie. Osoby te źle odczytują pewne sytuacje, a ich reakcje są często interpretowane przez innych jako ekscentryczne i zniechęcające [8]. Nauczyciel może pomóc dziecku w kontaktach z rówieśnikami, m.in. dzięki zabawom wprowadzanym na lekcjach w klasach młodszych lub właściwej tematyce poruszanej na godzinach wychowawczych w klasach starszych. Ważne, by inne dzieci w klasie rozumiały problemy ucznia i, ucząc się empatii, nie sepa-

rowały go od grupy znajomych. Pracownicy szkoły, w ramach pomocy dla rodziców, powinni udzielać porad, konsultacji lub – w razie takiej potrzeby – zorganizować warsztaty szkoleniowe. Rodzic powinien nieustannie kontaktować się z wychowawcą oraz nauczycielami poszczególnych przedmiotów, by na bieżąco monitorować sytuację swego dziecka w szkole, pomagać mu i wspierać w pokonywaniu trudności, a przede wszystkim cieszyć się z nim jego sukcesami.

Podsumowanie

Zespół Aspergera uznawany jest za łagodną odmianę autyzmu, którego główną oznaką jest znaczne i nieprzerwane upośledzenie relacji społecznych, schematyczność zachowania, powtarzające się odruchy, silne upodobanie do rutyny i unikanie zmian. Osoby te posiadają dobrze rozwinięty zasób leksykalny, osiągają przeciętny lub ponadprzeciętny poziom rozwoju i rzadko mają trudności w nauce. Ich potencjał można wykorzystać na wielu płaszczyznach, stwarzając im tym samym możliwość osiągnięcia sukcesu. Dobrze przygotowany do pracy z dzieckiem z zespołem Aspergera nauczyciel to osoba posiadająca świadomość nieustannego chaosu w głowie ucznia oraz świadoma czynników blokujących i uniemożliwiających kontakty interpersonalne. Uruchamiając własną empatię, zapoznając się z literaturą specjalistyczną, można pomóc dzieciom i ich rodzicom.

BIBLIOGRAFIA

- [1] RYNKIEWICZ A., *Zespół Aspergera. Inny mózg. Inny umysł*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk 2009.
- [2] *Syndrom Aspergera*, [w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Hans_Aasperger (29.03.2018).
- [3] *Autyzm rodzinny*, [w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Zespól_Aaspergera (29.03.2018).
- [4] *Dzieci z zespołem Aspergera*, [w:] <http://niegrzecznedzieci.org.pl/asperger/dziecko-za/> (29.03.2018).
- [5] *Kryteria diagnostyczne*, [w:] <http://niegrzecznedzieci.org.pl/asperger/> (30.03.2018).

- [6] *Zespół Aspergera – rady i wskazówki*, [w:] <http://niegrzeczne-dzieci.org.pl/asperger/> (24.03.2018).
- [7] WNEK-JONIEC K., *Nie przydeptuj małych skrzydeł*, Wydawnictwo Oświatowe, Kraków 2013, s. 38.
- [8] *Zespół Aspergera na różnych etapach*, [w:] <http://niegrzeczne-dzieci.org.pl/asperger/> (31.03.2018).
- [9] *Zespół Aspergera*, [w:] <http://medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-wieku-rozwojowego,zespol-aspergera-u-dzieci> (31.03.2018).

DANUTA WOŹNICA

**DOBÓR METOD I FORM PRACY Z UCZNIEM
Z ZESPOŁEM ASPERGERA W ZAKRESIE NAUKI
GEOGRAFII**

Streszczenie

W artykule pojęto problem uczniów ze zdiagnozowanym zespołem Aspergera. Opisano najczęstsze zaburzenia, oraz metody i formy pracy na lekcjach geografii. Niniejszy artykuł obejmuje także podział geografii jako nauki i historię jej rozwoju na przestrzeni wieków. Uczniowie z zespołem Aspergera napotykają na szereg trudności w społeczności szkolnej, a ich zachowanie przez rówieśników postrzegane jest jako specyficzne. Dla nauczycieli osoby te stanowią szczególne wyzwanie, ponieważ inaczej reagują i przetwarzają przekazywane informacje. Charakteryzują się również deficytem uwagi. Sposób funkcjonowania takich uczniów może być bardzo różny: niektórzy z nich są hałaśliwi i gadatliwi, inni z kolei spokojni i wyciszeni. Zagadnienia podjęte w niniejszym artykule pozwolą nauczycielom geografii opracować wiele metod pracy z uczniem dotkniętym zespołem Aspergera, stymulować ogólny jego rozwój, korygować zaburzenia funkcji i zapobiegać powstawaniu wtórnych zaburzeń emocjonalnych. Pedagodzy dzięki właściwemu doborowi form pracy, na lekcjach, odgrywają bardzo ważną rolę w pomocy uczniom z tym syndromem uczenia się poznawania świata wokół nich.

Słowa kluczowe

zespół Aspergera, zaburzenie rozwojowe, uczeń, geografia, metoda pracy

Abstract

The article raises the problem of a student diagnosed with Asperger Syndrome. The most common disorders, methods and forms of work in geography lessons are also described. This article also covers the division of geography as a science and the history of its development over the centuries. Students with Asperger's Syndrome encounter a number of difficulties in the school community, and peers perceive their behavior as specific. For teachers, these people pose a special challenge because they process the information they receive and react differently. They are also characterized by a deficit of attention. The way these students function may be very different: some students are noisy and talkative, others are calm and quiet. Issues taken in this article allow geography teachers to develop many methods of working with a student affected by Asperger's syndrome, stimulate general development, correct dysfunctions and prevent secondary emotional disturbances. Pedagogues, thanks to the right choice of works forms, during classes, play a very important role

in helping students with this learning syndrome, experiencing the world around them.

Keywords

Asperger's syndrome, developmental disorder, school student, geography, teaching method

Geografia to bardzo rozległa dziedzina nauki. Interesuje się nią wielu uczniów nawet cierpiących na zespół Aspergera. Jednak nauka dzieci i młodzieży z zaburzeniami osobowości nie jest łatwa. Każdy uczeń jest jedyny w swoim rodzaju, ma swoją własną „dziwną” osobowość, odmienne uzdolnienia i możliwości funkcjonowania. Dlatego nauczyciel powinien być specjalistą w zakresie niepełnosprawności swojego ucznia. Wiąże się to z przygotowaniem całej bazy materiałowo-dydaktycznej, oraz metod dostosowanych do korygowania różnego rodzaju zaburzeń u podopiecznego.

Poznawanie świata to fascynujące zajęcie, dlatego geografia jest ulubionym przedmiotem wielu uczniów. Nauka ta zajmuje się badaniem powłoki ziemskiej, jej zróżnicowaniem pod względem przyrodniczym, społeczno-gospodarczym, a także powiązaniem pomiędzy środowiskiem przyrodniczym i działalnością ludzi. Podstawowe działy geografii to: geografia fizyczna, geografia społeczno-ekonomiczna i geografia regionalna. **Geografia fizyczna** zajmuje się środowiskiem przyrodniczym, oraz zjawiskami, które je kształtują. W skład geografii fizycznej wchodzi: geomorfologia, hydrologia, limnologia, potamologia, oceanografia, glaciologia, klimatologia i geografia gleb. **Geografia społeczno-ekonomiczna** często nazywana geografiami człowieka zajmuje się wszelkimi aspektami działalności człowieka, oraz jego przestrzennymi strukturami życia społecznego i gospodarczego. W jej skład wchodzi geografia: historyczna, komunikacji, łączności, transportu, kultury, ludności, osadnictwa, polityczna, przemysłu, religii, rolnictwa, społeczna, turystyki, usług, a także wyborcza. **Geografia regionalna** zajmuje się kompleksowym opisem środowiska geogra-

ficznego regionów. Łączy zagadnienia geografii fizycznej ze społeczno-ekonomiczną danego obszaru świata. Zaliczono do niej: kartografię, geodezję, geopolitykę, geoinformację i astronomię [1].

Założki znajomości geografii można już znaleźć u ludów pierwotnych, żyjących w okresie prehistorycznym. Doskonale znali okolicę w której żyli. Czas określali na podstawie zmienności pór roku, zjawisk meteorologicznych, pływów morskich, czy też prądów morskich. Dowodem tego są mapy, oraz liczne rysunki które sporządzali. Pierwsi geografiami jako nauką zajmowali się starożytni Grecy. Największy wkład w jej rozwój wnieśli Tales z Miletu, Herodot, Eratostenes, Arystoteles, Strabon i Ptolemeusz. To Arystoteles stwierdził, że Ziemia jest kulista, a Eratostenes wykonał pierwsze pomiary naszej planety. Zasięg wiadomości o Ziemi poszerzali również Rzymianie podbijając wiele nowych ziem w Europie, Afryce Północnej, na bliskim Wschodzie i daleko w głębi Azji Środkowej. Utrzymywali oni kontakt z Chinami i Indiami. Po okresie wspaniałego rozwoju nauk o Ziemi w krajach antycznych wraz z upadkiem państwa rzymskiego zanika wszelka nauka. Do decydującego głosu, zwłaszcza w okresie wczesnego średniowiecza dochodzą poglądy zawarte w Biblii. Gdy w Europie dominowały przesady teologiczne do dalszego postępu geografii przyczynili się Arabowie m.in. Al-Idrisi i Ibn Battuta, którzy przejęli dziedzictwo naukowe Greków i Rzymian. W tym samym czasie horyzont geograficzny znacznie rozszerzył Marco Polo opisując świat. Wiek XV i XVI to okres wielkich odkryć geograficznych. W 1487 roku Portugalczyk Bartolomeo Diaz dotarł do Przylądka Dobrej Nadziei i tam też zobaczył Ocean Indyjski. W 1492 roku Genueńczyk Krzysztof Kolumb m.in. opłynął półwysep Jukatan, odkrył Amerykę Północną, a także jako pierwszy dotarł w rejon Morza Karaibskiego. W latach 1519-1522 miała miejsce pierwsza podróż dookoła świata zorganizowana przez Ferdynanda Magellana. W XVIII i XIX wieku geografia staje się odrębną dziedziną nauki i trafia do programów uniwersyteckich. W rozwoju geografii znacząca rolę odegrały również organizacje skupiające badaczy z wielu dziedzin. Pierwsze na świecie stowarzyszenie geograficzne nazwane Akademią Argonautów założył w 1684 roku włoski geo-

graf Vincenzo Maria Coronelli. W XIX wieku powstały także brytyjskie Królewskie Towarzystwo Geograficzne, amerykańskie Narodowe Towarzystwo Geograficzne, a w naszym kraju Polskie Towarzystwo Geograficzne.

Dzieci i młodzież z zespołem Aspergera lubią się uczyć, są wręcz zafascynowane pewnymi dziedzinami wiedzy i z zapałem zbierają informacje na dany temat. Są chodzącymi encyklopediami wiedzy np. o samochodach, lidze piłki nożnej, lub zwierzętach. Czytają książki w celu zdobycia informacji, nie interesuje ich fikcja literacka. Uwielbiają oglądać wszelkie encyklopedie, ale nie wykazują zainteresowania książkami przygodowymi. Mają wyjątkowo dobrą pamięć do faktów i wydarzeń. Pamiętają numery samochodów widziane przed paroma laty, lub też potrafią szczegółowo zrelacjonować dawne wydarzenia. Z powodu swych niezwykle zainteresowań dzieci z łagodniejszą odmianą zespołu Aspergera częściej uchodzą za ekscentryków niż za osoby z zaburzeniem osobowości [2]. Dla wielu uczniów z tym syndromem szczególnie ciekawe wydają się nauki o Ziemi, o tym jak powstała, ile ma lat, dlaczego kontynenty mają taki a nie inny kształt. Z pewnością nie mniej interesujące są dla nich zjawiska, które zachodzą na naszej planecie m.in. trzęsienia ziemi, wybuchy wulkanów, tsunami, czy tajfuny. Kolejnym bardzo lubianym tematem przez uczniów są najwspanialsze zabytki przyrody ożywionej i nieożywionej np. wodospady, kaniony, jaskinie wielowiekowe drzewa, ruiny zamków itp.

Nauczyciele powinni wiedzieć, że zespół Aspergera to zaburzenie rozwojowe o podłożu neurologicznym, którego przyczyny nie są dokładnie znane. Zostało uznane za subgroupę w obrębie autyzmu, mającą własne kryteria diagnostyczne. Jako pierwszy syndrom ten opisał Hans Asperger [3]. W swojej pracy doktorskiej ukazał czterech chłopców cierpiących na schorzenie podobne do autyzmu używając określenia „autistic psychopatyczny”. Hans Asperger przez wiele lat kontynuował swoje obserwacje i próbował opracować terapię dla dzieci z odkrytym zaburzeniem. Zmarł w 1980 roku zanim nadano jego imię temu schorzeniu. Terminu „Asperger’s Syndrom”, po raz pierwszy, użyła Lorna Wing, lekarz psychiatra, w artykule opublikowanym w 1980 roku.

Ze względu na niewielkie nasilenie zaburzeń, zespół Aspergera rzadko bywa diagnozowany przed rozpoczęciem nauki w szkole podstawowej, gdzie najczęściej ujawniają się problemy dziecka związane z umiejętnościami interpersonalnymi i życiem towarzyskim [4]. Najbardziej typowe objawy występują w młodym wieku, później w miarę kształtowania się indywidualnych cech mogą się zmieniać, zanikać czasami nawet całkowicie, często zmieniając obraz kliniczny zaburzenia. Dziecko z tym syndromem nie rozumie jak należy się bawić z rówieśnikami. Nie zdaje sobie sprawy z niepisanych zasad obowiązujących w zabawie. W czasie wolnym unika kontaktu z innymi dziećmi, szuka miejsc odosobnionych. Wydaje się nieświadome istnienia pewnych zasad koegzystencji, pozwala sobie na uwagi pod czyimś adresem i jednocześnie wydaje się nie zdawać sobie sprawy z ich obraźliwości. Nie ma empatii, nie wie, że przeprosiny mogłyby wpłynąć na poprawę czyjegoś samopoczucia. Dziecko zdaje się oczekiwać, że inni powinni znać jego myśli, poglądy i doświadczenia. Wymaga nadmiernego uspakajania i rozwiewania wątpliwości, zwłaszcza gdy coś mu nie wychodzi lub ulega zmianie. Brak mu subtelności w wyrażaniu uczuć, okazuje zmartwienie lub afektację nieproporcjonalną do zaistniałej sytuacji. Nie potrafi też precyzyjnie wyrażać własnych uczuć. Nie rozumie poziomu ekspresji emocjonalnej odpowiedniej dla różnych osób. Nie wykazuje zainteresowania udziałem w sportach, grach i innych zabawach opartych na współzawodnictwie, jest obojętny na presję rówieśników, nie interesują go modne w ostatnim czasie zabawki czy też ubrania [5]. Rzadko podczas dyskusji nawiązuje kontakt wzrokowy. Wysławia się w sposób oficjalny, używając wyrażań słownikowych. Ma problemy z kontynuowaniem rozmowy. Gdy czegoś nie rozumie, nie prosi o wyjaśnienie, lecz zmienia temat rozmowy na taki, w którym czuje się pewnie, lub myśli w nieskończoność nad odpowiedzią.

Podstawą pracy dydaktyczno-wychowawczej z uczniem cierpiącym na zespół Aspergera uczęszczającym do szkoły z klasami integracyjnymi jest program szkoły masowej. Treści programowe są jednakowe i obowiązują wszystkich uczniów, jednak w przypadku tych z tym syndromem konieczna jest ich modyfikacja

w zależności od możliwości danego ucznia. Ale obniżenie kryteriów nie może zejść poniżej podstawy programowej. Zmiany w zakresie wymagań programowych powinny być takie, aby w przyszłości pozwalały dziecku na opanowanie programu szkoły branżowej. Jego szkolne nauczanie i wychowanie musi również prowadzić do zdobycia wiedzy, oraz umiejętności niezbędnych do życia i wykonywania zawodu. Wymagania co do formy przekazywania wiedzy mogą obejmować m.in. omawianie niewielkich partii materiału o mniejszym stopniu trudności, pozostawianie więcej czasu na jego utrwalenie, podawanie poleceń w prostszej formie, unikanie trudnych, czy bardzo abstrakcyjnych pojęć, częste odwoływanie się do konkretnego przykładu, unikanie pytań problemowych, przekrojowych, wolniejsze tempo pracy i szerokie stosowanie zasady pogładowości. Nauczyciel, który pracuje z takim uczniem powinien zdawać sobie sprawę z być może całkiem nowej dla niego sytuacji, wymagającej o wiele większego wysiłku, odpowiedniego podejścia, innego spojrzenia na szereg rutynowo dotychczas realizowanych czynności. Musi stać się specjalistą w zakresie niepełnosprawności swojego ucznia. Wiąże się to z przygotowaniem całej bazy materiałowo-dydaktycznej, oraz metod dostosowanych do korygowania różnego rodzaju zaburzeń u tych dzieci [6].

Nauczyciel geografii organizując pracę z uczniem powinien pamiętać o realizacji pewnych konkretnych zadań, które obejmują: stymulowanie ogólnego rozwoju ucznia, wyrównywanie dysharmonii rozwojowych, korygowanie zaburzonych funkcji, zapobieganie powstawaniu wtórnych zaburzeń emocjonalnych, wyrobieniu u ucznia cech osobowości warunkujących dalsze samodzielne funkcjonowanie w systemie szkolnym. Natomiast podczas indywidualnej pracy z uczniem ćwiczenia powinny być różnorodne i obejmować wszystkie jego sfery psychofizyczne np. sprawność ruchową, orientację przestrzenną, koordynację wzrokowo-słuchowo-ruchową, sprawność manualną [7].

Najczęstsze zaburzenia występujące u osób z zespołem Aspergera to: **fiksacja** – jest to uporczywe powtarzanie pewnego typu zachowań, nadmierna koncentracja oraz przywiązanie do pewnych osób, przedmiotów, lub sytuacji. Charakteryzuje się stawianiem

wielokrotnie tych samych pytań. Dziecko obsesyjnie skupia się na jednym temacie i niemal bez przerwy wraca do pytań z nim związanych. Fiksacja może się też przejawiać w wielokrotnym rysowaniu jakiegoś przedmiotu, czytaniu tej samej książki, lub oglądaniu tej samej ilustracji [8]. **Dysgrafia** oznacza całkowitą bądź częściową utratę zdolności pisania, a dokładniej stawiania znaków graficznych. Pismo jest pozbawione znaków interpunkcyjnych, oraz diakrytycznych. Uczniowie mają problem z poprawną składnią pisemnej wypowiedzi i popełniają wiele błędów, głównie interpunkcyjnych. Dostosowanie wymagań do ucznia z tym schorzeniem, powinno dotyczyć formy sprawdzania wiedzy a nie treści. Wymagania merytoryczne co do oceny pracy pisemnej powinny być ogólne, takie same, jak dla innych uczniów, natomiast sprawdzanie pracy może być niekonwencjonalne [9]. **Dysortografia** – specyficzne zaburzenie w nauce pisania, objawiające się popełnianiem błędów ortograficznych, fonetycznych oraz interpunkcyjnych pomimo znajomości zasad pisowni i odpowiedniej motywacji do poprawnego kaligrafowania. Uczeń z dysortografią najczęściej zapisuje słowa fonetycznie. Starsze dzieci rzadziej mylą litery, natomiast popełniają błędy ortograficzne. Dysortografię należy korygować, jednak całkowite ustąpienie objawów występuje bardzo rzadko. Dostosowanie wymagań nauczyciela głównie dotyczy form sprawdzania i oceniania wiedzy z tego zakresu. W żadnym wypadku dysortografia nie uprawnia do zwalniania ucznia z nauki ortografii i gramatyki [10]. **Dysleksja** – czyli kłopoty z czytaniem. Pierwsze objawy sygnalizujące trudności ucznia w czytaniu to brak umiejętności wyodrębniania pojedynczych głosek w usłyszanych słowach. Poważnym kłopotem jest opanowanie całościowego odczytywania kilkukliterowych słów. Niektóre dzieci czytają słowa po jednej literze i często nieprawidłowo składają je w całość. W efekcie nie potrafią zrozumieć sensu wyrazów i złożonych z nich tekstów. Nauczyciel widząc problemy ucznia może: odpytać go czytania na osobności, a nie przy całej klasie, nie ponaglać, nie krytykować, nie zawstydząć [11]. **Dyskalkulia** – oznacza problemy z nauką matematyki. Nie są to jednak zwyczajne problemy, z którymi zmagają się większość uczniów, a które zwykle

zostają rozwiązane dzięki pomocy nauczyciela i wysiłkowi umysłowemu ze strony ucznia. Dyskalkulia to specyficzne trudności w uczeniu się matematyki. Można o nich mówić, gdy u ucznia wystąpiły zaburzenia zdolności matematycznych, czyli predyspozycji potrzebnych do rozumienia problemów matematycznych. W konsekwencji nie potrafi on poradzić sobie nawet z najłatwiejszymi zadaniami [12]. U uczniów cierpiących na to zaburzenie nauczyciel powinien oceniać przede wszystkim tok rozumowania, a nie techniczną stronę liczenia. Zły wynik końcowy wcale nie świadczy o tym, że uczeń nie rozumie zagadnienia. Ponadto należy zachęcać ucznia do wykonywania działań matematycznych w czasie codziennych sytuacji.

Aby nauka geografii ucznia z zespołem Aspergera była skuteczna pedagog musi posiadać odpowiednią wiedzę i umiejętności nawiązywania z nim kontaktu. Nauczyciel powinien okazywać uczniowi swoje zainteresowanie, bazować na czynnościach prostych, znanych i lubianych przez niego, uczyć teorii w powiązaniu z praktyką, szukać z uczniem porozumienia wszystkimi kanałami komunikacji, stosować pozytywne wzmocnienia, stopniować swoje wymagania w stosunku do niego, systematycznie kontrolować wykonywane przez ucznia czynności, nie stawiać żadnego kryterium uczestnictwa w zajęciach, dostosować swoje działania do możliwości i zainteresowań ucznia, przekazywać krótkie, oraz precyzyjne komunikaty słowne, pozwalać na wielozmysłowe poznanie przedmiotów [8]. Dodatkowo nauczycielowi i uczniowi w równym stopniu musi zależeć na osiągnięciu wyznaczonych zadań programowych. Sposoby pracy wybiera sam nauczyciel w zależności od wieku uczniów, celów i zadań dydaktycznych, które planuje zrealizować. Do wykonania tych zamierzeń służą stosowane we współczesnym szkolnictwie opracowane metody nauczania, oraz formy pracy. Zostały one podzielone na pięć zasadniczych grup.

Metody podające: wykład informacyjny – treść jest bezpośrednio przekazywana przez nauczyciela w gotowej do zapamiętania postaci. Przekazanie informacji odbywa się w sposób logiczny i konsekwentny; pogadanka – polega na rozmowie nauczyciela

z uczniami, przy czym pedagog jest w tej rozmowie osobą kierującą; opowiadanie – ma zaznajomić uczniów z rzeczami, zjawiskami, wydarzeniami lub procesami w formie ich słownego opisu. Wdraża uczniów do słuchania ze zrozumieniem, zapamiętywania najważniejszych faktów oraz uczy poprawnego wyrażania myśli; opis – jest najprostszym sposobem zapoznania uczniów z nieznanymi im bliżej osobami, rzeczami, zjawiskami przyrody, krajobrazami geograficznymi; prelekcja – stanowi odmianę wykładu o treści popularnonaukowej; anegdota – zwięzłe opowiadanie, często z życia znanej osobistości o zabawnej i zaskakującej puencie. Ma rozbudzić ciekawość poznawczą, ułatwić zapamiętanie pewnych faktów.

Metody problemowe: wykład konwersatoryjny – to przeplatanie fragmentów mówionych wykładu z wypowiedziami słuchaczy lub wykonywaniu przez nich odpowiednich zadań teoretycznych i praktycznych; metoda przypadków – to rozpatrzenie przez niewielką grupę uczniów opisu jakiegoś przypadku. Po otrzymaniu opisu wraz z kilkoma pytaniami, na które należy odpowiedzieć, uczniowie sami formułują dalsze pytania wyjaśniające, zadają je nauczycielowi, a on odpowiada; klasyczna metoda problemowa – polega na wytworzeniu sytuacji problemowej, sformułowaniu pomysłów jej rozwiązania, porządkowaniu i stosowaniu uzyskanych wyników w nowych zadaniach o charakterze praktycznym, lub teoretycznym; metoda sytuacyjna – polega na wprowadzeniu uczniów w jakąś złożoną sytuację. Uczniowie muszą podjąć decyzję w sprawie jej rozwiązania; inscenizacja – polega na graniu roli w sytuacji fikcyjnej; seminarium – zajęcia mają na celu dokładniejsze poznanie wybranej dziedziny wiedzy lub jej zagadnień; dyskusja dydaktyczna – stanowi wymianę zdań między nauczycielem i uczniami; burza mózgów – stanowi niekonwencjonalny sposób zespołowego poszukiwania nowych metod rozwiązywania problemów. Myślą przewodnią burzy mózgów jest pobudzenie uczestników dyskusji do swobodnego zgłaszania dużej liczby pomysłów; metaplan – forma dyskusji, której wyniki zostają przedstawione w formie graficznej.

Metoda eksponująca to film – utwór audiowizualny.

Metody programowane: nauczanie programowane – może być prowadzone przy użyciu komputera, podręczników programowych.

Metody praktyczne: pokaz – demonstrowanie uczniom naturalnych modeli, zjawisk, procesów i objaśnianie ich istotnych cech; ćwiczenia przedmiotowe – polegają na wielokrotnym wykonywaniu pewnych czynności dla nabycia wprawy, oraz uzyskania coraz wyższej sprawności w działaniach intelektualnych i praktycznych [13].

W nauczaniu geografii osób z zespołem Aspergera warto stosować wiele z tych metod. Bardzo ważny jest tu ich dobór i łączenie z odpowiednimi formami. Przykładowo najczęściej pracy z podręcznikiem towarzyszą zajęcia z mapą. Obserwacja bezpośrednia wiąże się z wykonywaniem pomiarów, rysunków, tabel. Można połączyć wykład nauczyciela z oglądaniem filmów, fotografii, oraz modeli. Ważne w dydaktyce jest również zachęcanie uczniów do stosowania różnego rodzaju myślenia m.in. analizy, syntezy, abstrakcji, uogólnień, porównań, oraz analogi. Oglądając np. film przedstawiający warunki naturalne lasów równikowych lub tajgi syberyjskiej, nauczyciel powinien tak kierować ich pracą myślową, aby drogą analizy wyodrębnili oni nie tylko poszczególne elementy i cechy środowiska, ale także związki między nimi. Jeżeli po obejrzeniu filmu uczniowie przeanalizują przy pomocy map położenie geograficzne tych lasów, przebieg izoterm, rozkład opadów atmosferycznych i charakter roślinności, to w znacznym stopniu ułatwi im zrozumienie wszystkich zależności występujących między nimi.

Podczas nauki tego przedmiotu bardzo ważna jest praca z podręcznikami lub czasopismami geograficznymi. Stanowią one źródło nowych wiadomości, dają uczniom możliwość utrwalenia, rozszerzenia i pogłębienia zdobytej już wcześniej wiedzy. Zaciekawiają relacjami z dalekich podróży, przeprawami przez oceany i pustynie, wędrowkami w głąb lądu, a także opisami zdobycia biegunów, lub szczytów. Są pełne ciekawostek i faktów historycznych, czyli wiedzy, od starożytności do współczesnych odkryć, podanej w bardzo przystępnej formie. Książki wdrażają uczniów

do opanowania umiejętności samokształcenia. Do najczęściej stosowanych sposobów pracy z podręcznikiem geografii należą: głośne czytanie tekstu przez nauczyciela z akcentowaniem nowych terminów i nazw geograficznych, czytanie tekstu przez ucznia przerywane objaśnieniami nauczyciela, szukanie niezrozumiałych terminów i nazw w słowniku, analiza fotografii, wykresów, tabel, map i rysunków, graficzne ilustrowanie przez uczniów niektórych wiadomości zawartych w podręcznikowych tekstach i ilustracjach, konstruowanie wykresów na podstawie danych liczbowych, uczestniczenie w grach dydaktycznych wymagających wykorzystania podręcznika, pamięciowe przyswajanie materiału, oraz samodzielna praca uczniów z książką według pytań sformułowanych przez nauczyciela, lub autora podręcznika.

Ogromną rolę w nauczaniu geografii odgrywa też atlas, będący zbiorem różnorodnych informacji. Zawarte w nim mapy można wykorzystać m.in. do: obliczania odległości, powierzchni i czasu, wskazywania miejsc na mapie, których nazwy pojawiły się w toku lekcji. Dzięki atlasom można poznać budowę geologiczną wybranego obszaru, zjawiska klimatyczne, rozmieszczenie ludności, rodzajów gleb, rozmieszczenie surowców mineralnych, upraw, oraz hodowli zwierząt. Przy pomocy atlasu uczniowie mogą wypełniać mapy konturowe, prowadzić gry dydaktyczne, „podróżować” po mapie według wybranej trasy np. turystycznej, żeglarskiej, odkryć geograficznych itp. Dogłębna analiza map o różnej treści pozwala dostrzec wzajemne powiązania, jakie występują pomiędzy poszczególnymi zjawiskami na określonym terenie.

Najbardziej efektywna jest nauka przez zabawę. Dlatego podczas lekcji uczniowie mogą: rysować flagi poszczególnych państw; oglądać pod mikroskopem różne gatunki gleb; wykonać atlas zwierząt żyjących na poszczególnych kontynentach, czyli powycinać z gazet ich zdjęcia, powklejać je do zeszytu i opisać; ułożyć kilkudniowy plan pracy dla naukowców przebywających w całorocznej Polskiej Stacji Antarktycznej im. Henryka Arctowskiego np. glaciologów, oceanografów, klimatologów; ułożyć krzyżówkę z nazwami stolic państw afrykańskich, europejskich, azjatyckich; ułożyć rebusy zawierające nazwy ssaków morskich [14].

Dobry czas do nauki geografii stanowią też wakacje i ferie zimowe. Uczeń może wówczas: prowadzić dziennik wypraw, czyli opisywać miejsca, które zwiedził; opracować przewodnik turystyczny, w którym będzie polecał obejrzenie swoich ulubionych miejsc. Mogą to być parki rozrywki, ogrody zoologiczne, muzea; wykonać album fotograficzny, czyli wkleić do zeszytu własnoręcznie zrobione zdjęcia np. chmur, szczytów górskich itp.

Każda praca ucznia powinna być należycie oceniana. W ocenach dziecka z zespołem Aspergera powinny przeważać stopnie pozytywne, gdyż tylko takie spełniają funkcję wychowawczą, dydaktyczną, społeczną i rewalidacyjną. Ocena negatywna często pogłębia bierność ucznia i brak wiary we własne siły. Stanowi oznakę iż, uczeń nie umie podołać narzuconym wymaganiom, co nasila u niego kompleks niepełnowartościowości, a nauczycielowi sugeruje nieumiejętne dostosowanie programu względem ucznia. Tak więc specyfika oceniania tych dzieci w warunkach szkoły masowej polega na przesunięciu punktu ciężkości z funkcji dydaktycznej na funkcję wychowawczą i rewalidacyjną. Ale żaden stopień, nawet ten najwyższy, nie jest w stanie zapewnić doznań, jakie przeżywa dziecko mające trudności w nauce, gdy nauczyciel okaże mu życzliwość, zrozumienie i akceptację [8].

Uczniowie z zespołem Aspergera mimo wielu kłopotów zdrowotnych i niskiego poczucia własnej wartości chętnie uczą się geografii. Dlatego nauczyciele, oraz rówieśnicy powinni im okazać wiele cierpliwości i zrozumienia. Taki sposób zachowania pomoże im w emocjonalnej odnowie, oraz sprawnym funkcjonowaniu społecznym.

BIBLIOGRAFIA

- [1] PETROZOLIN-SKOWROŃSKA B., *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN. Tom 2*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Wydanie I, Warszawa 1995.
- [2] MAURICE C., *Modele zachowań oraz współpraca z dziećmi autystycznymi, Wydanie II poprawione*, Wydawnictwo LTW, Warszawa 2007.

- [3] DRAAISMA D., *Rozstrojone umysły. Historie chorych i dzieje chorób. Wydanie I*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2009.
- [4] WACŁAW W., ALDENRUD. U, ILSTEDT. S., *Dzieci z autyzmem i zespołem Aspergera, Wydanie I*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2000.
- [5] MACIARZ A, BIADASIEWICZ W., *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera, Wydanie II*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
- [6] OLECHNOWICZ H, WIKTOROWICZ R., *Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- [7] BERNAU B., *ADHD u dorosłych. Jak z tym żyć, Wydanie I*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2007.
- [8] JACKSON L., *Świry, dziwadła i Zespół Aspergera, Wydanie I*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna we współpracy z Fundacją Synapsis, Warszawa 2005.
- [9] *Dysgrafia – problemy z pisaniem. Przyczyny, objawy i leczenie dysgrafii*, [w:] <http://poradnikzdrowie.pl/psychologia/wychowanie/dysgrafia-agrafia-problemy-z-pisaniem-przyczyny-objawyileczenie37084.html> (16.02.2018).
- [10] *Dysortografia: przyczyny i leczenie. Jak rozpoznać dysortografię?* [w:] <http://poradnikzdrowie.pl/psychologia/wychowanie/dysortografia-przyczyny-i-leczenie-jak-rozpoznać-dysortografie44880.html> (16.02.2018).
- [11] KULISIEWICZ B., *Dogoterapia we wspomaganiu nauki i usprawnianiu techniki czytania, Wydanie I*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2009.
- [12] *Dyskalkulia, czyli problemy z matematyką. Przyczyny, objawy i leczenie dyskalkulii*, [w:] <http://poradnikzdrowie.pl/układ-nerwowy/dyskalkulia-czyli-problemy-z-matematyka-przyczyny-objawy-i-leczenie37160.html> (22.02.2018).
- [13] *Metody nauczania i formy pracy*, [w:] <https://szkolnictwo.pl/index.php?id=PU2514> (11.03.2018).
- [14] BUCHALTER S., *Terapia sztuką, Wydanie I*, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2006.

MAGDALENA NOWAKOWSKA

WYKORZYSTANIE ARTETERAPII W PRACY Z DZIECKIEM Z ZESPOŁEM ASPERGERA

Streszczenie

Przedmiotem niniejszego artykułu jest ukazanie znaczenia arteterapii w pracy z dziećmi z zespołem Aspergera (ZA). W opracowaniu scharakteryzowano co to jest zespół Aspergera, przedstawiono najczęściej stosowane metody arteterapii w pracy z dziećmi z ZA. Różny charakter zaburzeń w ZA, a także różnice pomiędzy dziećmi zmuszają terapeutów do szukania nowych, innych metod pracy pozwalających na minimalizowanie, bądź eliminowanie zaburzeń, które wpływają zarówno na rozwój umiejętności społecznych, poznawczych, a także na komunikację. Szeroki wachlarz proponowanych zajęć w ramach arteterapii daje dzieciom m.in.: możliwość swobodnej ekspresji plastycznej, muzycznej, tanecznej. Pozwalają wejść w świat uczuć, wyobraźni, dając jednocześnie wiele radości, odprężenia, relaksu. Ma to znaczenie w kształtowaniu się nie tylko osobowościowych, ale także społecznych kompetencji osób z ZA.

Słowa kluczowe

zespół Aspergera, autyzm, terapia, arteterapia

Abstract

The aim of the present article is to show the meaning of art therapy in work with children with Asperger's syndrome (AS). The paper defines what an Asperger's syndrome is and it presents the most frequently used art therapy methods of work with children with AS. Various kinds of disorders as well as differences among children force therapists to search for new, other methods of work, which can minimize or eliminate disorders, which influence not only the development of social and cognitive skills but also communication. Wide range of offered art activities gives children the possibility to freely express themselves in art, music and dance. They enable the children to enter the world of feelings, imagination, giving them a lot of joy and relax at the same time. It has a meaning in formation of personal, as well as social skills of people with AS.

Keywords

Asperger's syndrome, autism, therapy, art therapy

Dziecko z zespołem Aspergera – charakterystyka

Zespół Aspergera (Asperger's syndrome) po raz pierwszy został sklasyfikowany oraz opisany w 1944 roku przez austriackiego psychiatrę i pediatrę Hansa Aspergera. Większość dzieci z ZA wykazuje normalny poziom inteligencji. ZA odznacza się zaburzeniami w obszarze umiejętności społecznych oraz ograniczonymi lub niezwykle zachowaniami albo zainteresowaniami. Komunikowanie z dziećmi z ZA może wydawać się osobliwe, nie jest to jednak spowodowane opóźnieniem w rozwoju mowy lub języka, gdyż dzieci z diagnozą ZA rozwijają mowę i język na równi z dziećmi bez niepełnosprawności. Wynika to z innych problemów w komunikacji. Większość dzieci z ZA bardzo dosłownie odbiera to co się do nich mówi – często nie rozumieją żartów, mają problem z interpretacją języka niewerbalnego (np. gesty). Posługiwanie się językiem w obszarze społecznym stanowi dla nich wyzwanie, podobnie jest ze zrozumieniem uczuć, emocji innych osób [5]. Zespół Aspergera zdiagnozować można na podstawie standaryzowanych testów. Został on także określony w klasyfikacji DSM i ICD.

Kryteria diagnostyczne wg DSM-V:

W obszarze komunikacji społecznej muszą występować:

1. Stałe nieprawidłowości w obrębie komunikacji społecznej i interakcji:
 - a. wyraźne deficyty w komunikacji werbalnej i niewerbalnej wykorzystywanej w interakcjach społecznych,
 - b. brak wzajemności społecznej,
 - c. nieumiejętność rozwijania i utrzymywania relacji z rówieśnikami właściwej dla poziomu rozwoju.
2. Ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności objawiające się w co najmniej dwóch z poniższych objawów:
 - a. stereotypowe zachowania motoryczne lub werbalne albo związane z przedmiotami,

- b. nadmierne, sztywne przywiązanie do rutyny i zrytualizowanych wzorców zachowań werbalnych i niewerbalnych,
- c. ograniczone zainteresowania, nietypowe w swojej intensywności lub przedmiocie,
- d. nad- lub podwrażliwość na bodźce sensoryczne lub nietypowe zainteresowania sensoryczne (Tego nie było w DSM-IV a pojawiło się w DSM-5 i związane jest z zaburzeniami integracji sensorycznej).

Aby postawić diagnozę spektrum autyzmu wymagane jest występowanie dwóch objawów z obszaru powtarzalnych zachowań i ograniczonych zainteresowań. Objawy muszą wystąpić we wczesnym dzieciństwie (ale mogą nie manifestować się w pełni dopóki oczekiwania społeczne nie przekroczą ograniczonych możliwości dziecka, np. dopiero kiedy dziecko pójdzie do przedszkola). Objawy muszą również stwarzać poważne problemy w zakresie społecznym, funkcjonalnym i w pozostałych obszarach funkcjonowania dziecka. Zaburzeń tych nie można lepiej wyjaśnić za pomocą kryteriów upośledzenia rozwoju umysłowego lub globalnego opóźnienia w rozwoju. Upośledzenie rozwoju umysłowego często sprzężone jest z zaburzeniem ze spektrum autyzmu. Aby diagnoza tego sprzężenia była możliwa, komunikacja społeczna u dziecka musi rozwijać się poniżej jego ogólnego poziomu rozwoju.

Definicja autyzmu stosowana przez DSM-V (2013) jest znacznie węższa niż umożliwiają to kryteria opublikowane w DSM-IV z 1994 r. Dwie podkategorie autyzmu, zespół Aspergera oraz PDD-NOS zostały z tej kategorii wyłączone. Klasyfikacja według DSM-IV uwzględniała trzy obszary nieprawidłowości w autyzmie: komunikacja, interakcje społeczne, występowanie sztywnych wzorców zachowań i zainteresowań. Natomiast w DSM-V wyróżniono dwa obszary: komunikacja społeczna i sztywne wzorce zachowań i zainteresowań [19].

Kryteria diagnostyczne wg ICD-10:

- A. Brak istotnego klinicznie opóźnienia w zakresie języka mówionego i rozumienia języka lub rozwoju czynności poznawczych. Rozpoznanie wymaga stwierdzenia, że wypowiedzanie pojedynczych słów było rozwinięte do drugiego roku życia lub wcześniej oraz że komunikatywne wyrażenia były w użyciu do 3. roku życia lub wcześniej. Umiejętność pomagania sobie, zachowania adaptacyjne i zaciekawienie środowiskiem w okresie pierwszych trzech lat życia było na poziomie odpowiadającym rozwojowi intelektualnemu, fazy rozwoju ruchowego mogą być nieco opóźnione i zwykle występuje ruchowa niezdarność (choć nie jest to cechą diagnostyczną). Pojedyncze szczególne umiejętności, często nie związane z nieprawidłowym koncentrowaniem się na nich, występują pospolicie, choć nie są wymagane do rozpoznania.
- B. Występują jakościowe nieprawidłowości w zakresie wzajemnych interakcji społecznych (kryteria autyzmu):
 - a) niedostateczne wykorzystanie kontaktu wzrokowego, wyrazu twarzy, postawy ciała i gestów do odpowiedniego regulowania interakcji społecznych,
 - b) niedostateczny (nieodpowiedni do wieku umysłowego i mimo licznych okazji) rozwój związków rówieśniczych obejmujących wzajemne podzielane zainteresowania, czynności, emocje,
 - c) brak odwzajemniania społeczno-emocjonalnego, przejawiający się upośledzeniem lub odmiennością reagowania na emocje innych osób, albo brak modulacji zachowania odpowiedniej do społecznego kontekstu, albo słaba integracja zachowań społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych.

- C. Pacjent przejawia niezwykle nasilone, wyizolowane zainteresowania albo ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności (kryteria jak dla autyzmu).
- a) pochłonięcie jednym lub liczniejszymi stereotypowymi zainteresowaniami o nieprawidłowej treści i zogniskowaniu, albo jednym lub więcej zainteresowaniami nieprawidłowymi z powodu swej intensywności i ograniczenia, choć nie z powodu treści lub zogniskowania,
 - b) wyrażenie kompulsywne przywiązanie do specyficznych, niefunkcjonalnych czynności rutynowych i zrytualizowanych mniej celowe jest włączenie do kryteriów diagnostycznych manieryzmów ruchowych, albo koncentracji na cząstkowych lub niefunkcjonalnych elementach przedmiotów służących do zabawy.
 - c) zaburzenia nie można traktować jako innej postaci całościowych zaburzeń rozwojowych, prostej schizofrenii, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowego), zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, osobowości anankastycznej, reaktywnego lub nieselektywnego zaburzenia przywiązania w dzieciństwie.

Tak, więc ZA jest zaburzeniem ze spektrum autyzmu, charakteryzujące się brakiem empatii, pedantyczną mową, ubogą komunikacją niewerbalną, głębokim zaabsorbowaniem pewnymi szczególnie tematami, niezdarnością i źle skoordynowaną motoryką, dziwaczną posturą. Cechą kluczową jest naiwny, niewłaściwy w danej sytuacji, jednostronny typ interakcji [7].

Charakterystyka dziecka z ZA w różnych okresach życia

Wiek przedszkolny:

- zwykle bardzo dobrze radzą sobie w rodzinie,
- kłopoty z przystosowaniem się w nowym środowisku – grupie przedszkolnej,

- zatracanie się we własnych zainteresowaniach, z tendencją do fiksacji na poszczególnych obiektach lub przedmiotach,
- mogą już wystąpić szczególnie dobrze rozwinięte zdolności pamięciowe, włącznie z rozpoznawaniem cyfr i liczb, zapamiętywaniem różnych faktów.

Wiek szkolny:

- zazwyczaj nie mają kłopotów z nauką (szczególnie przy przedmiotach ich interesujących),
- bardzo wyraźne i ulegające znacznemu nasileniu problemy z przystosowaniem się do środowiska klasowego,
- często świetnie rozwinięte zdolności pamięciowe,
- pogłębianie własnych zainteresowań.

Dorosłość:

- już w starszym wieku szkolnym mogą nawiązywać przyjaźnie z rówieśnikami wynikające ze wspólnych zainteresowań (komputer, fantastyka, geografia),
- często kończą studia (medycyna, informatyka, astronomia),
- bardzo często są cenionymi specjalistami w swoich dziedzinach,
- często zakładają rodziny,
- mogą w swoim środowisku uchodzić za ekscentryków [18].

Wybrane formy terapii dzieci z zespołem Aspergera

Dziecko z ZA powinno jak najwcześniej zostać objęte pomocą psychologiczno-pedagogiczną, po wcześniejszej diagnozie. Jak wiadomo większość proponowanych form terapii jest odpłatna, a na te, które są refundowane trzeba długo czekać.

Do wskazanych form terapii dzieci z ZA należą:

- a) terapia behawioralna oparta na teorii uczenia się – jej głównym celem jest wzmacnianie zachowań oczekiwanych przy jednoczesnym wygaszaniu niepożądanych,

- b) zmodyfikowana Metoda Dobrego Startu – prof. Marta Bogdanowicz w ostatnich latach podjęła próbę dopasowania Metody Dobrego Startu do potrzeb dzieci autystycznych,
- c) Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne – polega na wspieraniu rozwoju dziecka za pomocą wielozmysłowej stymulacji bazującej na ruchu, który pomaga w świadomym odczuwaniu własnego ciała,
- d) terapia integracji sensorycznej – terapia prowadzona w specjalistycznych gabinetach, jej celem jest przywrócenie prawidłowej pracy zmysłów,
- e) Biofeedback – powoduje, że w mózgu pojawiają się właściwe częstotliwości, a złe zostają osłabiane. Ta metoda pomaga w walczyc z stresem, pomaga przy zaburzeniach koncentracji,
- f) hipoterapia – jest to metoda wspomagająca, która wpływa na rozwój emocji, a także na społeczne funkcjonowanie dziecka. Kontakt ze zwierzęciem pomaga w wyciszeniu, uspokojeniu, uczy dbania o innych,
- g) trening uwagi słuchowej Tomatisa – poprawia zaburzoną uwagę słuchową, koncentrację. Jego celem jest wyćwiczenie zdolności słuchania, stosowany w przypadku trudności logopedycznych,
- h) arteterapia – terapia poprzez sztukę, która zostanie szerzej opisana poniżej [1].

Pojęcie „arteterapia” pierwszy raz pojawiło się w literaturze anglojęzycznej w latach 40. XX wieku, odnosi się ono do stosowania szeroko rozumianej sztuki w diagnostyce i terapii [8]. Znacznie później terminem tym zaczęto posługiwać się w polskiej literaturze. W różny sposób próbowano zdefiniować arteterapię. Ewelina Konieczna podaje, że „termin arteterapia (art therapy) pochodzi od dwóch wyrazów: *ars* (sztuka) i *therapeuein* (leczenie)” [9, 18]. Definiując krótko pojęcie arteterapii można powiedzieć, że jest to leczenie poprzez sztukę. W polskiej literaturze można spotkać wiele synonimów arteterapii, między innymi: „arteterapia”, „artterapia”,

„artoterapia”, „terapia rysunkiem”, „plastykoterapia”, „terapia malarstwa”, „terapia sztuką”, „terapia poprzez sztukę”, „wychowanie plastyczne” i inne [9].

Jak można zauważyć zajęcia w ramach arteterapii proponują bardzo szeroki wachlarz zajęć rekreacji twórczej, które odgrywają istotną rolę w rozwoju oraz kształtowaniu osobowości młodego człowieka. Zaliczamy do niej między innymi:

- a) zajęcia plastyczne: rysunek, malarstwo,
- b) prace ręczne – wykonywane przedmiotów, ozdób z różnorodnych tworzyw, szydełkowanie, haftowanie, szycie,
- c) zajęcia techniczne bądź konstrukcyjne mające charakter zabawy lub są zajęciami praktycznymi – użytecznymi, budowanie modeli, produkowanie zabawek,
- d) zajęcia umuzykalniające polegające na tworzeniu grup wokalnych, tanecznych, orkiestr, realizowaniu przedsięwzięć artystycznych, spektakli muzycznych lub teatralnych opartych o spotkania z książką, słowem pisany.

Do zajęć twórczych zaliczane są także improwizacje sceniczne, które nie wymagają klasycznie rozumianej sceny (np. happeningi uliczne), kostiumów czy rekwizytów; zajęcia z fotografii i filmu, zajęcia dotyczące twórczości własnej dzieci i młodzieży (wiersze, opowiadania, pamiętniki, obserwacje przyrody) [14]. Te wszystkie propozycje, jakie daje nam arteterapia, sprzyjają rozwojowi zainteresowań, a zajęcia prowadzone w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb odbiorcy, dają pożądane efekty. Dlatego też każdy może znaleźć zajęcia odpowiadające konkretnym potrzebom.

W dalszej części tego opracowania szczegółowo omówione zostaną niektóre formy i rola poszczególnych zajęć arteterapii w pracy z dziećmi z zespołem Aspergera. Każda aktywność w ramach terapii przez sztukę nie jest dla nich tylko „pewną” formą spędzania czasu wolnego, spełnia ważną rolę terapeutyczną. Dzięki takiej aktywności dziecko kształtuje nie tylko swoją osobowość, ale także najbliższe środowisko [8].

Dzieci z ZA mogą mieć problemy nie tylko w nawiązywaniu, ale także w podtrzymywaniu kontaktów z innymi osobami. Często nie rozumieją zachowań innych osób w zależności od kontekstu

społecznego. Rozwijanie umiejętności społecznych pozwala dzieciom z ZA na zmniejszenie deficytów w zakresie komunikacji z innymi, jednocześnie pozwala na poprawne rozwijanie kompetencji społecznych [17].

Teatroterapia zakłada wychowanie poprzez teatr. Swymi korzeniami sięga starożytności. Pojęcie teatroterapia pochodzi od greckich słów *theatron* – oglądać i *therapeuein* – leczenie i rozumiana jest jako „narzędzie do wewnętrznego wzrostu i wzbogacenia osobowości oraz definiowana jako spontaniczne przedstawienie teatralne, stosowane w celach terapeutycznych przy udziale dzieci i dorosłych z zaburzeniami charakteru. Sprzyja odreagowaniu stłumionych uczuć, pozwala częściowo (w ramach przedstawienia) stać się osobą, którą chciałoby się być, prowadzi do zmiany zachowania w kierunku lepszego przystosowania się do rzeczywistości” [9, 68]. Działalność aktorska nie jest wyłącznie odgrywaniem konkretnej roli, ale specyficzną twórczością.

Teatroterapia jest zjawiskiem szczególnym i wyjątkowym, a przynależność do grupy nadaje pewien konkretny styl życia [11].

Do rodzajów teatroterapii zaliczamy:

- a) psychodramę, czyli spontaniczne przedstawienie sceniczne, które pozwala na uwidocznienie i ponowne przeżycie konfliktów interpersonalnych i intrapsychicznych w ramach terapeutycznych,
- b) dramę, która jest metodą pomocniczą w nauczaniu wielu przedmiotów szkolnych lub samoistną metodą kształcenia osobowości człowieka (rozwija wyobraźnię i wrażliwość, uczy aktywnej twórczości, kształtuje umiejętność współpracy z ludźmi),
- c) pantomimę – nieme widowisko sceniczne, w którym aktorzy przekazują konkretne wydarzenia poprzez ruch ciała, gesty, mimikę [9].

Ze względu na atrakcyjność zajęć warto stosować dramę, nie tylko na zajęciach arteterapeutycznych, ale także szkolnych. Drama jest jedną z metod pracy stosowanych podczas regularnych zajęć. To szansa dla uczniów, którzy mają zahamowania w kwestii aktywności werbalnej, mających problemy z wyrażaniem myśli i emocji [12]. Głównym celem zajęć, jest rozwijanie kompetencji

komunikacyjnych i językowych dzieci z ZA. Podczas zajęć można ćwiczyć:

- „wchodzenie” w role i improwizacje na podany temat (pozwoli to lepiej zrozumieć emocje, uczucia i zachowania innych ludzi, poza tym jest to ćwiczenie sytuacji społecznych w bezpiecznych warunkach),
- dialogowanie (czyli jak dobrze rozpocząć, podtrzymać i zakończyć rozmowę),
- technikę i wyrazistość mowy (ekspresja adekwatna do sytuacji – akcent, intonacja, głośność i rytm mówienia),
- mowę ciała, czyli wyrażanie emocji poprzez głos, ruch, gest [20].

Drama jest metodą wspierającą nauczanie przedmiotowe i ułatwia rozwój zdolności umysłowych, a także wszechstronnie rozwija osobowość i doskonali komunikację interpersonalną, pomaga także w wychowaniu moralnym [3].

Inną formą pracy z dziećmi z ZA obok dramy jest pantomima, która pozwala na spontaniczne wyrażanie emocji za pomocą gestów i mimiki. Dzięki niej rozwija się harmonia ciała poprzez koordynację z umysłem. Pantomima stwarza możliwość rozwoju kompetencji niewerbalnych, pobudza i uwalnia różne uczucia za pomocą ruchów ciała oraz przybierania właściwej pozy. Pozwala na poszerzenie wachlarza zachowań, poprawia skuteczność funkcjonowania w społeczeństwie. Sprzyja również pracy nad kształtowaniem autokontroli oraz ułatwia przystosowanie się do wymagań ludzi i świata [8].

Kolejną formą arteterapeutyczną jest biblioterapia, która także daje wiele możliwości do pracy terapeutycznej, nie tylko z dziećmi z ZA. Termin biblioterapia pochodzi od greckiego *biblos* – papiirus, księga a *therapeuein* – leczyć [10]. Uznawana jest za metodę terapeutyczną już od chwili powstania pierwszego tekstu pisanego. Jako dyscyplina naukowa pojawiła się dopiero na początku XX wieku. Biblioterapia zakłada wykorzystanie książek i czasopism wpływających na regenerację systemu nerwowego i psychiki człowieka chorego.

Katarzyna Chojnacka wyróżnia biblioterapię indywidualną i grupową. Indywidualne spotkania (biblioterapeuta-uczestnik) są

przeznaczone dla osób czujących się swobodnie i bezpiecznie tylko w kameralnej sytuacji. Przynależność do grupy daje natomiast poczucie bezpieczeństwa tym osobom, które odczuwają dyskomfort, gdy cała uwaga biblioterapeuty jest zwrócona wyłącznie na nie. W grupie uczestnicy mogą dzielić się z innymi swoimi doświadczeniami, dzięki czemu można na każdy problem spojrzeć z różnych punktów widzenia [2].

Często kontakt z powieścią lub opowiadaniem jest bodźcem do rozwoju wyobraźni i przelania jej w postaci obrazu rysowanego lub malowanego na papier.

W pracy z dziećmi z ZA chodzi o wykorzystanie terapeutycznych walorów literatury. Twórczość literacka pozwala na oderwanie się od rzeczywistości, daje możliwość lepszego zrozumienia siebie, otaczającego świata. Jest bodźcem do zastanowienia się nad swoim życiem. Poprzez udział dzieci w zajęciach z biblioterapii wzbogaca się ich wyobraźnia, poszerza zakres spostrzeżeń, pojęć, zasób słów.

Głównym celem biblioterapii jest pomoc w odnalezieniu się w nowej, a zarazem trudnej sytuacji życiowej. Może to dotyczyć na przykład pierwszego dnia w szkole, samodzielnego pójścia do koleżanki, na zakupy lub innych sytuacji życiowych. Ma na celu eliminowanie stresów, wyciszanie lęków, hamowanie nadpobudliwości. Wpływa także na pokonywanie różnego rodzaju barier, które wynikają z trudności przystosowania się dziecka do nowej sytuacji [8].

U dzieci z ZA mogą występować zaburzenia percepcyjno-motoryczne, co przekłada się między innymi na niewyraźne pismo. Zaburzona motoryka, nie tylko wpływa na nieczytelne pismo, często utrudnia pracę na zajęciach z techniki, czy plastyki [1]. Dlatego ważna jest praca z dzieckiem, mająca na celu zminimalizowanie tych problemów. W poprawie funkcjonowania motoryki mogą pomóc zajęcia w ramach arteterapii, a mianowicie *chromoterapia*, czyli oddziaływanie kolorami i *estetoterapia* – oddziaływanie poprzez doznania estetyczne, kontakt z pięknym otoczeniem, obrazami, dziełami sztuki [9]. Żywe postrzeganie plastyczne budzi wrażenia i refleksje, które utrwalają właściwą postawę wobec

sztuki i twórczości. Plastyka umożliwia specyficzny sposób komunikacji interpersonalnej, gdyż posiada własny, wizualny język, który bez słów wyrażać może konflikty, sprzeczności, radość, smutek – czyli skrajnie przeciwstawne stany emocjonalne. A jak wiadomo, dzieci z ZA mają problem z komunikacją, definiowaniem i wyrażaniem swoich emocji. Dlatego uczestnicy zajęć za pomocą rysunków mogą przekazać ważne dla nich samych, a także terapeuty, przeżycia wewnętrzne. Ponadto w sposób akceptowany społecznie mają możliwość odreagowania swoich napięć emocjonalnych, a także „uspokoić” swój nastrój [8].

Kolejną ciekawą formą pracy z dziećmi jest muzyka. Jak wiadomo, jest ona jedną z najstarszych form wpływania na sferę psychiczną człowieka i jego proces wychowawczy. Obcowanie z nią wzbogaca osobowość, a także uwrażliwia na problemy własne i innych [9]. Może być sposobem komunikacji, przekazu stanu psychicznego i konkretnej sytuacji. Muzyka dociera do każdego, a jej odbiór jest naturalnym i spontanicznym procesem. Współczesna muzykoterapia polega na wykorzystaniu dotychczasowego dorobku, dzięki któremu kształtowana jest wrażliwość muzyczna i motywacja do wsłuchiwania się w utwory i coraz głębsze ich doświadczanie. Człowiek wrażliwy na muzykę odczuwa jej walory artystyczne, formę, styl, ekspresję. Przez kontakt z nią staje się zdolny do rozwoju własnych uczuć, relacji społecznych, postaw moralnych. Muzyka w bezpośredni sposób wpływa emocjonalnie i dynamicznie na pozostałe sztuki, staje się nośnikiem uczuć i pobudza reakcje psychosomatyczne [11].

Muzyka i jej różne formy działają na ludzi w różny sposób, zarówno mobilizująco, jak i uspokajająco. „Muzyka jest tą formą sztuki, z którą spotykamy się w swoim życiu najwcześniej. Już dziecko w łonie matki słyszy rytmiczne bicie jej serca. Są to pierwsze bodźce akustyczne, które do niego dobiegają. Matki często śpiewają niemowlętom kołysanki o spokojnym, melodyjnym charakterze. Pojawia się wówczas u dziecka stan bezpieczeństwa, komfortu i zadowolenia. Takie pierwsze, pozytywne skojarzenia z muzyką utrzymują się później przez całe życie. (...) Ta naturalna wrażliwość winna być pielęgnowana, gdyż w przeciwnym razie ulec może osłabieniu” [4, 31].

Głównym celem muzykoterapii jest łagodzenie zaburzeń poprzez wywołanie zmian w zachowaniu. Wpływają na to wszelkiego rodzaju formy wykorzystania muzyki: słuchanie muzyki, śpiew, gra na instrumentach, zajęcia muzyczno-ruchowe, czy proste improwizacje muzyczne. Muzykoterapia może być kierowana zarówno do jednostki jak i grupy. Słuchanie adekwatnie (do wieku, zainteresowań, itp.) dobranej muzyki może wpływać na uspokajająco i rozluźniająco, czy też aktywizująco i pobudzająco [8]. Muzykoterapia może także wspierać terapię mowy. Wprowadzone w sposób zabawy ćwiczenia emisyjno-oddechowe i dykcyjne, elementy dźwiękonaśladowcze – improwizacja głosem wpłynę na poprawę mowy dziecka. Zaś ćwiczenia słuchowe, zabawy muzyczno-ruchowe, ćwiczenia rytmiczno-korekcyjne, improwizacje wokalne i instrumentalne, relaks z tłem muzycznym – ćwiczenia odprężające i kojące ból [11] wpłyną korzystnie na postawę oraz możliwości motoryczne. Ponadto muzyka pozwala dziecku na ćwiczenie ogólnych możliwości umysłowych, między innymi: spostrzegania, myślenia, koncentracji uwagi, naśladowania, zapamiętywania, myślenia, dokonywania samodzielnej obserwacji, tworzenia, różnicowania i identyfikacji. Dziecko nie tylko potrafi powtórzyć usłyszane rytmy, ale także samo próbuje improwizować [16]. Na relacje z innymi wpływają także na funkcjonowanie społeczne, porządkują zachowania dziecka z ZA poprzez wprowadzenie w nie regularności. Muzyka, wspierając codzienne czynności, może być jednocześnie ich sygnałem, a odpowiednio dobrane ćwiczenia muzyczne działają stymulująco na świadomość własnego ciała oraz korygują koordynację [13].

Muzyka można łączyć z innymi środkami ekspresji np. z rysunkiem, tańcem, słowem czy gestem. Dzięki temu doskonale współgra z kolejną formą zajęć arteterapii, którą jest choreoterapia (Konopczyński, 1996). Termin choreoterapia pochodzi od greckich słów *choreia* – taniec i *therapeuein* – leczyć [10]. Choreoterapia dzieli się na: taniec, ćwiczenia muzyczno-ruchowe i improwizacje ruchowe przy muzyce. Celem choreoterapii jest doświadczanie własnej cielesności i rozwijanie świadomości samego siebie, ponadto dostarczanie właściwych okoliczności, w których będzie mogła nastąpić integracja społeczna [9], która jest ważna dla dzieci

z ZA. Taniec nie tylko pozytywnie wpływa na rozwój człowieka, jest postrzegany jako forma zabawy, rozrywki. Ćwiczenia ruchowo-taneczne zaspakajają potrzeby dziecka, nie tylko ruchowe, ale także psychofizyczne [15].

Wykorzystanie arteterapii w pracy z dziećmi z ZA może wpłynąć na lepsze funkcjonowanie dziecka w otoczeniu, poprawę komunikacji z innymi osobami. Poza tym jest ciekawą formą spędzania czasu wolnego dającą wiele radości.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BORKOWSKA A., *Zrozumieć świat ucznia z zespołem Aspergera*, Harmonia, Gdańsk 2010.
- [2] CHOJNACKA K., *Biblioterapia w pracy z grupą*, „Problemy opiekuńczo-wychowawcze”, 2005, nr 2.
- [3] DZIEDZIC A., *Drama a wychowanie*, CODN, Warszawa 2000.
- [4] EFINOWICZ M., *Muzyka w terapii*. „Arka”, 2002, nr 1.
- [5] FIRKOWSKA-MANKIEWICZ A., SZUMSKI G. (red.), *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*, tom 1, PWN, 2008.
- [6] FIRKOWSKA-MANKIEWICZ A., SZUMSKI G. (red.), *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*, tom 2, PWN, 2008.
- [7] FRITH U., *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, GWP, Gdańsk 2008.
- [8] GRUDZIEWSKA E., *Arteterapia jako forma pracy z dzieckiem z upośledzeniem umysłowym*, Szkoła Specjalna, 2010, nr 3.
- [9] KONIECZNA E., *Arteterapia w teorii i praktyce*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007.
- [10] KOPALIŃSKI W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Państwowe Wydawnictwo Wiedzy Powszechnej, Warszawa 1989.
- [11] KONOPCZYŃSKI M., *Twórcza resocjalizacja. Wybrane metody pomocy dzieciom i młodzieży*, Ministerstwo Edukacji Narodowej Editions Spotkania, 1996.
- [12] KWIECIŃSKI Z., ŚLIWERSKI B., *Pedagogika podręcznik akademicki*, tom 2, PWN, Warszawa 2003.
- [13] LEWANDOWSKA K., *Muzykoterapia dziecięca*, Norma, Gdańsk, 1996.
- [14] ŁOBOCKI M., *ABC wychowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2003.
- [15] MARSZAŁEK C., *Rola tańca w rozwoju dziecka*, „Wychowanie w przedszkolu”, 1999, nr 2.

- [16] STADNICKA J., *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, WSiP, Warszawa 1998.
- [17] ŚWIĘCICKA J., *Uczeń z zespołem Aspergera*, Impuls, Kraków 2010.
- [18] <https://www.autyzm.edu.pl/index.php/zespol-aspergera/rozne-okresy-zycia> (03.04.2018).
- [19] <http://integracjasensoryczna.info/11848/dsm-5-o-autyzmie-i-zaburzeniach-sensorycznych> (03.04.2018).
- [20] <http://niegrzecznedzieci.org.pl/projekty/2009-drama-w-rozwijaniu-kompetencji-komunikacyjnych-u-dzieci-z-za/> (04.04.2018).

SANDRA BRODA

NAKARMIĆ AUTYZM – DIETA I FARMAKOLOGIA JAKO FORMY WSPARCIA PODSTAWOWYCH METOD PRACY Z DZIECKIEM AUTYSTYCZNYM

Streszczenie

W artykule podjęto problem diety oraz farmakologii jako form wsparcia podstawowych metod pracy z dzieckiem autystycznym. Niniejsze opracowanie rozpoczyna się od rysu historycznego autyzmu, sięgającego początku XX wieku. Ujmuje również najświeższe spojrzenie na poruszoną tematykę, za sprawą Amerykańskiej Klasyfikacji DSM-V. Wymienia podstawowe metody pracy terapeutycznej podejmowanej przez grono współpracujące z dzieckiem autystycznym. Ważnym aspektem artykułu jest również charakterystyka rosnącej skali zjawiska w ostatnich latach i próba określenia źródeł takiego procesu. Niemniej, najistotniejszą część przedstawionego artykułu zajmuje przede wszystkim spojrzenie na nowatorskie metody, jakimi są właściwa dieta oraz farmakologia w procesie pracy terapeutycznej, i ich oddziaływania na różne sfery życia osoby autystycznej. Tym samym dotyka nie tylko tematów kontrowersyjnych, wywołujących ogrom dyskusji, ale również nadal nie do końca znanych, delikatnych. Prezentowana praca w sposób obiektywny ukazuje założenia, a także efekty, które może przynieść zastosowanie metod wspierających dotychczasowe działania pedagogów, terapeutów, rodziców, lekarzy, a także samego *autystycznego pacjenta*.

Zagadnienie podjęte w niniejszym artykule podejmuje problem ważny. Przybliża tematykę, z którą społeczeństwo spotyka się coraz powszechniej, bowiem „*autyzm*” jest tuż obok. Wiadomym jest, iż to co nieznanne, brzmi groźnie. W miarę zwiększającej się świadomości społecznej, spojrzenie oraz strach płynący w stronę „*autyzmu*”, może stać się coraz mniejszy. Zatem nadrzędnym celem prezentowanego opracowania jest poszerzenie świadomości, horyzontów i wiedzy na temat autyzmu, bez odwraca wzroku od jego bardziej kontrowersyjnych aspektów.

Słowa kluczowe

autyzm, dziecko, dieta, farmakologia, metody pracy

Abstract

In the article the problems of diets and pharmacology as forms of supporting the basic methods of work with autistic children have been taken. The presented article starts with a historical overview of autism which dates back to the early 20th century. Also it encompasses the most recent standpoint at the raised subject as the result of American classification DSM-V. It mentions the

essential methods of therapy undertaken by bevy which cooperates with autistic children. One of the crucial aspects of the article is also a profile of an increasing scale of the phenomenon in the last years and an attempt to term the origins of this process. Nevertheless, the most important point of the presented article is a view at innovative methods, which are an appropriate diet and pharmacology in the process of therapy, and their influence on various life zones of autistic people. By the same token it touches upon not only controversial topics which trigger heated discussion, but also still not completely understood, gentle points. The presented dissertation in the objective way shows assumptions and effects that can be brought by applying methods, which assists previous operations of pedagogues, therapists, parents, doctors, and autistic patients themselves.

The significant issue has been raised in the introduced article. It brings closer the problematic aspects that society is encountering more and more often, because "autism" is next door. It is known that what is unfamiliar, seems menacingly. As public awareness is raising, the fear directed at autism, may become smaller. Therefore the imperative purpose of this research paper is to raise awareness, to broaden horizons and knowledge about autism without looking away from its controversial aspects.

Keywords

autism, child, diet, pharmacology, working methods

Wstęp

XXI wiek to niezwykle skomplikowany moment ewolucji człowieka. To czas, w którym wszystko, co do tej pory gatunek ludzki osiągnął jest po raz wtóry diagnozowane, weryfikowane, klasyfikowane, opisywane, wielokrotnie podważane. Wydaje się, że nie ma dziedziny życia, która nadal była by czysta, pierwotna, nie-tnięta narzuconym stereotypem, wsadzona w określone ramy jak należy o niej myśleć. Współczesny człowiek zdefiniował wszystko, ubrał w słowa, dotknął tego, co było w zasięgu jego ręki, niejednokrotnie przekroczył swoje granice. Pomału wyczerpuje się pojęcie „tajemnica”, bo pytańników w życiu codziennym jest coraz mniej. Niemniej, człowiek nadal szuka i docieka. Weryfikuje dotychczasowe światopoglądy, próbuje kreatywniejszych rozwiązań, szuka nowych inspiracji. Z całą pewnością jednym z najciekawszych miejsc, które nadal chowa najwięcej tajemnic, a jednocześnie pozwala na tworzenie coraz śmielszych koncepcji jest mózg

człowieka. On co rusz każe się zadziwić, zastanowić, złączyć elementy na pozór do siebie nie pasujące i znaleźć im wspólny algorytm. Pomaga odnaleźć luki w dotychczasowych opracowaniach. To właśnie te naukowe dziury, pominięte fakty i niedopowiedzenia stają się załączkami nowych teorii, badań i osiągnięć. Z całą pewnością w dynamicznym tempie docierają do nas nowe poglądy na stare zjawiska. Odświeżonym tematem, w który tchnięto nowe spojrzenie jest bezdyskusyjnie „autyzm”. Słowo na literę „A”, o którym każdy coś wie, każdy coś słyszał, wielu się go boi, a jeszcze inni uznają za wymysł, abstrakcję, epidemię XXI wieku. Celem tego artykułu jest nie tylko kolejne skierowanie teorii i definicji, ale poruszenie tematów dotyczących schorzenia autyzmu, które na chwilę obecną, nawet dla osób obeznanych z tematem, są kontrowersyjne – diety i leczenia farmakologicznego w autyzmie.

Autyzm – definicja, klasyfikacja, skala zjawiska, podstawowe metody pracy

Wydawać by się mogło, iż *autyzm* to pojęcie i choroba XXI wieku. Wymysł współczesnych czasów, swoista moda. I ziarno prawdy w tym tkwi, a jest nim fakt, iż zjawisko autyzmu zdefiniowano raptem 100 lat temu. A jak powszechnie wiadomo, wszystko co nowe, jest odbierane z dystansem, zachowawczo. Z kolei tempo uzyskiwanych danych na temat nowego obszaru wiedzy, jest zawsze dynamiczne, a pozyskane dane niekoniecznie jednolite i spójne.

Po raz pierwszy terminem *autyzm* posłużył się Eugeniusz Bleuer w 1911 roku wprowadzając tym samym owe słowo do słownika psychiatrii, „jako określenie jednego z osiowych objawów schizofrenii. Oznaczał on zamknięcie się we własnym świecie i rozluźnienie dyscypliny logicznego myślenia” [1, 11]. Sama „diagnoza autyzmu narodziła się w roku 1943, kiedy Leo Kanner, lekarz pracujący na Uniwersytecie Johns Hopkinsa i pionier psychiatrii dziecięcej, zaproponował ją w artykule naukowym” [2, 13]. Artykuł zawierał opis przypadków jedenaściorga dzieci, które w mniemaniu jego autora cechowały się takim samym zestawem objawów. Dziś objawy te stanowiłyby podwaliny do wydania opinii o autyzmie: alienacja z otoczeniem, przywiązanie do rutyny

i schematów, powtarzalność czynności, niezmiennosc otoczenia [2, 14]. Określono tym samym pierwsze pasujące do siebie elementy, spójne we wszystkich przypadkach, ale jednocześnie zróżnicowane względem jednostki, która prezentowała je na swój sposób. Wyodrębnił zatem grupę dzieci autystycznych jako osobną kategorię diagnostyczną.

„Słowa *autyzm* oraz *autystyczny* pojawiły się w dokumentach Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, w których podjęto próbę stworzenia standardów chorób psychicznych w formie pierwszego wydania Podręcznika Diagnostyki i Statystyki Zaburzeń Psychiczych (DSM), opublikowanego w roku 1952 (...). Pojawienie się tych słów po raz pierwszy miało na celu opisanie objawów odrębnej choroby, mianowicie schizofrenii” [2, 19]. Nie określano od początku zatem nikogo mianem *autysty*. Poznane do tej pory spektrum zachowania opisywało jedynie „autystyczne tendencje”, ale nie funkcjonowało samodzielnie. „Oczywiście słowo *autyzm* było częścią leksykonu psychiatrycznego od roku 1943, (...) jednak definicja autyzmu była łagodnie mówiąc, dosyć luźna” [2, 21-22]. Lata mijały, liczba badań rosła, a z nią próba uszeregowania *autyzmu* w odpowiedniej rubryce. I tak „DSM-III, opublikowany w 1980 roku, opisuje autyzm wczesnodziecięcy w ramach szerszej kategorii, zwanej całościowymi zaburzeniami rozwoju (CZR). Żeby otrzymać diagnozę autyzmu wczesnodziecięcego, pacjent musiał spełniać sześć kryteriów. Jednym z nich była nieobecność objawów sugerujących schizofrenię. (...) W 1987 roku w uaktualnionej wersji DSM-III, DSM-III-R, nie tylko zmieniono nazwę diagnozy (z autyzm wczesnodziecięcy na zaburzenia autystyczne), ale rozszerzono liczbę kryteriów z sześciu do szesnastu” [2, 25]. Rok 1994 przyniósł aktualizację amerykańskiej klasyfikacji i tym samym w DSM-IV po raz pierwszy w obrębie autyzmu wyodrębniono nową kategorię – zespół Aspergera [2, 26]. Zespół Aspergera nie stanowił formy autyzmu, ale sprawnie zaczął być określanym mianem *autyzmu wysokofunkcjonującego*. „W DSM-IV diagnoza autyzmu opierała się na trzech kryteriach – to tzw. model triadyczny. Te kryteria to: jakościowe zaburzenia interakcji społecznych; jakościowe zaburzenia w komunikowaniu się; ogra-

niczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności” [2, 147]. Stąd też w wielu publikacjach jest zazwyczaj mowa o triadzie zaburzeń autystycznych. W maju 2013 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne opracowało najnowszy zestaw kryteriów diagnostycznych DSM-V, w których względem *autyzmu* nastąpiły kolejne modyfikacje. „W rezultacie w DSM-V zaproponowano model dwóch kryteriów, zwany modelem diadycznym: stałe deficyty w zakresie komunikacji społecznej i społecznej interakcji; ograniczone, powtarzające się wzorce zachowania, zainteresowań lub aktywności” [2, 147]. Zlikwidowano podział autyzmu na jego poszczególne kategorie, m.in. autyzm klasyczny, wczesnodziecięcy, zespół Aspergera. Ustanowiono jednolitą nazwę dla wszystkich typów „zaburzenia ze spektrum autyzmu” [2, 149]. „W piątym wydaniu *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V (...)* autyzm obejmuje teraz bardzo szerokie spektrum osób od programistów z Doliny Krzemowej i Einsteina (...) po osoby z bardzo poważną niepełnosprawnością” [4, 20]. Zdaniem Temple Grandin (wysoko funkcjonująca osoba z autyzmem) „usunięcie wszystkich kryteriów diagnostycznych dotyczących zaburzeń mowy z nowego wydania DSM-V było złym pomysłem” [4, 20].

W Polsce operuje się kryteriami diagnostycznymi opracowanymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), a mianowicie Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. „W klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, autyzm jest opisany jako pozycja F84.0” [1, 126]. ICD-10 nazewnictwem i podziałem nadal nawiązuje do DSM-IV i jest w nim mowa o całościowych zaburzeniach rozwoju, zwanych spektrum autystycznym [5, 16]. „Wspólną cechą chorób z kręgu spektrum autystycznego jest zaburzenie w komunikacji werbalnej i pozawerbalnej dziecka oraz trudności w rozumieniu zjawisk społecznych. Człowiek zdrowy posiada (...) tzw. teorię umysłu, czyli intuicyjną wiedzę o stanie umysłu innych ludzi. Jest to zdolność do decentracji, do rozumienia intencji innych ludzi, rozumienia metafor, aluzji oraz figuratywnego sensu wypowiedzi językowych. (...) Upośledzenie umy-

słowe, towarzyszące często zaburzeniom ze spektrum autystycznego, (...) polega na niewykształceniu się zdolności do rozumienia perspektywy emocjonalnej i poznawczej drugiego człowieka” [5, 17].

„W 2008 roku Organizacja Narodów Zjednoczonych uznała autyzm za jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych świata, oprócz nowotworów, cukrzycy i AIDS. Zwraca uwagę, że w ostatnich 25 latach występowanie autyzmu zwiększyło się aż dziesięciokrotnie. Według danych organizacji zrzeszających osoby i instytucje z całej Europy Autism Europe, autyzmem jest dotkniętych 0,6% populacji Unii Europejskiej, co stanowi około 5 mln osób (szacunki z 2009 roku). Fundacja Synapsis szacuje liczbę osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) w Polsce na 60 tys. w 2014 roku. Nie są to jednak precyzyjne dane statystyczne” [6, 33]. Temple Grandin upatruje wzrostu liczby „zachorowań na autyzm” w zwiększającej się świadomości i obeznaniu z tematyką autyzmu społeczeństwa. Ponadto weryfikowane są wcześniej stawiane diagnozy, jak np. zaburzenia mowy, czy opóźnienie umysłowe, które w obecnym stanie wiedzy wpisane są w charakterystyczne zachowania ze spektrum zaburzeń autystycznych. Oznacza to tym samym, że wraz ze wzrostem liczby osób z zaburzeniami autystycznymi zmalała liczba osób w innych zaburzeniach. „W Wielkiej Brytanii niektóre objawy autyzmu wcześniej rozpoznawano jako objawy zaburzeń mowy czy zaburzeń językowych, a liczba tych diagnoz w latach dziewięćdziesiątych rzeczywiście spadła proporcjonalnie do wzrostu liczby diagnoz autyzmu” [2, 28]. Oprócz wzrostu świadomości społecznej na temat objawów autyzmu i rozwoju wiedzy na temat tego zaburzenia, Bernard Rimland wskazuje jeszcze inne przyczyny wzrostu przypadków autyzmu. Są to według niego zanieczyszczenia środowiska, szczepionki oraz wzrost stosowania antybiotyków w leczeniu infekcji uszu i w podobnych chorobach [1, 19]. „Niezależnie od kombinacji czynników statystyka przypadków diagnoz autyzmu mówi, że jest ich coraz więcej. W roku 2000 Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom powołały do życia Sieć Monitorowania Autyzmu i Zaburzeń Rozwojowych (ADDM), by zbierać dane od ośmiolatków i określać szacunkowo liczbę przypadków autyzmu

oraz innych zaburzeń rozwojowych w Stanach Zjednoczonych. (...) Podstawa dla najnowszego raportu z marca 2012 roku wskazuje na (...) liczbę przypadków autyzmu, jedno na 88 dzieci. A to siedemdziesięcioprocentowy wzrost w ciągu zaledwie sześciu lat” [2, 31]. Faktem również jest zróżnicowanie częstotliwości występowania zachowań autystycznych ze względu na płeć. „Eaves, która wyodrębniła różne typy osób autystycznych, odnotowała przewagę autystycznych chłopców w grupie o najwyższym poziomie funkcjonowania, a większą liczbę dziewcząt w grupie najniżej funkcjonujących. Wing również twierdzi, iż proporcja płci zmienia się wraz ze zmianą poziomu umiejętności. W badanej przez nią grupie, wśród dzieci niżej funkcjonujących stosunek chłopców do dziewcząt wyniósł 2:1, natomiast wśród osób najwyżej funkcjonujących proporcja ta wynosiła 15:1” [1, 16].

Niezależnie od tego, w jakim miejscu w swojej historii znajduje się *autyzm*, jaką klasyfikację uzna za odnośnik, wciąż rodzą się pytania skąd się biorą zaburzenia autystyczne. Zbiór tak specyficznych cech, złożonych w całość, dzięki którym powstaje jednostka wyjątkowo inna. Czy dziecko dziedziczy je po rodzicach, czy jest to wynik fiksacji psychicznych, a może środowisko wychowawcze aplikuje impulsy wywołujące późniejsze zaburzenia. Jak to zwykle bywa, na przestrzeni lat przychyłano się co rusz do innej strefy upatrywanej za epicentrum *autyzmu*. Wydawać by się mogło, iż jest to niezwykle istotny aspekt, bowiem poznanie przyczyn i źródeł, w wyniku których powstaje dane zaburzenie umożliwia próbę jego wyeliminowania. Niemniej wiadomym jest, iż autyzmu wyleczyć się nie da. Jednak z pewnością, można poszukiwać rozwiązań i takich terapii, które pomogą zarówno osobie zaburzonej, jak i jego otoczeniu wspólnie koegzystować. Antonii Kępiński za istotę autyzmu upatruje „ukierunkowanie dążeń dziecka od ludzi i świata. Przejawem prawidłowego rozwoju oraz zdrowia psychicznego jest natomiast skierowanie dążeń do otoczenia, przede wszystkim do osób w nim się znajdujących” [3, 23]. Zgodnie z tą definicją zarówno dla rodzica, rodzeństwa, nauczyciel i pozostałych osób z najbliższego otoczenia autysty, z którymi na co dzień przyjdzie mu współżyć, najistotniejsze nie są przyczyny dla któ-

rych mierzą się z daną im rzeczywistością. Najistotniejsze są wskazówki pozwalające im na stworzeniu rzeczywistości, w której żadna jednostka społeczna nie zostanie zniewolona, a wręcz odwrotnie – pozwoli na rozwój i bezpieczne przejście przez życie.

Niewątpliwie, z uwagi na bardzo zindywidualizowane *cechy autystyczne* każdej z osób żyjących z autyzmem, najistotniejszą kwestią w prawidłowej i skutecznej terapii jest również jej zindywidualizowanie. Należy zatem wybrać taką kombinację metod, aby w danym przypadku osiągnąć jak najwyższe rezultaty. „Program terapeutyczny musi uwzględniać cechy osobowościowe pacjenta oraz aktualne potrzeby i możliwości jednostki. Ważne jest, aby dobrane metody nie wykluczały się wzajemnie i skutecznie stymulowały rozwój dziecka” [5, 195]. Efekt końcowy zawsze będzie osobliwy, warunkowany potencjałem, możliwościami i deficytami jednostki poddanej terapii. Literatura przedmiotu dostarcza bogatą paletę możliwości terapeutycznych. Jednakże, z uwagi na specyfikę zaburzenia, należy mieć na uwadze w równie wysokim stopniu, co samego *autystę*, cały jego system rodzinny. Z *autyzmem* mierzy się bowiem nie tylko sam „dotknięty”, ale również jego najbliższe otoczenie. Wydaje się więc właściwym, aby proces terapeutyczny nie omijał systemu rodzinnego *pacjenta autystycznego*. „Terapię autyzmu należy zatem rozumieć systemowo” [5, 15].

Terapeuta może korzystać z następujących form terapii pedagogicznych:

- Terapia behawioralna,
- Metoda Opcji,
- Metoda Planów Aktywności,
- Terapia logopedyczna,
- Metoda Felicje Affolter,
- Metoda integracji sensorycznej,
- Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne,
- Muzykoterapia,
- Dogoterapia,
- Hipoterapia,
- Terapia kreatywna,

- Metoda Holding,
- zmodyfikowana Metoda Dobrego Startu Bon Depart,
- Metody relaksacyjne,
- Terapia słuchowa metodą Tomatisa,
- Terapia metodą Caroline Sutton,
- zmodyfikowana Metoda Marii Montessori,
- Model TEACCH jako program kompleksowej pomocy osobom autystycznym,
- Niedyrektywne formy terapii [1, 93-123], [5, 196-213].

Warsztat możliwości terapeuty jest olbrzymi. Może oscylować wśród tych najpopularniejszych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej, jak i sięgać głębiej. Bowiem czym bardziej skomplikowany przypadek, tym bardziej precyzyjne i nowatorskie narzędzia potrzebne są specjalistom. Również rodzice, będący niezastąpionym sprzymierzeńcem i wsparciem terapeuty, szukają wszelkich form i rodzajów pomocy. Niejednokrotnie są równie dobrymi specjalistami i źródłem wiedzy, co wykwalifikowany terapeuta, warto więc słuchać siebie nawzajem.

Nakarmić autyzm

W prezentowanym artykule omówione zostały charakterystyczne cechy kliniczne *autyzmu*. „Objawom tym u 9-54% chorych towarzyszy patologia przewodnictwa pokarmowego”. U osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu częstokroć te patologie nie są rozpoznane, gdyż problemy związane z dysfunkcjami przewodnictwa pokarmowego, zakłócają podstawowe problemy natury komunikacyjnej osób z ASD, m.in. zaburzenia mowy, zmieniona percepcja bólu, nadwrażliwość sensoryczna [7, 40]. „Przypuszcza się, że u dzieci z autyzmem niecałkowite trawienie białek glutenowych i/lub kazeiny oraz zwiększona przepuszczalność błony śluzowej jelit sprzyja przejściu peptydów mających właściwości opioidowe (β -kazomorfiny, gliadomorfiny) do krążenia wpływając na przewodnictwo impulsów w układzie nerwowym. Objawy ze strony przewodnictwa pokarmowego u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu mogą być spowodowane również częstszym w tej grupie

zmniejszonym wydzielaniem enzymów trawiennych, stanami zapalnymi błony śluzowej przewodu pokarmowego oraz zaburzeniami równowagi mikroflory jelit. U dzieci z ASD częściej występuje też alergia i choroby autoimmunizacyjne, w tym celiakia” [8, 653]. Oprócz powyższych do zmian w obrębie przewodu pokarmowego dzieci z ASD zalicza się również: zaburzenia motoryczne (choroba refluksowa przełyku, zaparcia, biegunki), zaburzenia trawienia, zespół nadmiernej przepuszczalności jelita, czy nietolerancja pokarmowa [7, 40]. Tak jak w przypadku wielu chorób, tak i w tym nie ma specyficznych i konkretnych zaburzeń przewodu pokarmowego, które można bezpośrednio łączyć z autyzmem. Patologia przewodu pokarmowego może mieć różny charakter i lokalizację dla różnych pacjentów [7, 43]. Można jednak za Wasilewską, Jarocką-Cyrta oraz Kaczmarskim postawić pytania – „Czy istnieje zależność między stopniem uszkodzenia jelita a nasileniem objawów autyzmu? Czy leczenie choroby jelit może wpływać korzystnie na pracę mózgu i łagodzić zachowania autystyczne?” [7, 41].

Nie ma prowadzonych zbyt wielu badań, do wyników których można by się odnieść. Jednakże z tych, które zostały przeprowadzone i ujrzało światło dzienne wynika, iż dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu charakteryzowały się szczupłą budową ciała, bądź niedowagą. Ilość energii dostarczanej w postaci spożywanej ilości składników pokarmowych, która wielokrotnie przekraczała normy dla dziecka, powinna świadczyć o prawidłowym stanie odżywiania małego pacjenta. Niemniej, osoby prowadzące badania sugerują, iż z racji całej gamy zaburzeń z jakimi zmaga się osoba autystyczna „przyczyną szczupłości i zbyt małej masy ciała może być u nich obniżone wchłanianie składników odżywczych na skutek zmniejszonej powierzchni jelita w wyniku zaniku kosmków jelitowych lub przerostu flory bakteryjnej, które obserwuje się u dzieci z autyzmem. Przyczyną złego wchłaniania może być także pogorszone trawienie, wynikające z niedoboru enzymów trawiennych (...)” [9, 158]. Kolejne wyniki wskazują na przekraczanie norm białka w diecie dzieci. Większość dzieci biorących udział w badaniu, miała decydujący wpływ na rodzaj i jakość spożywanych pokarmów. Stąd najczęściej sięgały one po znane i lubiane

przez nich produkty, tj. przetwory mięsne i produkty mleczne [9, 158]. Tarnowska, Lange, Gruczyńska, Kowalska i Kozłowska w swoich badaniach przeprowadzonych w 2016 roku również potwierdzają, iż „(...) spożycie białka z dietą większości dzieci, bez względu na charakter sposobu żywienia, przekraczało średnie zapotrzebowanie na ten składnik dla dzieci w wieku 4-9 lat. Dzieci nie stosujące diet eliminacyjnych spożywały także istotnie więcej białka pochodzenia zwierzęcego.” Również analiza pozostałej części uzyskanych danych pozwoliła, na odnalezienie analogii do badań Sadowskiej i Cierebiej, są to analizy obecności w diecie błonnika, kwasów tłuszczowych, węglowodanów [8, 655]. Sumując i analizując powyższe informacje, wydaje się, iż odpowiednio ułożony program żywieniowy dla dzieci ze spektrum autyzmu, powinien „odgrywać znaczącą rolę w ich leczeniu i łagodzeniu objawów zarówno trawienno-metabolicznych, jak i psychicznych” [9, 156]. Oczywiście, jak każda nowość – zwłaszcza w przypadku osób autystycznych – tak i wprowadzenie nowego sposobu żywienia, będzie okupiona dużym wysiłkiem ze strony rodziców dziecka. Dzieci z zaburzeniami autystycznymi częstokroć mają swój własny wzór na rodzaj i sposób przyjmowania pokarmów. Wielokrotnie można mówić o uzależnieniu od przyjmowanych pokarmów. Biorąc jednak pod uwagę, iż przywrócenie równowagi układu pokarmowego może zaowocować poprawą stanu układu immunologicznego dziecka oraz poprawy funkcjonowania jego umysłu, wydaje się warty podjęcie tego trudu. Przed dokonaniem jakiegokolwiek zmiany w dotychczasowym postępowaniu żywieniowym należy skonsultować się z odpowiednimi specjalistami, którzy pomogą rozpocząć nową drogę rodziny w sposób jak najmniej bolesny. Do kogo należy więc skierować swoje pierwsze kroki? Niewystarczającym jest bowiem udanie się do pierwszego poleconego dietetyka, z ogólnodostępnej poradni żywieniowej. Jego kwalifikacje, chociaż doskonałe, mogą nadal nie być wystarczające do połączenia tematu żywienia z charakterystyką osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Należy zatem skonsultować się ze „specjalistą od autyzmu – takim, który wierzy, że dieta odgrywa ważną rolę w chorobie dziecka, i który wie, jakiego testu użyć, by zidentyfikować jakiegokolwiek nadwrażliwości pokarmowe

u dziecka” [10, 228]. Należy bezwzględnie pamiętać, iż każde działanie „na własną rękę” może wyrządzić więcej szkód, niż oczekiwanych korzyści. Kiedy tylko zapadnie decyzja o chęci podjęcia walki, należy w pierwszej kolejności zasięgnąć opinii specjalisty, który w odpowiedni sposób poprowadzi wywiad, dokona testów i badań, udzieli niezbędnych informacji o nowej diecie i sposobie suplementacji autystycznego członka rodziny. Kate Wilde wskazuje na dodatkowe kroki, które wspomogą rodziców w odniesieniu sukcesu w trakcie wprowadzania nowej diety:

1. „Zacznijcie tylko wtedy, gdy będziecie gotowi.
2. Wyedukujcie się.
3. Przygotujcie swoją kuchnię.
4. Wytlumaczcie dziecku, dlaczego zmieniacie jego dietę” [10, 229-231].

Autorka książki „*Logistyka autyzmu*” sugeruje również w jaki sposób wprowadzać nowe produkty, żeby nie spotkało się to z buntem:

1. „Oddajcie dziecku kontrolę.
2. Sami pokochajcie nowe jedzenie.
3. Bądźcie rozluźnieni i wiarygodni.
4. Niech jedzenie będzie łatwo dostępne dla waszego dziecka.
5. Bądźcie kreatywni.
6. Eksperymentujcie.
7. Połączcie nowe jedzenie z czasem zabawy” [10, 232-236].

W terapii osób ze spektrum autyzmu do najczęściej stosowanych diet należą: bezglutenowa, bezmleczna, bezcukrowa, przeciwgrzybiczna i hipoaergiczna [11, 45-54].

Dieta bezglutenowa i bezkazeinowa

Bezapelacyjnie do najpopularniejszego rodzaju diety należą dieta bezglutenowa oraz bezkazeinowa (inaczej bezmleczna). U każdego pacjenta z autyzmem przed wprowadzeniem diety bezglutenowej należy wykonać badania w kierunku celiakii, jako pierwotnej przyczyny zaburzeń psychicznych i nietolerancji glutenu, a w celu wdrożenia diety bezmlecznej należy wykonać badania w kierunku alergii na białka mleka i nietolerancję laktozy [12,

198]. Eliminacja glutenu polega na wyłączeniu z diety następujących zbóż: pszenicy, żyta, owsa, jęczmienia, orkisz, kamutu, oraz wszystkich pochodnych z tych zbóż. Dieta bezmleczna to eliminacja z pożywienia mleka krowiego. W przypadku tej diety często należy dodatkowo usunąć mleko innych ssaków, np. owcy czy kozy, a z mięs cielęciny i wołowinę. Dietę bezmleczną stosuje się nie tylko z powodu alergii lub nietolerancji mleka, jest ona obowiązkowa także w pierwszym etapie diety bezglutenowej „Dieta eliminacyjna w ASD wymaga bardzo restrykcyjnego podejścia. Konieczne jest wykluczenie glutenu i białek mleka nie tylko jako surowców żywnościowych i wchodzących w skład gotowych produktów, ale również zwrócenie uwagi na ich obecność w kosmetykach, lekach, środkach higieny osobistej, jak również detergentach i środkach czystości (szampony, mydła, proszki i płyny do prania)” [13, 5]. „Nieprawidłowy rozkład glutenu i kazeiny oraz wynikająca z tego obecność epitopów antygenowych we krwi inicjuje dodatkowo produkcję swoistych przeciwciał IgG. W związku z tym rzeczywista efektywność diety bezglutenowej i bezkazeinowej obserwowana jest najwcześniej po kilku tygodniach restrykcyjnej eliminacji. Z obserwacji własnych autorów, dietetyków i rodziców wynika, że każde odstępianie od diety (czyli wdrożenie nawet minimalnych ilości glutenu i kazeiny) prowadzi do pogorszenia zachowania i jednoczesnej indukcji procesów zapalnych w organizmie, co dodatkowo pogarsza stan pacjenta” [13, 4].

Dieta bezcukrowa i przeciwgrzybiczna

Jak wiadomo cukier stosowany w nadmiarze nie służy nikomu. Jednak wśród dzieci z ASD ma to szczególne znaczenie. Przed wprowadzeniem diety bezmlecznej czy bezglutenowej zaleca się zastosowanie diety bezcukrowej i przeciwgrzybiczej. Wyeliminowanie cukrów ze spożycia stanowi podstawę zmian w jakości żywienia osób ze spektrum autyzmu. Wyeliminowanie wszelkich cukrów, w tym tych zawartych również w owocach i sokach, powinno być przeprowadzone minimum dwa tygodnie przed wprowadzeniem leków przeciwgrzybiczych. Bezsensownym jest bowiem próba wyeliminowania drożdżaków z organizmu dziecka z równoczesnym dostarczaniem im pożywki w postaci cukrów. Do

naturalnych substancji przeciwgrzybiczych należą ekstrakt z nasion grejfruta, oregano, czy czosnek. Z kolei do najpopularniejszego leku wydawanego na receptę – nystatyna. Jest ona bezpieczna, ponieważ nie wchłania się do krwi, lecz pozostaje w przewodzie pokarmowym. Niezależnie czy terapia przeciwgrzybicza zostanie przeprowadzona w sposób naturalny, czy medyczny, dziecku, jak i jego rodzicom przyjdzie zmierzyć się ze zjawiskiem „wymierania”. Usuwaniu drożdżaków z organizmu towarzyszą wówczas objawy grypopodobne oraz nasilenie się charakterystycznych cech autystycznych [15, 103-104].

Dieta hipoaergiczna

Zdarzają się przypadki dzieci, które pomimo zastosowania wybranej z powyższych diet, nadal reagują objawami neurologicznymi, skórnymi, czy immunologicznymi. W takim przypadku należy rozszerzyć diagnostykę o panel alergiczny IgE lub nadwrażliwości pokarmowej np. test MRT. Może się okazać, że istnieje czynnik o wiele bardziej agresywny, którego eliminacja poza standardowym wykluczeniem mleka i glutenu, może okazać się kluczowym elementem w skuteczności diety.

Podczas stosowania powyższych diet autorka „*Dzieci z głodującymi mózgi*” podkreśla istotę suplementowania ich organizmów. Wynikiem niedoborów w organizmie dziecka minerałów, witamin, aminokwasów lub enzymów może być „zaburzona homeostaza biologiczna”, zaburzenie równowagi całego organizmu. Jako rozwiązanie McCandless proponuje podawanie ogromnej ilości suplementów, a wśród głównych wymienia: witaminy B6, B12, A, C, D, E, K, magnez, cynk, wapń, selen, DMG lub TMG, kwas foliowy i niezbędne kwasy tłuszczowe Omega-3 [15, 118-119].

Działania interwencyjne dotyczące sposobu żywienia u dziecka autystycznego przedstawiła R. Kessick. Przede wszystkim uwagę zwraca fakt, iż Kessick całkowicie pominęła obecność cukrów w diecie dziecka, uznając za oczywistość ich brak. Fundamentem działań ustanowiła eliminację wszelkich pokarmów i środków chemicznych zawierających gluten i kazeinę. Dieta bezkazeinowa i bezglutenowa jest zatem punktem wyjścia w usprawnianiu osoby

autystycznej. Nawet najmniejsza ilość tych substancji powinna zostać wyeliminowana. Drugim elementem, który należy wykluczyć z diety dziecka z autyzmem, są sztuczne substancje słodzące, i syntetyczne substancje konserwujące E. Kolejna część obejmuje fenole i salicylany. Tutaj wymagane jest zindywidualizowane podejście, gdyż tolerowanie jednych substancji przez jednostkę nie oznacza tego samego dla innej jednostki i odwrotnie. U szczytu piramidy autorka umieściła żywność nieorganiczną, niemniej ta część w dużej mierze łączy się z aspektem sytuacji materialnej rodziny. Żywność organiczna wiąże się ze zwiększonym nakładem finansowym, należy więc stosować się do tego w miarę możliwości finansowych rodziny [14, 31-32].

Niezależnie od rodzaju zastosowanej diety, istotne jest, aby heroiczna praca rodziców została wsparta działaniami personelu placówki, do której uczęszcza dziecko (przedszkole, szkoła). Swoistym wsparciem wykazać musi się również bliższa i dalsza rodzina oraz znajomi dziecka. Każdorazowa wizyta w otoczeniu innym niż dom dziecka nie powinna przynosić stresu ani dziecku ani jego rodzicom, w związku z możliwością spotkania się z produktami stanowiącymi odstępstwo od diety. Niezbędna jest tu zatem rozmowa i zrozumienie osób z otoczenia rodziny. „Oczywiście należy pamiętać, że dieta jest ważnym elementem łagodzącym objawy autyzmu, jednak nie zastąpi terapii i farmakologicznego leczenia jej ciężkich przypadków” [9, 159]. Należy również mieć na uwadze, że badania dotyczące diety autystów nie mają ściśle naukowego podłoża. Jednakże zawsze potwierdzony jest wzrost jakości poprawy funkcjonowania osób z autyzmem po zmianie nawyków żywieniowych. Efekt ten karze zatrzymać się na chwilę i zastanowić nad sensownością tych działań. Wystarczy stworzyć bilans zysków i strat.

Farmakologia wsparciem dla podstawowych metod pracy z dzieckiem autystycznym

Tą, wydaje się, najbardziej kontrowersyjną część artykułu, należy rozpocząć od jednoznacznego stwierdzenia, iż **nie istnieje „lek na autyzm”**. Na dzień dzisiejszy, nie wynaleziono żadnego cudownego specyfiku, dzięki któremu wszelkie objawy autyzmu

i trudności jakie z niego płyną zostaną wyeliminowane, a stałe jego przyjmowanie pozwoliłoby zapomnieć o chorobie. Autyzm to nie jest rak – trudny, lecz możliwy do zwalczenia. Autyzm wraz z chwilą narodzin stał się spójną częścią organizmu i życia jednostki i pozostanie z nią do chwili jej śmierci. Dywagacje tej części opierają się zatem na prezentacji grup leków, które biorą współudział w terapii autyzmu. Nie stanowią jej fundamentu. Nie działają też jednoznacznie na autyzm i nie są wycelowane w niego. „Farmakoterapia w ASD jest ukierunkowana na objawy docelowe w poszczególnych domenach, nie ma natomiast charakteru przy czynowego (tzn. nie prowadzi do wyleczenia)” [16, 64]. Każda z grup leków zogniskowana jest bowiem na specyficzną dla autyzmu cechę. Leki mają zmniejszyć jedynie dokuczliwy aspekt, stanowiący element autyzmu, a nie jego podstawę. Wśród tych najdokuczliwszych objawów współwystępujących z autyzmem wymienia się nadpobudliwość, impulsywność, niestabilność emocjonalną, drażliwość, niepokój, wycofanie, impulsywność i agresję.

Obawy i pesymizm dotyczący leczenia farmakologicznego w autyzmie wynika z wciąż małej ilości randomizowanych badań. Ponadto nie można jednoznacznie stwierdzić, które z zastosowanych leków przyniosą oczekiwane rezultaty. Ciężko również stwierdzić, w którym etapie neurorozwoju powinna zostać rozpoczęta farmakoterapia. Z jednej strony czym wcześniejsza interwencja, tym powinna okazać się skuteczniejsza z racji plastyczności tkanki mózgowej. Z drugiej jednak strony autyzm niejednokrotnie zostaje zdiagnozowany już po zakończeniu procesów neurorozwojowych najlepszych dla farmakoterapii [17, 176]. „Należy również zwrócić uwagę, że badania wśród osób autystycznych prowadzone są już na nieprawidłowych systemach sygnalizowania, transportowania, rozmieszczania czy syntezy, a stosowanie tej samej substancji u osób zdrowych i cierpiących na autyzm może powodować odmienne odpowiedzi kliniczne” [17, 176]. Leczenie farmakologiczne osób autystycznych musi być dokonywane z niezwykłą ostrożnością gdyż badacze zwracają uwagę na „mniejsze okna terapeutyczne, osiąmane przez niższe dawki, nawet w porównaniu z dziećmi nieautystycznymi” [17, 177]. Amerykańska Agencja Żywności i Leków FDA jak dotąd nie zatwierdziła żadnego leku,

który leczyłby autyzm. Nie określiła również jasnych wytycznych, dotyczących leczenia wyłącznie symptomów autyzmu, dając tym samym światu jednoznaczny sygnał, iż leki które są stosowane nie uzyskały certyfikatu jakości i braku negatywnych wpływów na zdrowie FDA. Jedyny lek uznany przez FDA, który ma swoje zastosowanie w terapii farmakologicznej autyzmu to risperidon. Zanim więc zostanie podjęta próba wdrożenia farmakoterapii należy:

1. „wykluczyć wszelkie potencjalne przyczyny bólu bądź obecnego dyskomfortu, takie jak: refluks żołądkowy, zaburzenia snu, zapalenie zatok, utajone zapalenie ucha środkowego czy nawet nasilenie napadów drgawkowych;
2. wykorzystać w pierwszej kolejności techniki behawioralne;
3. ocenić, czy istnieje zdecydowana potrzeba zastosowania interwencji farmakologicznej;
4. pamiętać, że leczenie farmakologiczne musi być zalecane w sposób odpowiedzialny i staranny” [17, 177].

Dr Ewa Urbanowicz, lekarz z Poradni dla Dzieci z Autyzmem i Ich Rodzin w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie dodaje, iż bezapelacyjnie nadzór nad wprowadzeniem leków do terapii dziecka autystycznego powinien być dokonywany przez lekarza psychiatrę dziecięcego. Każde zachowanie agresywne lub autoagresywne dziecka z ASD stanowi jego sposób komunikacji i może świadczyć o najmniejszych zmianach dokonanych w jego otoczeniu, bądź zachodzących w jego organizmie. Wprowadzenie leku powinno być poprzedzone szczegółowymi badaniami oceniającymi stan psychofizyczny małego pacjenta. Nie powinno się również eliminować i bagatelizować wywiadu rodzinnego, który nakreśla standardy i odchylenia w codziennym funkcjonowaniu dziecka ze spektrum autyzmu [18].

„Wśród grup substancji farmakologicznych możliwych do zastosowania w leczeniu objawów autyzmu wymienia się:

- leki przeciwpsychotyczne (risperidon, aripiprazol, ziprazidon, kwetiapina, olanzapina, klozapina, haloperidol)
- leki przeciwdepresyjne (SSRI, SNRI)

- psychostymulanty (metylofenidat, pochodne amfetaminy)
- leki prokognitywne (donepezyl)
- leki przeciwpadaczkowe (kwas walproinowy, lamotrygina, karbamazepina)
- inne: naltrekson, α -agoniści, sekretyna, oksytocyna, wit. B₆, dieta bezglutenowa” [17, 178].

Leczenie antydopaminergiczne – leki przeciwpsychotyczne

Jak dotąd, leki należące do grup leków przeciwpsychotycznych, zostały najszerszej przebadane w kontekście wspierania terapii dzieci ze spektrum autyzmu. Wśród środków farmakologicznych wykorzystywanych w terapii wymienia się: „risperidon, klopazpinę, olanzapinę, kwetiapinę, ziprasidon, aripiprazol. Głównym celem stosowania tej grupy leków jest przeciwdziałanie agresji, zachowań autodestrukcyjnych, niszczenia mienia, napadów złości” [17, 182]. Rzadko występują tutaj skutki uboczne. Warto nadmienić, iż rozeznanie w ostatnich latach na temat leków stosowanych w autyzmie dowodzą, iż risperidon jest lekiem rutynowo stosowanym wobec osób z ASD niezależnie od ich wieku. Lek ten w 2006 roku został zatwierdzony przez FDA w celu zminimalizowania drażliwości osób ze spektrum autyzmu [17, 183-183].

Leczenie serotoninergetyczne – leki przeciwdepresyjne

Wśród dzieci autystycznych zaobserwowano nieprawidłowości w poziomach wydzielanej serotoniny – substancji odgrywającej zasadniczą rolę w prawidłowej budowie przestrzennej kory mózgowej. Do ok. 9 roku życia dziecka poziom ten jest zbyt niski, a następnie staje się zbyt wysoki, względem populacji zdrowej. Efekt podawanych leków jest dość szybko zauważalny przez badaczy klinicznych. Wymienia się także stosunkowo mało skutków ubocznych zażywanych leków, m.in. łatwe ryzyko przedawkowania, pobudzenie, zwiększone skłonności samobójcze. Niemniej, istnieją leki uznane przez FDA, które wykorzystuje się jako formy wsparcia podstawowych terapii autystycznych. Należy mieć na uwadze, iż badania wykazały, że dzieci autystyczne reagują na ni-

skie dawki leków z grupy SSRI. Do stosowanych leków w tej grupie należą: fluoksetyna, sertralina. Leki takie jak: klomipramina, fluoksamina wykazywały się zbyt dużą ilością skutków ubocznych, co dyskwalifikowało je z możliwości stosowania. Z kolei paroksetyna, citalopram, mirtazapina to leki, których FDA nie zaleca w farmakoterapii dzieci [17, 179-181].

Leki psychostymulujące

U dzieci z zaburzeniami autystycznymi częstokroć współwystępuje nadaktywność, drażliwość, impulsywność, labilność emocjonalna, zaburzenia koncentracji wiązana z zespołem nadaktywności ruchowej z deficytem uwagi (ADHD). Stąd uznano, iż leki skutecznie oddziałujące przy leczeniu ADHD, mogą przynieść podobne skutki w minimalizowaniu tychże objawów u dzieci z ASD [17, 184]. Alexander Kolevzon w swoim artykule poświęconym badaniom współwystępowania ADHD i ASD, i stosowanych wobec ich objawów leków wymienia następujące środki farmakologiczne: metylofenidat, atomoksetyna, risperidon, klonidyna, guanfacyna, amantadyna [16].

Leczenie cholinergiczne – leki prokognitywne

Stosowanie tych leków w farmakoterapii autyzmu tłumaczy się częstym współwystępowaniem upośledzenia umysłowego, a także wiążących się z tym zaburzeń uwagi i pamięci wzrokowej. Jednakże nie istnieje dostateczna liczba badań potwierdzających skuteczność leków prokognitywnych, takich jak donepezil, w leczeniu autyzmu [17, 182].

Leki normotymiczne – przepiadaczkowe

Ta grupa leków włączana jest do terapii osób autystycznych wyłącznie z uwagi na ewentualne współwystępowanie padaczki. Kliniczne obserwacje stosowania soli litu, czy kwasu walproinowego wskazują również na skuteczność w zmniejszaniu współwystępującej z autyzmem agresji, labilności afektywnej oraz braku kontroli zachowania. Z racji skutków ubocznych nie zaleca się stosowania lamotryginy [17, 185].

Kolevzon podkreśla, iż „niezależnie od wyboru leków, leczenie dzieci i nastolatków z ASD należy rozpoczynać od bardzo niewielkich dawek i zwiększać je bardzo powoli i stopniowo. Należy dokładnie rozważyć stosunek potencjalnych korzyści i zagrożeń. Korzystne byłoby uwzględnienie w przyszłych badaniach systematycznej oceny działań niepożądanych w celu ustalenia profilu bezpieczeństwa i zidentyfikowania pacjentów, którzy mogą być najbardziej wrażliwi na działania niepożądane farmakoterapii” [16, 66]. Nie wolno zapomnieć, iż osoby autystyczne, mając utrudniony sposób werbalnego komunikowania się z otoczeniem, nie będą w stanie jasno i klarownie przedstawić swojego stanowiska w sprawie przyjmowania leków. W tym również nie będą w stanie określić swojego stanu psychofizycznego, który może stanowić skutek uboczny przyjmowanego leku, a nie objaw osiowy autyzmu.

Podsumowanie

Przebrnąwszy w telegraficznym skrócie przez obszar tematyki autyzmu można się zastanawiać czy obecna wiedza, nowe informacje z tej dziedziny sprawiają, że nasze działania są trafniejsze, skuteczniejsze. Momentami można doświadczyć zagubienia, w którym kierunku jako ludzie współistniejący z osobami autystycznymi powinniśmy iść. Na pomoc w podsumowaniu tych rozważań wydaje się przyjść specjalista-praktyk Temple Grandin, która moment w historii autyzmu porównuje do sprzątnia w szafie. Każdy początek porządku oznacza w pierwszym jego etapie większy bałagan, niż przed rozpoczęciem prac. „W pewnym sensie nasza wiedza na temat autyzmu niepozornie wzrosła od lat czterdziestych, ale pod innymi względami tak samo trudno nam się w tym wszystkim zorientować, jak kiedyś” [2, 32]. Niezmienny pozostaje fakt, iż stale mamy do czynienia z ludźmi – jednostkami, w przypadku których każda myśli inaczej. „Dzieci mogą mieć autyzm, zespół Aspergera, dysleksję, zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD) lub inne schorzenie, wskutek którego ich zdolności nie rozwijają się równomiernie, co znaczy, że dzieci te w czymś są dobre, a z czymś sobie nie radzą” [4, 39]. Ale czy to właśnie nie jest ludzkie? Najistotniejsze w robieniu porządku

w historii autyzmu, jest ciągła świadomość, że nadrzędną wartością w każdym naszym działaniu i próbie doskonalenia systemu pozostaje człowiek. Czasem trzeba przestać ciągnąć kogoś na siłę do swojego świata i zamiast tego zająrzeć do jego własnej, unikalnej kuli ziemskiej. Ta niebieska planeta autyzmu może być równie piękna, a z pewnością jest unikatowa. O to, co rzadkie i unikatowe należy dbać ze szczególną pieczołowitością. Za to zadanie jest odpowiedzialne całe społeczeństwo.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BOBKOWICZ-LEWARTOWSKA L., *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Impuls, Kraków 2007.
- [2] GRANDIN T., PANEK R., *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*, Copernicus Center Press, Kraków 2016.
- [3] OLECHNOWICZ H., WIKTOROWICZ R., *Dziecko z autyzmem. Wyzwalanie potencjału rozwojowego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- [4] GRANDIN T., *Autyzm i problemy natury sensorycznej*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2017.
- [5] PIETRAS T., WITUSIK A., GAŁECKI P., *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, Continuo, Wrocław 2010.
- [6] PROKOPIAK A., *Uczeń z autyzmem*, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin 2017.
- [7] WASILEWSKA J., JAROCKA-CYRTA E., KACZMARSKI M., *Patogeneza zaburzeń przewodu pokarmowego u dzieci z autyzmem*, Pol. Merk. Lek. – XXVII, 2009.
- [8] TARNOWSKA K., LANGE E., GRUCZYŃSKA E., KOWALSKA D., KOZŁOWSKA M., *Wartość odżywcza diety dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Badania wstępne*, Bromat. Chem. Toksykol. – XLIX, Warszawa 2016.
- [9] SADOWSKA J., CIEREBIEJ M., *Ocena sposobu żywienia i stanu odżywiania dzieci z autyzmem. Badania wstępne*, *Pediatrics Współczesna. Gastroenterologia. Hepatologia i Żywienie Dziecka*, 2011.
- [10] WILDE K., *Logistyka autyzmu*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2016.
- [11] ANUSZKIEWICZ M., BRZAZGOŃ-DZIEĆCIOŁ K., *NiepelnospRAWność pokarmowa. Jak dietą eliminacyjną wspierać leczenie schodzeń alergicznych, psychicznych, neurologicznych?*, Dolnośląski Instytut Doradczy DID, Wrocław 2009.

- [12] HOZYSZ K., GRYLICKA H., ŻÓŁKOWSKA J., *Dieta bezglutenowa a leczenie zaburzeń ze spektrum autyzmu – skrótowy przegląd piśmiennictwa*, Przegląd Gastroenterologiczny, Warszawa 2010.
- [13] SZACHTA P. FRANK M., GAŁECKA M., IGNYŚ I., *Zaburzenia przewodu pokarmowego i terapia żywieniowa u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu – aktualny stan wiedzy*, *Pediatr. Pol.*, Poznań 2014, [w:] <http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2014.01.007> (7.04.2018).
- [14] KESSICK R., *Autyzm i dieta. O czym warto wiedzieć*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2010.
- [15] McCANDLESS J., *Dzieci z głodującymi mózganami. Przewodnik terapii medycznych dla chorób spektrum autyzmu*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2007.
- [16] KOLEVZON A., *Farmakologiczne leczenie zaburzeń uwagi i nadpobudliwości ruchowej w autyzmie*, *Psychiatria po Dyplomie*, Tom 6, nr 3, Warszawa 2009.
- [17] BOBIŃSKA K., GAŁECKI P., FLORKOWSKI A., *Leczenie farmakologiczne autyzmu*, [w:] *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, red. T. Pietras, A. Witusik, P. Gałeczki, Continuo, Wrocław 2010.
- [18] <https://www.mp.pl> (7.04.2018).

ANITA RYBARCZYK

ROZWÓJ I PSYCHOLOGICZNA SYTUACJA SŁYSZĄCYCH DZIECI NIESŁYSZĄCYCH RODZICÓW

Streszczenie

Głuchota to rodzaj niepełnosprawności, która utrudnia aktywność i wypełnianie ról społecznych z uwagi na trudności w porozumiewaniu się. W podejściu do ludzi niesłyszących ciągle panują niechęć i stereotypy, dotyczące także ich dzieci. Głuchota należy do tych cech, która w negatywny sposób odróżnia osoby z tym rodzajem uszkodzenia od ludzi słyszących. W niniejszym artykule przedstawiona została specyficzna sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci głuchych rodziców. Dzieci te określa się mianem CODA. Funkcjonują na pograniczu dwóch światów, bo wychowane zostały w środowisku komunikacji wizualnej – ich pierwszym językiem jest często język migowy – co przyczynia się do tego, że w swoim życiu napotykają trudności związane z normami społecznymi i kulturowymi świata słyszących, które różnią się od norm występujących w społeczności Głuchych. Życie w dwóch „światach”, identyfikowanie się ze wspólnotą osób głuchych, jak też i słyszących może doprowadzić do poczucia zagubienia czy rozchwiania tożsamościowego. W pracy omówione zostały różne sposoby rozumienia głuchoty, co w dużym stopniu rzutuje na nasz stosunek do osób głuchych i ich dzieci, a także postrzeganie siebie i swojego świata przez osoby głuche i CODA. Przedstawione zostały również relacje w rodzinie, w której nie wszyscy słyszą oraz możliwe przyczyny i konsekwencje zaburzeń tychże relacji – np. przejmowanie roli opiekuna własnych rodziców przez słyszące dziecko.

Słowa kluczowe

CODA, dzieci słyszące, rodzice niesłyszący, głuchota, rodzina, relacje

Abstract

Deafness is one of the disability, which makes general activities and acting as a social member much harder due to limited ability in communication. In approach to deaf people there is still aversion and stereotypes, what affects also deaf people children. Deafness has its specific features, with negative differences between people with this disorder and normal hearing people. In this article specific social and family situation of deaf people children was described. Children, which have deaf parents but are not affected by deafness. Those children are called CODA. They live on the borderline between two environments. Because were raised in visual communication environment – first language for them is very often sign language – what affects their further interaction with social and cultural rules of normal hearing people world,

which are much different than deaf world rules. Living in “two worlds”, identification with both deaf and standard people community, may lead to identity issues or detached feeling. In this paper few methods of understanding deafness were described. Methods, which determines our attitude to deaf people and their children as well as our world perception by deaf people and CODA. Family relations, where not all members hear, are also shown. Those relations are very often disordered what has direct implications – ex. normal hearing children evolve into guardian position for they own parents.

Keywords

CODA, hearing children, deaf parents, deafness, family, relations

Pojęcie głuchoty – model medyczny i kulturowy

„Sytuacja słyszących dzieci głuchych rodziców różni się od sytuacji pozostałych dzieci rodziców niepełnosprawnych, ponieważ głuchota może być definiowana przez pryzmat niepełnosprawności, ale także jako pewna odmienność językowa i kulturowa” [1, 38]. To jakie postawy będą przyjmowane wobec głuchych, a w konsekwencji również to jak osoby niesłyszące będą postrzegać siebie i swoje otoczenie, zależy od tego jak będzie głuchota definiowana. Polskie prawo określa i traktuje głuchych jako osoby niepełnosprawne, co znacznie utrudnia im normalne funkcjonowanie w świecie „słyszących”. Na szczególną uwagę zasługują dwie konkurujące perspektywy postrzeganie niesłyszących. Jedna kreuje jej negatywny i fałszywy obraz, druga prawdziwy i pozytywny. Pierwsza ma charakter medyczny, druga kulturowy.

Zgodnie z modelem medycznym głusi to osoby niepełnosprawne, wymagające leczenia (usprawienie słuchu i mowy) i rehabilitacji (z wykorzystywaniem oralnych sposobów komunikacji) [2, 43-47]. Brak możliwości opanowania przez głuchych naturalnego dla wszystkich i jedyne prawdziwego, warunkującego rozwój poznawczy języka fonicznego jest ich największym ograniczeniem [3, 17]. Zakładając, że osoby głuche będą patrzeć na siebie i swój ubytek słuchu z perspektywy medycznej, z pewnością będą zaliczać się do osób niepełnosprawnych, małowartościowych i ułomnych. Skupianie się wyłącznie na deficytach związanych

z głuchotą może rzutować na samoocenę głuchych rodziców. „Jeżeli głusi rodzice czują się gorsi, może to rzutować na jakość ich relacji z dzieckiem i wpływać na rozwój psychospołeczny dziecka. Ci rodzice, którzy nie radzą sobie z wychowywaniem własnych dzieci, zazwyczaj przez całe życie zmagali się z poczuciem wstydu, że nie są w stanie przełamać barier komunikacyjnych, a na wyzwania i problemy reagują w sposób bierny bądź ze złością” [1, 39].

W modelu drugim kulturowym głuchota postrzegana jest jako cecha, a nie wada [4, 76]. Cecha, która decyduje o przynależności do grupy wysuwając na pierwszy plan inne aspekty bycia głuchym – wytworzenie języka migowego. Społeczność osób głuchych kulturowo posiada własną organizację (struktury i hierarchię), historię (przełomowe wydarzenia, bohaterów), normy i wartości (egalitaryzm, kolektywizm, głuchota, antyoralizm), wzory zachowań (utrzymanie kontaktu wzrokowego, rytuał powitania i pożegnania, nadawanie imion znaków) [2, 65-80]. Grupa ta uznając siebie za mniejszość językową odcina się od poczucia bycia niepełnosprawnym.

Środowisko osób z wadami słuchu jest bardzo różnorodne, czego przyczyną jest zróżnicowanie czynników, które wpływają na powstawanie wad słuchu. Według B. Szczepankowskiego są to m.in.:

- wiek w jakim powstała utrata słuchu – głuchota prelingwalna i postlingwalna;
- rodzaj i stopień ubytku słuchu;
- korzystanie z aparatów słuchowych;
- czynniki środowiskowe okresu dzieciństwa i wieku szkolnego;
- podstawowy sposób porozumiewania się z otoczeniem – werbalny czy pozawerbalny;
- umiejętność wykorzystywania posiadanych resztek słuchu;
- obecne warunki rodzinne;
- indywidualne cechy osobowości – poziom intelektualny, możliwości i motywacje do integracji z osobami niesłyszącymi [5, 59].

W związku z tak dużą niejednorodnością tego środowiska, zaistniała potrzeba rozróżnienia terminu „Głuchy” i „głuchy”. W latach 60-tych XX wieku Głusi zostali uznani za odrębną grupę – mniejszość językową i kulturową. Dla podkreślenia odmienności „Głuchy” pisane jest wielką literą (podobnie jak przy określeniu narodowości), ludzie określający się tym mianem preferują porozumiewanie się za pomocą języka migowego. Pojęcie „głuchy” (pisane z małej litery) stanowi odniesienie do aspektu medycznego i określa osobę, która nie identyfikuje się z kulturą społeczności Głuchych [6].

CODA/KODA

Omawiając sytuację słyszących dzieci niesłyszących rodziców nie można pominąć terminu CODA. Children Of Deaf Adults – słyszące dzieci głuchych rodziców czyli CODA – skrótowiec wymyślony przez Millie Brother, założycielkę CODA International działającej na terenie Stanów Zjednoczonych i Kanady. Polskim odpowiednikiem jest „CODA Polska. Słyszące Dzieci – Niesłyszący Rodzice”[7, 297]. Organizacje te wspierają osoby, które chcą się wymienić swoimi doświadczeniami lub odnaleźć zrozumienie wśród ludzi im podobnym. Małgorzata Czajkowska-Kisil wyodrębnia bardziej szczegółowe pojęcia dotyczące CODA:

- KODA (Kids of Deaf Adults) – dotyczy dzieci i młodzieży do 17 roku życia;
- OCODA (Only Child of Deaf Adults) – dotyczy dzieci niesłyszących rodziców nie posiadające rodzeństwa;
- OHCODA (Only Hearing Child of Deaf Adults) – dotyczy ludzi, którzy mają głuchych rodziców i rodzeństwo;
- SODA (Spouse or Sibling of Deaf Adults) – określenie osoby żyjącej z głuchym małżonkiem lub mającej głuche rodzeństwo;
- GODA (Granchild of Deaf Adults) – dotyczy wnuka głuchych dziadków [6].

Różnorodność pojęć świadczy o tym jak złożone jest to zjawisko, ile osób może dotyczyć problem życia w dwóch różnych światach, życia na pograniczu ciszy i dźwięku.

W środowisku Głuchych istnieje jeszcze jeden podział:

- CODA pozytywnego, czyli osobę, która identyfikuje się tożsamościowo ze światem, zatem i Kulturą Głuchych;
- CODA negatywnego, czyli osobę, która identyfikuje się ze światem słyszących oraz przejawia postawę paternalizmu wobec Głuchych [8, 8].

Powyższy podział wskazuje istnienie negatywnego odbioru osób z dysfunkcją zmysłu słuchu. Głusi uważani są za gorszych, postrzegani przez pryzmat stereotypów, traktowani są z dystansem i niskim poziomem empatii.

KODA pozostając fizycznie słyszącymi i będąc w stanie opanować język foniczny, w pierwszych latach swojego życia opanowują język migowy lub inny wizualny sposób komunikowania się z rodzicami. To daje im możliwość bycia pośrednikami między niesłyszącymi rodzicami a słyszącą resztą świata. Funkcjonują w świecie głuchych rodziców, w świecie z ludźmi słyszącymi, ale także są łącznikami tych dwóch światów. Bartnikowska określa sytuację słyszących dzieci niesłyszących rodziców jako przenikanie. „Model przenikania pokazuje, że w tym co własne odnajdujemy to, co obce i odwrotnie – w tym, co obce odnajdujemy to, co własne. Słyszące dzieci niesłyszących rodziców są nośnikami jednego i drugiego [2, 488]. CODA doświadcza wszystkie aspekty bycia Głuchym, za wyjątkiem „fizycznego” – bo słyszy. Krytyczny stosunek słyszących do głuchych przenoszony jest również na ich dzieci, a więc na KODA, i w konsekwencji na CODA. Sytuacja KODA zależy bezpośrednio od sytuacji ich rodziców. Tak więc, dyskryminacja głuchych wpływa bezpośrednio na ograniczenie ich szans.

Relacje w rodzinie KODA

Statystyki pokazują, że ponad 90% głuchych rodziców ma słyszące dzieci. Według Bartnikowskiej występowanie głuchoty ma charakter mozaikowy, bo „...zdecydowana większość dzieci głuchych rodzi się (...) rodzicom słyszącym, natomiast większość ludzi niesłyszących ma słyszące potomstwo [2, 86]. Zatem problem KODA dotyczy większości rodzin głuchoniemych. Specyficzna sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci głuchych rodziców podkreśla i jeszcze bardziej charakteryzuje ich jako CODA.

W celu lepszego zrozumienia relacji jakie mogą zachodzić w rodzinach CODA, warto przybliżyć definicję terminu „rodzina”. Zgodnie z Rembowskiem, rodzina jest grupą oddziałujących na siebie, wzajemnie zależnych i współżyjących ze sobą osób [9, 28]. To „...system (...), w którym każda osoba ma własną indywidualność, a jednocześnie nosi w sobie ślady całego systemu” [10, 42]. W bezpośrednim odniesieniu do środowiska niesłyszących, G. Guinia wskazuje rodzinę jako środowisko gdzie zdobywamy pierwsze i najsilniejsze doświadczenia, które mają wpływ na całe nasze życie. Zaznacza, że:

- rodzina jest dla dziecka pierwszym i naturalnym środowiskiem wychowawczym. Pełni funkcje opiekuńcze nad dzieckiem od jego urodzenia, aż do uzyskania przez nie samodzielności. W rodzinie dziecko odnajduje poczucie przynależności, bezpieczeństwa, miłości i wsparcia.
- w rodzinie, w której rodzice lub rodzic są głusi, zaspokojenie tych potrzeb jest trudniejsze, m.in. ze względu na utrudnioną komunikację. [11, 103]

Jako „relacje” określa się kompleks działań, które powodują „na poziomie zachowań – serię interakcji osób, które nazywa się partnerami interakcji” [12, 132]. Budowanie właściwych relacji w rodzinie opiera się na wzajemnym szacunku i zrozumieniu, a w strukturze rodziny w której nie wszyscy słyszą konieczna jest dobra i wyjątkowa komunikacja. John Adria twierdzi, że komunikacja przyczynia się do tworzenia relacji [13, 10]. Im częściej z kimś rozmawiamy, tym większe nawiązujemy z tą osobą relacje. Sposób porozumiewania się dzielimy na:

- werbalny – porozumiewanie się za pomocą języka, czyli prowadzenie rozmowy;
- niewerbalny – realizowany za pomocą pozasłownych znaków płynących z tzw. „mowy ciała”, ponieważ „są nieodłącznym elementem wypowiedzi zarówno w języku naturalnym (dźwiękowym), jak i w języku migowym [5, 121].

Warto także przytoczyć tzw. teorię Mehrabiana, zgodnie, z którą w komunikacji werbalnej słowa stanowią tylko 7% całej informacji (38% sygnały głosowe, a aż 55% inne sygnały niewer-

balne), którą przekazujemy nawiązując komunikację. Teoria dotyczy głównie komunikacji postaw i uczuć, czyli sytuacji, w której mówi się o swoich emocjach, odczuciach, przekonaniach i postawach [14]. Pogląd ten wydaje się bardzo sprzyjający w nawiązaniu relacji i komunikacji w rodzinach CODA, dając nadzieję na budowanie przykładowych i głębokich więzi. Język naturalnych gestów i wyuczonych znaków języka migowego jest najważniejszym sposobem komunikacji niesłyszących.

Relacje w nietypowej rodzinie CODA zależne są od wielu czynników. Bardzo ważne jest wzajemne rozumienie się rodziców i dzieci, które dzięki wartościom ukazywanym i urzeczywistnianym w procesie ich wychowania może w sprzyjających okolicznościach prowadzić do swoistej wspólnoty rodzinnej. Różnorodność działań rodziców głuchych, poczynając od tych związanych ze wspomaganiami rozwoju dziecka, poprzez rozwijanie jego samodzielności w codziennym życiu, powinna prowadzić do ich przygotowania do życia społecznego zarówno w świecie słyszących, jak i głuchych. Koniecznym jednak warunkiem do zachowania osobistego szczęścia i pełnego rozwoju dziecka słyszącego, jest zachowanie równowagi, np. w korzystaniu z pomocy dziecka w roli tłumacza przez jego niesłyszących rodziców [15, 324-325]. Niestety w wielu rodzinach o mieszanym statusie słyszenia słyszące dzieci w naturalny sposób stawiane są w sytuacji odwrócenia ról, ponieważ muszą pomagać rodzicom jako tłumacze. W rolę tłumacza, dzieci CODA wchodzi bezwiednie i bardzo wcześnie, często już w wieku 3-4 lat. Na początku uczą się sygnalizować niesłyszącym rodzicom dźwięki (np. dzwonek do drzwi, szczekanie psa, gwizdek czajnika), następnie zaczynają tłumaczyć rozmowy telefoniczne, programy telewizyjne czy rozmowy z sąsiadami. Z czasem zakres obowiązków dzieci poszerza się o służbę zdrowia, sklepy i urzędy [6]. O. Bończyk, którą wychowywali niesłyszący rodzice mówi: „To sytuacja bardzo trudna i zawsze ciąży na rodzinie. Zamienia się bowiem w pewnym stopniu rola opiekuna. (...) Uczestniczyłam w świecie, który nie dotyczy dziecka: niewiele rozumiałam z tego o czym mówili dorośli” [16].

Wielofunkcyjność tłumacza, z odwróceniem ról jako głównym obciążeniem, wpływa bardzo niekorzystnie na rozwój i przyszłość dziecka z wielu powodów:

- naraża dziecko na nieodpowiednie dla jego wieku i statusu sytuacje;
- obciąża dziecko nadmierną odpowiedzialnością;
- bezustannie uświadamia dziecku jego własne ograniczenia;
- stawia dziecko w roli filtra/ochraniacza – odpowiedzialność za dobre samopoczucie rodziców i ich poprawne relacje z otoczeniem [6].

Sytuacja przypisania dziecku roli rodzica może również w przyszłości prowadzić do trudności w odseparowaniu się od rodziców lub do przyjmowania roli opiekuna w kontakcie z innymi osobami i zaspokajania ich potrzeb emocjonalnych, a pomijania własnych. Dla dzieci „dorosłych od zawsze” odejście z domu stanie się niemożliwe, bo w tej relacji to one są „rodzicami”, a ich „dzieci” nie mają szans na usamodzielnienie się.

Powagę problemu wskazywać może treść Apelu CODA, który znajduje się na stronach Stowarzyszenia CODA Polska, Słyszące Dzieci – niesłyszący Rodzice. „Zwracamy się do Was, drodzy głusi rodzice słyszących dzieci (...). Wasze dziecko może czuć się zmuszane do pomocy, a poczucie przymusu tłumaczenia może wywołać w dziecku niechęć do języka, który musi tłumaczyć, do środowiska ludzi, którym musi tłumaczyć. w rezultacie, gdy Wasze dziecko dorośnie może nie chcieć kontaktów z Waszym środowiskiem. Czy tego właśnie chcecie? Dlatego teraz z tego miejsca APELUJEMY do Was, głusi rodzice słyszących dzieci: uczcie Wasze słyszące dzieci języka migowego, ale nie zmuszajcie aby Wam tłumaczyły” [17].

Głusi rodzice zwykle starają się spełniać swoje obowiązki jak najlepiej. Mogą jednak nie dostrzegać potrzeb swojego słyszącego dziecka z powodu swojej dysfunkcji słuchowej, ograniczeń poznawczych czy odmiennych doświadczeń życiowych. Pozostając w swoim zamkniętym świecie nie mają dostępu do świata dźwięków. „Najczęściej tacy rodzice są gorzej wykształceni, na co dzień

niewiele czytają, a ich wiedza na temat dzisiejszego świata, kultury, polityki jest minimalna. W TV tłumaczeń migowych jest tak niewiele, że wiele spraw i tematów życia codziennego ich omija. Jeżeli rodzice są wykształceni, światli, ocytani, inteligentni – to dziecko automatycznie chłonie wszystko to, co daje im rodzic” [16].

Z badań Bartnikowskiej wynika, że konieczność występowania dzieci KODA w powyżej opisanych rolach miała korzystny wpływ i wykształciła w nich cechy zaradności, niezależności i poczucia odpowiedzialności. Dla innych sytuacja utraconego dzieciństwa była trudna emocjonalnie nawet w ich dorosłym życiu [2, 207-224]. Bycie CODA jest związane za każdym razem z indywidualną sytuacją życiową, w której niektórzy mogą czuć się szczęśliwi i spełnieni a inni CODA nie. Długoletnie kształtowanie się komunikacji między niesłyszącymi rodzicami z ich słyszącymi dziećmi owocuje partnerskimi relacjami między nimi, rozumieniem swoich potrzeb i pomaganiem sobie, a nie wykorzystywaniem dzieci do załatwiania swoich spraw. Tworzenie i podtrzymywanie więzi emocjonalnej drogą migową, wpływa na zaspokojenie potrzeby miłości w domu rodzinnym CODA, oraz na aktywny sposób radzenia sobie z rzeczywistością.

Dwujęzyczność i dwukulturowość KODA

Najważniejszym sposobem komunikacji osób niesłyszących stał się język naturalnych gestów i wyuczonych znaków języka migowego. B. Szczepankowski określa język migowy jako „...zespół środków stosowanych przez osoby niesłyszące w porozumiewaniu się pomiędzy sobą i z osobami słyszącymi, obejmujący właściwe danym środowiskom słownictwo – zbiór społecznie wytworzonych i obowiązujących znaków migowych oraz reguły określające ich użycie” [5, 117]. Znaczna część dzieci KODA również przyswaja sobie język znaków (równocześnie z językiem mówionym). Dzieje się tak głównie na podstawie naśladownictwa. Jak naturalnym procesem jest nauka języka migowego przez KODA ukazuje A. Górską w swojej powieści „Okrażanie ciszy”: „W jaki sposób Kazurek nauczył się języka migowego, naprawdę nie wiadomo. (...) Wypowiadanie pierwszych słów i jednoczesne posługiwanie

się gestem wydawało mu się tak oczywiste, że w ogóle nie warto było zastanawiać się nad tym. (...) Jednych i drugich rozumiał, więc w sposób naturalny naśladował każdego, z kim właśnie przebywał” [18, 27].

Znajomość i alternatywne używanie w różnym stopniu dwóch języków może spowodować u KODA zatracenie identyfikacyjne, gdyż funkcjonują jako słyszący, ale rozwijają się w środowisku osób głuchych. F. Grosjean zajmując się problemem bilingwizmu, stwierdził, że dzieci głuche mają prawo do wychowania w dwóch językach, ponieważ dzięki nim mogą:

- porozumiewać się z członkami rodziny;
- rozwijać zdolności poznawcze;
- zdobywać wiedzę o świecie;
- komunikować się z otaczającym światem;
- przygotować się do życia w światach obu społeczności.

Te same prawa do pełnej komunikacji poprzez język migowy i język ustny powinny mieć dzieci słyszące rodziców głuchych. [19].

Sytuacja słyszących dzieci rodziców z wadą słuchu porównywana jest do sytuacji dzieci emigrantów, które w domu komunikują się w języku ojczystym, a poza domem w języku kraju, w którym żyją. Odmiennosc języka migowego, którym posługują się KODA sprawia, że pierwsze lata życia spędzają w środowisku odmiennym kulturowo, co z kolei może powodować typowe trudności wszystkich dzieci dwujęzycznych i dwukulturowych. Nasilają się one w momencie pójścia do szkoły. Oprócz dostosowania się do wymagań szkolnych muszą zaadaptować się do norm innej kultury, a nierzadko zmierzyć się z dyskryminacją ze strony rówieśników. Dzieci KODA to w istocie dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, podobnie jak inne dzieci dwukulturowe i dwujęzyczne, jednak do tej pory nie zostały za takie uznane i nie otrzymują odpowiedniego wsparcia informacyjnego, psychologicznego czy ze strony specjalistycznych placówek [20].

Zdaniem M. Kamińskiej egzystowanie w warunkach dwujęzyczności i dwukulturowości, to bez wątpienia unikalne, ale i pozytywne doświadczenie, które może doprowadzić do powstania

dwukulturowej tożsamości oraz uczynić je otwartymi i tolerancyjnymi na innych [1, 42]. Jednak dzieci te powinny mieć zapewnione szczególne warunki kształcenia sprawności językowej [21, 196].

Podsumowanie

Wpływ sytuacji rodzinnej na dzieci słyszzące z rodzin głuchych jest różnorodny, zależny od wielu czynników ale przede wszystkim od relacji jakie panują między słyszącymi dziećmi, a ich niesłyszącymi rodzicami. Sytuacja ta może być przyczyną problemów przystosowawczych dzieci, słabej umiejętności nawiązywania relacji społecznych, a także zaburzeń więzi rodzinnych. KODA mogą odczuwać brak wiary we własne siły, miłości i poczucia bezpieczeństwa ze strony rodziców. Jednak problem ten nie dotyczy wszystkich rodzin głuchych. Badania naukowe dowodzą, że dzieci niesłyszących rodziców niekoniecznie borykają się z problemami emocjonalnymi, społecznymi i edukacyjnymi, a wręcz przeciwnie potrafią wykazywać się niezwykłą zaradnością, samodzielnością i odpowiedzialnością, są również wrażliwe na bodźce niewerbalne i potrzeby innych [2].

Dziecko słyszzące rodziców głuchych, tak jak bohater powieści „Okrażanie ciszy” A. Górskiej, pomimo iż zawsze pozostanie na „milczącym brzegu”, powinno być zanurzone w „oceanie słów”, tak aby nie naruszać jego harmonijnego rozwoju. Rodzice CODA potrzebują wsparcia ze strony słyszących, które powinno być w dużej mierze wsparciem informacyjnym.

BIBLIOGRAFIA

- [1] KAMIŃSKA M., *Moi rodzice nie słyszą, a ja... Słyszące dzieci głuchych rodziców*, [w:] red. E. Pisula, D. Danielewicz, *Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością*, WSiP, Gdańsk 2007.
- [2] BARTNIKOWSKA U., *Sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci niesłyszących rodziców*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2010.
- [3] TOMASZEWSKI P., *Funkcjonowanie poznawcze i językowe u dzieci głuchych*, [w:] red. M. Sak, *Edukacja głuchych*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Edukacja%20gluchych.pdf> (20.03.2018).

- [4] SAK M., *Kształcenie głuchych w szkołach masowych i w klasach mieszanych z innymi niepełnosprawnościami*, [w:] red. M. Sak, *Edukacja głuchych*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Edukacja%20gluchych.pdf> (20.03.2018).
- [5] SZCZEPANKOWSKI B., *Niesłyszący, głusi, głuchoniemi. Wyrównywanie szans*, WSiP, Warszawa 1999.
- [6] CZAJKOWSKA-KISIL M., LASKOWSKA-KLIMCZESKA A., *CODA: inność nierozpoznana*, [w:] *Sytuacja osób głuchych w Polsce. Raport zespołu ds. g/Głuchych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Raport_Sytuacja_osob_poz%203_srodki_2%20XII.pdf (15.03.2018).
- [7] SLEEBOOM-VAN RAAIJ I., *Wpływ głuchoty na członków rodziny*, [w:] red., J. Kobosko, *Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu „Usłyszeć Świat”, Warszawa 2009.
- [8] *Nauczmy się rozumieć nawzajem. Poradnik dla słyszących, niedosłyszących i głuchych*, Polski Związek Głuchych Zarząd Główny, [w:] http://www.pwsz.krosno.pl/gfx/pwszkrosno/pl/defaultaktualnosci/1016/31/1/poradnik_pzg.pdf (05.04.2018).
- [9] REMBOWSKI J., *Rodzina w świetle psychologii*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1978.
- [10] BRADSHAW J., *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1994.
- [11] GUNIA G., *Pomoc i poradnictwo rodzinie dziecka z wadą słuchu*, [w:] red. S. Mihilewicz, *Dziecko z trudnościami w rozwoju*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2005.
- [12] TYSZKOWA M., *Jednostka a rodzina: interakcje, stosunki i rozwój*, [w:] red. M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa, *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1996.
- [13] ADAIR J., *Anatomia biznesu komunikacja*, Wydawnictwo Studio EMKA, Warszawa 2000.
- [14] Hasło: *Wzór Alberta Mehrabiana*, [w:] https://pl.wikipedia.org/wiki/Albert_Mehrabian (04.04.2018).
- [15] JAGOSZEWKA I., *Relacje w rodzinie CODA*, „Wychowanie w rodzinie”, XI (1/2015).
- [16] BONCZYK O., *Cisza bardzo boli*, 2015, [w:] <http://www.gazeta-wroclawska.pl/artukul/234590,olga-bonczyk-cisza-bardzo-boli,id,t.html> (04.04.2018).

- [17] *Apel CODA*, [w:] <http://www.codapolska.org/apel-coda/> (04.04.2018).
- [18] GÓRSKA A., *Okrążanie ciszy*, Jacek Santorski & Co, Warszawa 2004.
- [19] PLUTECKA K., *Drogi edukacyjne dzieci słyszących*, [w:] <http://www.codapolska.org/wp-content/uploads/2012/09/drogi-edukacyjne-CODA.pdf> (02.04.2018), [cyt. za:] F. Grosjean, La personne bilingue et biculturelle dans le monde des entendants et des sourds, „Nouvelles pratiques sociales”, 1993, nr 6 (1).
- [20] BODNAR A., *O sytuacji CODA – słyszących dzieci niesłyszących rodziców i prawach osób głuchych*, [w:] <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/adam-bodnar-o-prawach-osob-gluchych-i-sytuacji-coda-slyszacych-dzieci-nieslyszacych-rodzicow> (04.04.2018).
- [21] BOUVET D., *Mowa dziecka. Wychowanie dwujęzyczne dziecka*, WSiP, Warszawa 1998.

IWONA FIOŁKA

UCZEŃ Z DYSFUNKCJĄ WZROKU I SŁUCHU W SZKOLE OGÓLNODOSTĘPNEJ

Streszczenie

W artykule podjęto problematykę integracji edukacyjnej ucznia z dysfunkcją wzroku oraz słuchu w szkołach ogólnodostępnych. Najpierw ukazana została charakterystyka ucznia z uszkodzonym wzrokiem i słuchem, a następnie poruszono sposób oceniania takiego ucznia, trudności jaki pojawiają się u niego w nauce. Zwrócono również uwagę na dostosowanie szkół ogólnodostępnych do potrzeb uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Słowa kluczowe

dysfunkcja wzroku, dysfunkcja słuchu, integracja, szkoła

Abstract

The article presents the problem of children integration with sight and hearing dysfunction in the state schools. Characteristic of pupil who has mutilated eyesight and hear was introduced, then the problem of evaluating such student was showed as well as its difficulties with learning. The attention was also drawn to the problem of personalization state schools to the requests of children with special educational needs.

Keywords

vision dysfunction, hearing dysfunction, integration, school

Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie sytuacji uczniów z dysfunkcją wzroku oraz słuchu w szkole ogólnodostępnej. Przedstawiony zostanie również sposób realizacji zajęć, trudności wynikające z niepełnosprawności oraz sposób oceniania. Nauczyciele pracujący w szkołach masowych coraz częściej napotykają na swojej drodze uczniów z różnymi niepełnosprawnościami, a wśród nich uczniów z dysfunkcją słuchu, czy też wzroku. Taka sytuacja jest dla nauczycieli ogromnym wyzwaniem. Od nauczyciela wymaga się specjalistycznego wsparcia takiego ucznia. Zaś zaletą dla ucznia niepełnosprawnego i jego rodziców jest możliwość uczęszczania do szkoły, która znajduje się blisko jego domu

oraz poznanie norm i zasad, które obowiązują w społeczeństwie [1, 116]. Osoby, które pracują z uczniami słabosłyszącymi, czy też słabowidzącymi w szkole masowej powinny organizować zajęcia dla uczniów pełnosprawnych i niepełnosprawnych w taki sposób, aby realizować te same treści poprzez dostosowanie metod do możliwości tych uczniów. U dzieci z wadą słuchu, często występuje opóźnienie mowy i trudności poznawcze, powodujące obniżenie poziomu intelektualnego [2, 9]. Bardzo ważna jest także adaptacja szkoły pod kątem potrzeb ucznia z dysfunkcją wzroku, czy też słuchu. Rozpoczęcie przygotowań powinno zacząć się przed przybyciem ucznia do szkoły i powinno być stale modyfikowane [1, 117]. Edukacja powinna integrować w poszczególne zdobywane informacje i dziedziny wiedzy w celu uzyskania scalonego obrazu świata. Aby tak się stało rodzice uczniów niepełnosprawnych i nauczyciele muszą się wspólnie zaangażować. Treść programu oraz proces wychowawczy muszą być odpowiednio dobrane. Uczniowie z wadą wzroku są w stanie zrealizować standardy podstawy programowej, jednak należy zwrócić uwagę na to, iż proces kształcenia wymaga odpowiedniego dostosowania warunków kształcenia do możliwości percepcyjnych i tempa uczenia się takiego ucznia. W praktyce oznacza to, wydłużenie czasu na wykonanie określonego zadania, na zapewnieniu takiemu dziecku odpowiednich metod i form pracy oraz dostarczeniu odpowiednich pomocy dydaktycznych. W przypadku uczniów z wadą słuchu nauczyciel powinien dążyć do realizacji możliwie pełnego zakresu treści. Zaś nowelizacja podstawy programowej powinna dotyczyć formy językowej treści, aby były one łatwiejsze do opanowania przez ucznia. Priorytetem najbliższego otoczenia dziecka z wadą słuchu i wzroku jest wspomaganie wszechstronnego oraz harmonijnego rozwoju w procesie nabywania wiedzy siebie samym oraz uświadomienie mu miejsca we współczesnym świecie [3, 29-30].

Charakterystyka ucznia z dysfunkcją wzroku i słuchu

W życiu każdego człowieka ważną rolę odgrywają zmysły. W wyniku nieprawidłowego funkcjonowania analizatora wzroku, czy też słuchu pojawiają się problemy w obszarze funkcjonowania społecznego, emocjonalnego oraz poznawczego. Dysfunkcja

wzroku lub słuchu może być spowodowana przez różne choroby lub przez uszkodzenie narządu. Wśród uczniów z uszkodzonym wzrokiem wyróżniamy trzy podstawowe grupy: dzieci całkowicie niewidome, dzieci z resztkami wzroku i słabo widzące. Do grupy niewidomych zalicza się osoby, które zupełnie nie widzą. Jest to najbardziej jednolita grupa, która brak bodźców wzrokowych wyrównuje sobie przez słuch i dotyk. Do tej grupy zalicza się również uczniów z poczuciem światła, czyli osoby, które są w stanie odróżnić światło od ciemności, ale nie potrafią odróżnić barw, czy też kształtu. Mają one poczucie światła, lecz nie można mówić że widzą. Kolejną grupą są dzieci z resztkami wzroku – szczątkowo widzące zarysy przedmiotów, czasami potrafią one różnicować niektóre barwy. Ostrość oraz pole widzenia mieszczą się granicach ślepoty – ostrość wzroku od 0,05 i pole widzenia zwężone do 20 stopni. W poznawaniu otoczenia najczęściej dominuje dotyk oraz inne zmysły uzupełniane tylko wrażeniami wzrokowymi. Zaś do grupy osób słabowidzących zaliczane są osoby, u których wzrok pomimo uszkodzenia pełni nadal dominującą rolę w poznawaniu świata. Ostrość wzroku mieści się w przedziale od 0,006 do 0,25 normalnej ostrości. Dzięki zastosowaniu pomocy optycznych, osoby te normalnie funkcjonują. Ważny jest również czas uszkodzenia zmysłu wzroku. Trzeba wiedzieć czy mamy do czynienia z osobą niewidomą od urodzenia, czy z osobą, która utraciła wzrok w późniejszym czasie [4, 15-16]. Z powyższego podziału uszkodzeń narządu wzroku może wynikać wiele różnych problemów, które należy uwzględnić w działalności edukacyjnej. Jednym z problemów jest odbiór informacji o grożącym niebezpieczeństwie poprzez brak możliwości weryfikacji wzrokowej otoczenia. Dlatego często pojawia się u takich dzieci niechęć do ruchu oraz lęk. Uszkodzenie narządu wzroku ma również konsekwencje orientacyjno-poznawcze, powodujące ograniczenie odbioru informacji o świecie. U tych osób występuje zjawisko kompensacji, które polega na zastępowaniu funkcji uszkodzonego analizatora poprzez współdziałanie innych [5, 182-184]. U dzieci z dysfunkcją wzroku występuje również problem w sferze psychospołecznej. Brak akceptacji siebie, wstyd często powodują, że dzieci nie ko-

rzystają np. z pomocy optycznych. Dzieci te często mają ograniczoną możliwość poznawania nowych osób, nawiązywania kontaktów słownych oraz wspólnego udziału w zajęciach [6, 328]. Kirejczyk wyróżnia trzy grupy dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. Pierwsza grupa to „uczniowie niedosłyszający, którzy aktualnie rozumieją i słyszą mowę ludzką mimo występujących u nich wad słuchu”, ta grupa została podzielona na dwie podgrupy: osoby słyszające i rozumiejące mowę wypowiedzianą podniesionym głosem, lub z bliska, druga podgrupa wymaga zastosowania protez słuchowych. Uczniowie z resztkami słuchu zalicza się do drugiej grupy osób: „słyszające i rozumiejące mowę, lecz jedynie w odpowiednio urządzonych lokalach, wyposażonych w silne i duże nie nadające się do noszenia aparaty słuchowe”. Do trzeciej grupy zalicza uczniów głuchych: „nie słyszający i nierozumiejący mowy ludzkiej, ani bez, ani przy użyciu aparatów” [7, 13]. W zależności od wpływu głuchoty na rozwój mowy, Z. Sękowską [8, 167] podaje następujące kategorie uczniów z upośledzeniem słuchu:

- uczniowie słabosłyszający – utrata słuchu wynosi około 40 dB (osoby te nie słyszą z większej odległości, a mowa ich nie rozwija się poprawnie, występuje również wadliwa artykulacja niektórych głosek),
- uczniowie o średnim ubytku słuchu w granicach 60 dB (słyszają mowę bardzo głośną z bliska),
- uczniowie o dużym ubytku słuchu w granicach 70-90 dB (kontakt słowny z takimi osobami pomimo aparatów słuchowych jest niemożliwy),
- uczniowie o całkowitej utracie słuchu (głuchota), u których utrata słuchu sięga 90 dB (dzieci te nie słyszą żadnych słów, jedynym porozumiewaniem może być odczytywanie mowy z ust).

Joanna Kossewska uważa, iż brak dostępu do bodźców dźwiękowych ogranicza także możliwości rozwojowe selektywnej uwagi wzrokowej. Źródła tego należy szukać w słabej integracji sensorycznej różnomodelowych bodźców stanowiących bazę prawidłowego rozwoju uwagi. Uczeń, który nie opanował mowy dźwiękowej cechuje się myśleniem konkretno-obrazkowym. Jest to przyczyną ubożego słownictwa oraz pojawieniem się trudności

w zapamiętywaniu materiału opartego na myśleniu symbolicznym i koncepcyjnym [9, 110].

Uczeń z wadą wzroku i słuchu w szkole ogólnodostępnej

Współczesna nauka stara się wyjść naprzeciw wyzwaniom związanym z edukacją osób z dysfunkcją wzroku czy też słuchu. Obecnie zwraca się ogromną uwagę na rolę rodziny we wspomaganiu rozwoju dziecka z dysfunkcjami, wyrównywaniu szans edukacyjnych oraz na edukację integracyjną [10, 32-35]. Integracja może być częściowa lub całkowita. Częściowa jest wtedy, gdy do ogólnej klasy zostają włączone dzieci niepełnosprawne o jednym rodzaju niepełnosprawności. Zaś integracja całkowita przewiduje, że do jednej klasy uczęszczają dzieci o różnym stopniu oraz rodzaju niepełnosprawności. Edukacja integracyjna polega na tworzeniu nowego otoczenia edukacyjnego, w którym dzieci o różnych możliwościach, potrzebach, a także tempie uczenia się znajdują właściwe warunki do swojego rozwoju [11, 98]. Stopień integracji zależy między innymi od poziomu sprawności fizycznej, społecznej, czy też psychicznej dziecka. Podstawowym problemem związanym ze skutecznością integracji jest pełna aprobatą inności drugiego człowieka, zrozumienie jego potrzeb oraz umożliwienie mu bycia sobą. Uczeń niedosłyszący, czy też niedowidzący ma takie same prawa i obowiązki jak pełnosprawni jego rówieśnicy. Dlatego przed szkołą oprócz zadań dydaktycznych i wychowawczych stają nowe dodatkowe wyzwania, które mają za zadanie przygotować ucznia z różnymi dysfunkcjami do życia w społeczeństwie [12, 13]. Integracja może przynieść pozytywne rezultaty, gdy zostaną zapewnione odpowiednie warunki: mniej liczne klasy, orientacja w świecie dźwięków, poprawna wyrazistość artykulacji, odpowiednie miejsce w sali, dobra akustyka [13, 7]. Odpowiedni poziom sprawności komunikacyjnej ucznia sprzyja właściwemu korzystaniu z kształcenia. Jest on również niezbędny w budowaniu odpowiednich relacji społecznych z rówieśnikami [7, 76]. Na naukę w szkole ogólnodostępnej pozwala niedosłuch lekki oraz niedosłuch średni przy odpowiednim zastosowaniu protezy i konsekwentnej rehabilitacji. Tymczasem uczniowie z niedosłuchem głą-

bokim powinni uczęszczać do szkoły dla niedosłyszących lub niesłyszących [14]. U dzieci z uszkodzonym narządem słuchu lub wzroku ważne jest wczesne dostarczenie okazji do licznych interakcji z osobami z najbliższego otoczenia. Odbywa się to między innymi przez wychowanie słuchowe, którego głównym celem jest kształtowanie zdolności różnicowania dźwięków. „Stymulacja rozwoju językowego dziecka z uszkodzonym słuchem musi być ściśle związana z jego aktywnością poznawczą realizowaną podczas codziennych interakcji komunikacyjnych”. Osoby pełnosprawne mają często błędne wyobrażenia na temat osób z różnymi dysfunkcjami. Uważają dysfunkcję wzroku lub słuchu za ogromne nieszczęście dla człowieka, które niesie za sobą liczne negatywne skutki. Niepoprawne wyobrażenia i poglądy wpływają bezpośrednio na zachowanie osób pełnosprawnych wobec osób z dysfunkcjami. Izolacja, a także traktowanie osób z uszkodzonym wzrokiem, słuchem jako obywateli niższej kategorii powoduje, że nie stwarza się im równych szans i warunków do prowadzenia normalnego życia [15, 21].

Trudności w nauce

U ucznia z wadą wzroku spostrzeganie wzrokowe jest wolniejsze, dlatego dzieci te potrzebują więcej czasu na rozpoznanie i zakwalifikowanie do odpowiedniej kategorii. Pojawiają się u nich trudności w czytaniu i pisaniu, orientacji czytanego tekstu – rozłożenie na stronie. Często niedokładnie i nieostro dzieci te spostrzegają litery, czasami myślą litery, a nawet całe wyrazy. Wpływa to na tempo czytania, a także na stopień zrozumienia czytanego tekstu. Występują również trudności w płynnym i skoordynowanym ruchu rąk, powodujące niski poziom graficzny pisma [16, 214]. Najczęściej występującymi błędami jest przestawianie liter, mylenie, opuszczanie oraz błędy ortograficzne. Litery nie zawsze mieszczą się w liniaturze, często są nierówne. U tych dzieci obserwuje się również męczliwość wzroku, łzawienie, a nawet światłowstręt. Jeżeli zaś chodzi o dzieci z wadą słuchu występują następujące trudności w nauce: przestawianie liter, mylenie, opuszczanie oraz błędy ortograficzne. U dzieci tych pojawiają się również

problemy związane z: rozumieniem tekstów wypowiedzianych cicho i szeptem, utrudnioną analizą i syntezą słuchową, uczestnictwem w lekcji, ponieważ nie śledzi jej przebiegu i często nie wie, co ma robić, koncentracją uwagi, uczeniem się języków obcych, jego wypowiedzi ustne i pisemne są krótkie i uproszczone, często nie na temat, a także mogą wystąpić różnego rodzaju logopedyczne zaburzenia mowy [17, 60]. Uczeń z wadą słuchu lub wzroku może wykazać się dobrym poziomem intelektualnym, wiedzą, systematycznością, ambicją, pracowitością, aktywnością. Właśnie te cechy powinny być jego mocną stroną pobudzającą go do nauki.

Jak organizować zajęcia edukacyjne?

Organizacja oraz dostosowanie przestrzeni szkoły ogólnodostępnej do potrzeb i możliwości poznawczych dziecka z dysfunkcją słuchu ma szczególne znaczenie dla nabywania przez nie wiedzy i umiejętności na właściwym poziomie. Należy zapewnić optymalne warunki w sali: zminimalizować poziom hałasu, zapewnić odpowiednie miejsce w pierwszej ławce (uczeń z uszkodzonym słuchem powinien mieć możliwość obserwacji twarzy osób mówiących). Należy zwrócić także uwagę na dobór optymalnej metody systemu językowego – metody audytywno werbalnej, dwujęzykowej lub totalnej komunikacji – oraz podporządkowanie nadrzędnemu celowi, jakim jest włączenie dziecka z wadą słuchu w otoczenie osób słyszących [18, 9]. Adaptację szkolnego środowiska fizycznego ucznia z dysfunkcją wzroku powinno się rozpocząć od zmian w zakresie: oświetlenia, wielkości wykorzystywanych pomocy dydaktycznych (nauczyciel powinien sprawdzić z jakiej odległości oraz jakiej wielkości przedmioty, litery, cyfry uczeń najlepiej widzi i pozwolić mu podchodzić do danych obiektów), zorganizowania odpowiedniego miejsca dla ucznia (najlepiej w pierwszej ławce), organizacji zajęć orientacyjnych, które pomogą dziecku poznać budynek, jego pomieszczenia oraz rozkład sali lekcyjnej, należy także oznaczyć zakręty, schody, przybory szkolne takie jak zeszyt powinny mieć powiększoną liniaturę, podręczniki powinny mieć powiększonym druku. Powinno się również kłaść nacisk na porządkowanie przez ucznia swoich rzeczy na ławce. Niezmiennosć w ułożeniu rzeczy dla uczniów z wadą

wzroku jest bardzo ważna. Uczniowie słabowidzący charakteryzują się obniżoną pamięcią wzrokową. Dlatego powinno się im umożliwić dłuższe obserwowanie przedmiotów, dać im więcej czasu na czytanie tekstu, czy przepisywanie z tablicy. Osoby z dysfunkcją wzroku wyposaża się także w dodatkowe urządzenia i oprogramowanie, które umożliwia wzajemną komunikację pomiędzy komputerem i jego użytkownikiem, np. syntezatory mowy, urządzenia czytające na głos tekst drukowany. Do pracy z bliska pomocna będzie lupa oraz powiększalnik TV dający możliwość powiększenia obrazu nawet do 64 razy. Powiększalnik może służyć do czytania, pisania, rysowania, czy też oglądania np. zdjęć, programy powiększające znaki na komputerowym ekranie. Dzięki takim urządzeniom osoby z deficytem wzroku mają dostęp do informacji tekstowej, są w stanie samodzielnie przygotować tekst na komputerze oraz wydrukować go na zwykłej drukarce. Jeżeli w sali nie ma stolików z podnoszonym blatem powinno się stosować podstawki do książki oraz tzw. „okienko” do czytania, które pozwala widzieć tylko jedną linię tekstu [16, 217]. Uczniom w szkołach masowych przysługują 2 godziny zajęć specjalistycznych typu: usprawnianie widzenia, orientacja przestrzenna, nauka pisma punktowego. Pomoce dydaktyczne zarówno dla osób z dysfunkcją wzroku jak i słuchu trzeba indywidualizować w zależności od rodzaju oraz stopnia wady. Podstawowym kanałem informacji u uczniów z defektem wzroku powinien być dotyk i słuch, a wzrok powinien być wykorzystywany, ale przede wszystkim należy go chronić.

Ocenianie

Kolejnym bardzo ważnym elementem dotyczącym kształcenia ucznia z wadą słuchu oraz wzroku w szkole ogólnodostępnej jest ocenianie. W przypadku ucznia z dysfunkcją słuchu, wzroku nauczyciel powinien uwzględnić indywidualne możliwości, dokonać pewnej selekcji materiału nauczania oraz dostosować wymagania edukacyjne do możliwości psychofizycznych danego ucznia. Ocena powinna mieć funkcję motywującą oraz sprzyjającą rozwojowi ucznia. Oceniając zadania wykonane przez ucznia niepełno-

sprawnego powinno się pamiętać, że musi on o wiele więcej pracować i uczyć się, by jego wyniki w nauce były porównywalne z wynikami jego rówieśników. Aby uniknąć trudnych sytuacji wynikających z oceny podejmowanych przez ucznia działań jest ocenianie włączające, dzięki któremu uczeń wie w jaki sposób podnieść swoją sprawność w zakresie różnych umiejętności oraz posiadanej wiedzy. Stosowanie oceny włączającej powoduje, że uczniowie nie porównują się między sobą, co pozwala z kolei uniknięcia negatywnej rywalizacji. Stosując ocenianie włączające, nauczyciel powinien zastosować się do kilku zasad. Oceniając ucznia nauczyciel uwzględnia diagnozę jego indywidualnych możliwości, jego mocne strony, jego zaangażowanie, informując go o tym, co już umie, a nad czym musi jeszcze popracować, zwraca uwagę na samodzielność oraz włożony wysiłek, motywując go do dalszej pracy, podnosi jego poczucie wartości, traktując go jako podmiot procesu nauczania i uczenia się [19]. W ocenianiu ucznia bardziej powinno się brać pod uwagę jego aktywność, wkład oraz stosunek do obowiązków szkolnych [20, 9].

Podsumowanie

Funkcjonowanie ucznia z deficytem wzroku, czy też słuchu w szkole ogólnodostępnej w znacznym stopniu zależy od działań, które zostały w niej wprowadzone. Od poziomu jakości wykonanych działań zależy, jak uczeń będzie radził sobie z trudnościami wynikającymi z jego niepełnosprawności. Integracyjny system nauczania oraz wychowania powinien wprowadzać różnorodność w formach oraz metodach edukacyjnych ułatwiających współpracę uczniów z dysfunkcjami z ich pełnosprawnymi rówieśnikami. Z zastosowania integracyjnej formy kształcenia wynika wiele korzyści, ale jest również wiele wad. Nie wszystkie szkoły ogólnodostępne posiadają odpowiednie warunki, umożliwiające osiągnięcie sukcesu edukacyjnego. Ważną rolę w tworzeniu warunków umożliwiających integrację dziecka ze środowiskiem społecznym odgrywają postawy społeczne osób bliskich uczniowi. Autentyczna integracja to taka, która stwarza szansę maksymalnego rozwoju. Udanej integracji nie zapewni tylko dostosowanie metod pracy oraz wyposażenie uczniów w odpowiednie pomoce, czy też

sprzęt. Ważne jest umożliwienie uczniowi opanowanie podstaw programowych pozwalających na dalszą edukację, oraz dążenie do tego, aby miał on poczucie przynależności do grupy i rozwijał się w niej emocjonalnie oraz społecznie [21, 26]. Dzięki solidnej realizacji zadań edukacyjnych, a także zaangażowaniu nauczycieli niewykluczone jest przygotowanie ucznia niepełnosprawnego do samodzielnego funkcjonowania w dorosłym życiu. Szybki postęp techniki oraz zmian zachodzących w medycynie sprawia, że osoby z uszkodzonym wzrokiem oraz słuchem mają coraz większe szanse na lepsze funkcjonowanie w środowisku społecznym.

BIBLIOGRAFIA

- [1] GUZY A., KRZYŻYK D., *Praca z uczniem specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Tom I, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2012.
- [2] *Dzieci z wadami słuchu w szkole podstawowej*, „Wszystko dla szkoły”, nr 1, 2015.
- [3] POPLAWSKA J., SIERPIŃSKA B., *Zacznijmy razem. Dzieci specjalnej troski w szkole podstawowej: poradnik dla nauczycieli szkół integracyjnych*, WSiP, Warszawa 2001.
- [4] MAJEWSKI T., *Tyflopsychologia rozwojowa. Psychologia dzieci niewidomych i słabowidzących*, Redakcja Wydawnictw Tyflogicznych PZN, Warszawa 2002.
- [5] OSSOWSKI R., *Pedagogika niewidomych i niedowidzących* [w:] red. W. Dykcik, *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2005.
- [6] OSSOWAKI R. *Wychowanie dzieci niesprawnych sensorycznie: Dzieci niedowidzące i niewidome*, [w:] red. I. Obuchowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1999.
- [7] JEGIER A., KOSOWSKA M., *Relacje dziecka z wadą słuchu w szkole*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2011.
- [8] SĘKOWSKA Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa 1998.
- [9] KOSSEWSKA J., *Wczesnorozwojowe wyznaczniki teorii umysłu w kontekście głuchoty*, Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych, t. 65, 2012.
- [10] KUCZYŃSKA KWAPISZ J., *Nowe trendy tyflopedagogiczne – prace naukowo badawcze i publikacje*, „Szkoła Specjalna”, nr 1, 2004.
- [11] ZABŁOCKI K., *Integracja szansą wychowania nowego pokolenia*, Wydawnictwo Naukowe Novum, Płock 2002.

- [12] ŁUKASIAK E., OLEKSIAK E., *Osoby niewidome i niedowidzące*, [w:] red. B.M. Kaczmarek, *Zbiórny raport z diagnozy świadczonych usług z zakresu rehabilitacji społecznej dla osób niepełnosprawnych w Polsce*, Warszawa 2011.
- [13] KORZON A., *Wychowanie słuchowe dzieci z wadą słuchu*, Wydawnictwo Infograf, Katowice 1985.
- [14] *Dzieci z zaburzeniami wzroku i słuchu. Surdopedagogika i Tyflopädagogika*.
- [15] KAZANOWSKI Z., *Uwarunkowania integracji społecznej uczniów niewidomych w grupie rówieśniczej*, „Szkoła Specjalna”, nr 1, 2010.
- [16] NAZARCZUK N., *Wskazania metodyczne do pracy z dzieckiem z uszkodzonym wzrokiem w warunkach szkoły ogólnodostępnej*, „Szkoła Specjalna”, nr 3, 2013.
- [17] BURYŃ U., HULBOJ T., KOWALSKA M., PODZIEMSKA T., *Mój uczeń nie słyszy. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, MEN, Warszawa 2001.
- [18] PROŻYCH A., *Rozwój funkcji słuchowych a wychowanie słuchowe*, „Rewalidacja”, nr 2, 2004.
- [19] SKIBSKA J., *Ocenianie włączające w praktyce edukacyjnej jako szansa zaspokojenia zróżnicowanych potrzeb uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, [w:] https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/6728/Ocenianie_wlaczajace.pdf?sequence=1 (06.02.2018).
- [20] ADAMSKA JANIAK W., *Dzieci z wadami słuchu w szkole podstawowej*, „Wszystko dla szkoły”, nr 1, 2005.
- [21] WITCZAK NOWOTNA J., *Wspomaganie uczniów z dysfunkcją wzroku w szkołach ogólnodostępnych, Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2010.