

# Teoria i praktyka

oddziaływań profilaktyczno-wspierających  
rozwój osób z niepełnosprawnością  
t. 3.1



WYDAWNICTWO NAUKOWE  
UNIWERSYTETU PEDAGOGICZNEGO KRAKÓW





# Teoria i praktyka

oddziaływań profilaktyczno-wspierających  
rozwój osób z niepełnosprawnością

t. 3.1



**Uniwersytet Pedagogiczny  
im. Komisji Edukacji Narodowej  
w Krakowie**

**Prace Monograficzne 713**

# Teoria i praktyka

oddziaływań profilaktyczno-wspierających  
rozwój osób z niepełnosprawnością

t. 3.1

pod redakcją Grażyny Guni i Danuty Baraniewicz



WYDAWNICTWO NAUKOWE  
UNIwersytetu PEDAGOGICZNEGO KRAKÓW 2014

recenzent  
dr hab. prof. APS Bernadeta Szczupał

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2014

projekt okładki Agnieszka Solewska

ISSN 0239-6025

ISBN 978-83-7271-900-3

Wydawnictwo Naukowe UP

30-084 Kraków, ul. Podchorążych 2  
tel. / faks 12-662-63-83, tel. 12-662-67-56  
e-mail: wydawnictwo@up.krakow.pl

<http://www.wydawnictwoup.pl>

łamanie Jadwiga Czyżowska-Maślak

druk i oprawa Zespół Poligraficzny UP, zam. 55/14

## Wprowadzenie Introduction

W drugiej połowie 2013 roku premiery dwóch filmów, których bohaterami są osoby z niepełnosprawnością, wywołały w radiu, prasie, telewizji i Internecie i burzliwa dyskusję. Ich scenariusze oparte zostały na faktach. Jeden opowiada o historii Przemka, który nie mówi i porozumiewa się za pomocą komunikacji alternatywnej (*Chce się żyć*, reż. M. Pieprzyca). Tytułową postacią drugiego jest młody niepełnosprawny zdobywca dwóch biegunów Ziemi, uczestnik wypraw na Kilimandżaro i Elbrus (*Mój biegun. Prawdziwa historia Jaska Meli*, reż. M. Głowacki). Oba obrazy pokazują problemy z którymi na co dzień spotykają się osoby z niepełnosprawnością, ich rodziny, znajomi oraz profesjonaliści.

Czy medialny szum związany z premierą filmów przyczyni się do nowego spojrzenia na kwestie niepełnosprawności? Czy filmowe kreacje będą miały wpływ na lepsze zrozumienie, uznanie i zaakceptowanie zróżnicowanych potrzeb osób z niepełnosprawnością lub zagrożonych niepełnosprawnością? Czy otwarcie kinematografii na problem wielości potrzeb ludzi ma być pretekstem do refleksji nad postrzeganiem „innego”, a może takiego samego człowieka, który ma trudności w relacjach międzyludzkich, boryka się ze swoimi słabościami lub odnosi sukces? Wreszcie pojawiają się pytania: jak pomóc osobie niepełnosprawnej i jej rodzinie, by nie być posądzonym o dyskryminację, odrzucenie, bezradność? Czy i jak można zapobiegać deprywacji społecznej? Czy choroba, niepełnosprawność wiąże się z cierpieniem, czy z radością, odrzuceniem i samotnością, czy akceptacją i współdziałaniem? Na te i inne pytania od dawna odpowiadają pedagodzy specjaliści w swoich rozważaniach teoretycznych i praktycznych rozwiązaniach terapeutyczno-edukacyjnych. Podobne lub takie same pytania powinny pojawić się u widzów po obejrzeniu na ekranie codziennych zmagania Przemka i Janka, a odpowiedzi na nie wpisują się w nurt upowszechniania w społeczeństwie świadomości o niepełnosprawności.

Przywołanie symbolicznego obrazu „przekraczania barier” opowiedziane w wersji filmowej miało na celu uświadomić funkcje pedagogów specjalnych w długotrwałym procesie zmiany stosunku ludzi zdrowych do osób z niepełnosprawnością oraz podkreślić zadanie, które na równi z pedagogami specjal-

nymi powinny pełnić same osoby niepełnosprawne, świadome swoich praw, ale i obowiązków. M. Grzegorzewska (1989: 194) podkreślała „konieczność stosunku wyzwającego w procesie dydaktyczno-wychowawczym” oraz określiła perspektywy rozwoju prac pedagogiki specjalnej, których ogólny kierunek wpisuje się we współczesne dyskusje na temat działań profilaktycznych i wspierających rozwój osób z różnymi rodzajami i stopniami niepełnosprawności w biegu ich życia. Z perspektywy ponad pół wieku trudno nie zgodzić się z założeniami M. Grzegorzewskiej (1989: 353), że pomoc niepełnosprawnemu w podnoszeniu jakości jego życia, a w efekcie wspomaganie zasobów indywidualnych:

w płaszczyźnie jego przyszłości ma oddziaływanie jego najbliższego środowiska, które może zależnie od różnych czynników, ale też zależnie od stopnia uświadomienia sobie różnych możliwości w zakresie rewalidacji – tworzyć mu jasne albo ponure wizje przyszłości. Ten czynnik psychiczny odgrywa zupełnie zasadniczą rolę w procesie rewalidacji, toteż w perspektywie rozwoju prac pedagogiki specjalnej zajmować powinien jedno z naczelných miejsc w całości kształcenia akcji rewalidacyjnej.

W. Dykik (2005: 42, 53) do zadań pedagogiki specjalnej zaliczył potrzebę „poszukiwania i wykorzystania alternatywnych metod i form organizacyjnych oddziaływania edukacyjnego oraz terapeutycznego wsparcia i wspomagania”, uwzględniających nie tylko specyfikę trudności życiowych, ale eksponujących realne zasoby rozwojowe osób z różnymi stopniami i rodzajami niepełnosprawności.

Cele pedagogiki specjalnej w przeszłości i w perspektywie przyszłości muszą zmierzać do wspomaganie rozwoju biopsychospołecznego ludzi w biegu ich życia, zapobieganie pierwotnym i wtórnym konsekwencjom chorób, niepełnosprawności. W tym kontekście działania profilaktyczno-wspierające są, jak to określiła J. Doroszevska (1989), przedprożem pedagogiki specjalnej. Funkcja profilaktyczna pedagogiki specjalnej obejmuje:

- wspomaganie zasobów w procesie rozwoju psychospołecznego w celu zapobiegania zaburzeniom lub trudnościom w rozwoju człowieka na różnych etapach jego życia;
- tworzenie sprzyjających warunków do ograniczenia lub zahamowania pierwotnych zaburzeń wynikających z deprivacji sensorycznej lub społecznej;
- zapobieganie wtórnym zaburzeniom, głównie w procesie przystosowania się człowieka do zróżnicowanych przestrzeni społecznych.

Czy i jakiej pomocy udzielono rodzicom bohaterów przywołanych filmów, musimy przekonać się sami, oglądając historię Przemka i Janka oraz ich ro-



dzin. Czy można było zapobiec wypadkowi Janka, któremu w konsekwencji porażenia prądem amputowano kończyny? Którą z form komunikacji alternatywnej wybrać dla osoby z mózgowym porażeniem, by mogła być aktywnym nadawcą i odbiorcą w procesie porozumienia? Nawiązując do cytowań autorów w zakresie pedagogiki specjalnej, należy podkreślić, że działania pedagoga specjalnego musi charakteryzować interdyscyplinarne i wielokontekstowe podejście do oddziaływań wspierających, które w swoich założeniach zorientowane są na upodmiotowienie, zasoby, uczestnictwo osób z różnymi rodzajami i stopniami niepełnosprawności w całokształcie systemu opieki, edukacji, rehabilitacji.

Jakimi metodami i formami organizacyjnymi wspierać osobę z niepełnosprawnością w biegu jej życia? Z odpowiedzią na to pytanie zmierzili się autorzy niniejszej monografii. Ich interdyscyplinarne i wielowymiarowe rozważania o charakterze teoretycznym mają poszerzyć wiedzę i umiejętności pedagoga-terapeuty, nauczyciela-wychowawcy w jego pracy zawodowej. Natomiast praktyczne wskazówki do pracy z dziećmi, młodzieżą lub osobami dorosłymi i ich rodzinami mają pomagać w tworzeniu warunków sprzyjających profilaktyce, diagnozie i terapii, mają pozwolić pedagogowi je „widzieć, wiedzieć, przewidywać, dozować i tworzyć” (Kosakowski 2003: 221).

Książkę podzielono na trzy części, które traktują o działaniach profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością od dzieciństwa do dorosłości w perspektywie teorii, badań empirycznych i ich implikacji dla praktyki. Różnorodność omawianych zagadnień jest odzwierciedleniem postrzegania przez Autorów tego co społeczne w sprawach pojedynczych osób oraz tego co ogólne w odniesieniu do jednostki. Pierwsza część obejmuje rozważania teoretyczne na temat paradoksów często obserwowanych w kontaktach pomiędzy osobami pełno- i niepełnosprawnymi, żyjącymi wspólnie lub obok siebie w różnych przestrzeniach społecznych, edukacyjnych, komunikacyjnych, o charakterze integracji lub segregacji. W części drugiej zaprezentowane zostały wyniki z badań własnych Autorów, którzy skupili swą uwagę na problemie postrzegania rzeczywistości przez pryzmat subiektywnej oceny jakości życia. Opracowania w trzeciej części przedstawiają zróżnicowane metody i formy pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną, dysfunkcją wzroku i mózgowym porażeniem dziecięcym.

Proces wsparcia społecznego dotyczy zarówno grupy, do której skierowana jest pomoc, jak i osób pomagających. Autorzy niniejszej monografii mają nadzieję, że ich teoretyczne i praktyczne teksty wzbogacą warsztat pracy pe-

dagogów specjalnych, nauczycieli-terapeutów oraz nauczycieli pracujących z uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych oraz dorosłymi osobami z niepełnosprawnością. Kierujemy ją również do studentów, rodziców i innych osób zainteresowanych tą problematyką.

Grażyna Gunia, Danuta Baraniewicz

## Bibliografia

- Doroszevska J. (1989), *Pedagogika specjalna*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław–Warszawa–Kraków etc.
- Dykcik W. (2005), *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Poznań
- Grzegorzewska M. (1989), *Wybór pism*, IWZZ WSPS, Warszawa
- Kosakowski C. (2003), *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń

CZĘŚĆ I

---

Teoretyczna perspektywa wspierania rozwoju  
osób z niepełnosprawnością

PART I

---

Theoretical perspective for development support  
of people with disabilities



## Zapobieganie paradoksom rehabilitacyjnym w euforii inkluzji

### Streszczenie

Pod wpływem międzynarodowej presji do integracji osób niepełnosprawnych w ostatnich latach zintensyfikowano interdyscyplinarne działania na rzecz przygotowania społeczeństwa do przyjęcia osób z niepełnosprawnością. Efektem tych starań jest gotowość szkół do przyjmowania uczniów niepełnosprawnych, jednak nie zawsze pokrywa się to ze świadomością konsekwencji inkluzyjnego kształcenia i odpowiedzialnym przygotowaniem pedagogów, programów nauczania i samych szkół. Nie wiadomo także, do jakiego stopnia mamy prawo ingerować w osobowość człowieka rehabilitowanego w imię inkluzji. Euforia towarzysząca inkluzji sprzyja popełnianiu błędów, a ich wskazanie powinno skłonić do refleksji i zapobiegania paradoksalnym działaniom.

Słowa kluczowe: inkluzja, paradoksy rehabilitacyjne, rehabilitacja, kształcenie

### Wprowadzenie

W ostatnich latach terminy „integracja” i „inkluzja” przeplatają się nawzajem w pedagogicznych dyskursach nad sposobem kształcenia dzieci z niepełnosprawnością oraz przy okazji psychologicznej oraz społecznej rehabilitacji dzieci, młodzieży i osób dorosłych, ze szczególnym wskazaniem, że miejsce każdego człowieka – bez względu na jego stan fizyczny i psychiczny – jest w jego naturalnym środowisku rodzinnym, rówieśniczym, szkolnym i w miejscu pracy według przygotowania zawodowego, a nie według uznania społecznego. Zwłaszcza to ostatnie podkreślenie prawa do pełnego współuczestnictwa w życiu najbliższego otoczenia, a potem w zależności od profesjonalnych umiejętności, podobnie zresztą jak wszyscy dorośli członkowie społeczeństwa – jest wyrazem inkluzji, która niestety nadal pozostaje bardziej w sferze zamierzeń niż rzeczywistości.

By dorównać krajom europejskim, w których inkluzja stała się faktem, mamy jeszcze bardzo dużo do zrobienia, ale właściwy jest kierunek tych

działań, kiedy zaczynamy od najmłodszych. Prawidłowo prowadzone pod względem rehabilitacyjnym dziecko, to takie, którego rodzice są od chwili zdiagnozowania niepełnosprawności świadomi swojej niezastąpionej roli w procesie wychowania, nazywanym przeze mnie „wychowaniem rehabilitującym”. Dziecko z niepełnosprawnością wymaga specyficznych zabiegów wychowawczych, podejmowanych z pełną odpowiedzialnością i wiedzą o tempie rozwoju oraz charakterystycznych dla danej niesprawności problemów rozwojowych, o sposobie łagodzenia, a nawet niwelowania bezpośrednich i pośrednich skutków niepełnosprawności, wrażliwości na indywidualne zachowania dziecka i reagowania na nie bez pobłażania, ale jednak z uwzględnieniem ogromnego trudu dziecka w przewyżnianiu niepełnosprawności. Temu niezwykleму zadaniu rodzice podoleją, kiedy oni i dziecko są objęci profesjonalnymi formami wspierania rehabilitacji dziecka, kiedy mogą liczyć na pomoc psychologiczną udzielaną im w razie potrzeby dla zrozumienia zachowania dziecka oraz dla podbudowania ich własnej psychiki, nadszarpniętej trudnymi zadaniami, przekraczającymi obowiązki typowego rodzicielstwa.

Pierwszym etapem inkluzji jest integracja dziecka ze środowiskiem równieśniczym na poziomie przedszkolnym i szkolnym, co dzięki wychowaniu rehabilitującemu powinno w efekcie prowadzić do ukształtowania takich cech osobowości dzieci z niepełnosprawnością i pełnosprawnych dzieci współuczestniczących w procesie integracji, aby inkluzja stała się naturalnym sposobem współistnienia.

Większość dyskusji naukowych i badań nad inkluzją dokonuje się na płaszczyźnie pedagogiki specjalnej. Szkoły są zobligowane odpowiednimi aktami legislacyjnymi do tworzenia sprzyjających warunków kształcenia dla dzieci z niepełnosprawnością. Przede wszystkim Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (art. 30) gwarantuje wolność, nienaruszalność, poszanowanie i ochronę praw człowieka, wynikających z przyrodzonej i niezbywalnej godności ludzkiej. Dziecku automatycznie przysługują wszelkie prawa należne człowiekowi, a jego wiek nie może być kryterium samowolnego ograniczania czy przyznawania mu określonych praw przez dorosłych. Prawa dziecka przysługują mu z racji jego człowieczeństwa, a nie dlatego, że tak ustanowili dorośli. Niestety, zbyt często – nie tylko w Polsce – nie było to tak oczywiste, co w konsekwencji zaskutkowało uchwaleniem w 1989 roku przez ONZ Konwencji Praw Dziecka, dotyczącej osób, które nie ukończyły 18 roku życia.

Szczególnego uregulowania wymagało określenie sposobów i warunków respektowania praw człowieka z niepełnosprawnością. Najbardziej ogólna,

ale jednocześnie wszechstronna jest definicja osoby niepełnosprawnej zawarta w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osoby niepełnosprawnej: „niepełnosprawną jest osoba, której stan fizyczny lub/i psychiczny trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza albo uniemożliwia wypełnianie zadań życiowych i ról społecznych zgodnie z normami prawnymi i społecznymi” (Dz. U. Nr 123, poz. 776, 1997 r.).

Z punktu widzenia inkluzji bez względu na wiek człowieka jego zadania życiowe są zawsze takie same w określonej kulturze, a oczekiwania społeczeństwa co do czasu ich podjęcia i poziomu realizacji są także klarowne i raczej niezmiennie. Tyle tylko, że społeczeństwo dostosowuje swoje niepisane prawa do ludzi pełnosprawnych, niepełnosprawnych zaś pozostawiając na marginesie swoich zainteresowań. Jeśli pojawia się konieczność uwzględnienia dziecka niepełnosprawnego czy też osoby dorosłej w tych relacjach, często przeciętny człowiek zdaje się na własną intuicję, ale brak doświadczenia we współlistnieniu z osobami niepełnosprawnymi i nieznamość prawa na ogół stawia zarówno osoby z niepełnosprawnością jak i pełnosprawne w kłopotliwej sytuacji.

Inkluzja zakłada umiejętność właściwej oceny możliwości osoby z niepełnosprawnością przez nią samą oraz przez ludzi pełnosprawnych z jej otoczenia, a także oceny elementów sytuacji, w której człowiek ma realizować zadania życiowe. Sama znajomość i respektowanie aktów prawnych niewiele pomoże, jeśli zabraknie elementu ludzkiego, to znaczy społeczeństwa odpowiednio przygotowanego pod względem świadomości istnienia różnic indywidualnych, bez tendencji do wartościowania z tego powodu drugiego człowieka. Nie chodzi tu jedynie o akceptację różnic, zwłaszcza jeśli nie mieszczą się one w naturalnym dla ewolucji procesie różnicowania indywidualnego, ale o obiektywne spostrzeganie i wartościowanie człowieka bez względu na patologiczne zmiany anatomiczne i sprawnościowe, które zazwyczaj powodują dezorganizację funkcjonowania pojedynczego człowieka i – przynajmniej początkowo – dezorientację osób z jego otoczenia. Próby wyobrażenia sobie na miejscu osoby niepełnosprawnej w celu wywołania empatii są niezwykle rzadkie, ponieważ podświadomie oddalamy od siebie myśl o tym, co realnie mogłoby być udziałem każdego człowieka, ale co musiałoby doprowadzić do początkowej automatycznej dewaluacji poczucia własnej wartości (mechanizm ten szerzej opisany jest w osobnej publikacji – Konarska 2008). Dlatego niezbędne jest jak najwcześniejsze przygotowywanie osób pełnosprawnych do poznawania realnych ograniczeń, ale przede wszystkim możliwości i sposo-

bów ich przewycięzania przez osoby niepełnosprawne, a także umiejętności udzielania właściwej pomocy, lecz tylko wtedy i w takim zakresie, w jakim jest ona konieczna.

## Paradoks wyższości celów dydaktycznych nad wychowawczymi

Prawa dziecka są realizowane w jego naturalnych ze względu na wiek warunkach wychowawczych, a więc w rodzinie, placówkach oświatowo-wychowawczych i w naturalnym otoczeniu społecznym w grupach nieformalnych. Tych ostatnich nie da się regulować prawnie, ale atmosfera w nich panująca jest efektem działań instytucji wychowujących pełnosprawną część społeczeństwa, a jeśli realizowane są zasady integracji i inkluzji – dzieci, młodzież i dorośli pełnosprawni pozwalają osobie z niepełnosprawnością w swoim otoczeniu realizować zadania życiowe na optymalnym poziomie. Brak takiego przyzwolenia jest równoznaczny z kierowaniem się w zachowaniu wobec osób niepełnosprawnych uprzedzeniami i niechęcią, co prowadzi do powstania dystansu społecznego.

System oświaty na poziomie legislacji praw dziecka zapewnia dzieciom z niepełnosprawnością nie tylko możliwość pobierania nauki wspólnie z pełnosprawnymi rówieśnikami, ale także uwzględnienie ich indywidualnych potrzeb wynikających z niepełnosprawności, realizację indywidualnego sposobu nauczania, dostosowanie metod i treści nauczania do możliwości psychofizycznych dziecka. Jednak wokół realizacji tych oczywistych zobowiązań szkoły narosło tyle problemów, że prawie całkowicie zdominowały kierunek badań i dyskusji naukowych. Nie jest to wyłącznie problem polski, chociaż każdy kraj boryka się ze swoistymi dla regionu barierami edukacyjnymi, społecznymi i psychologicznymi podczas wdrażania idei inkluzji. Mimo wielu już lat doświadczeń i wprowadzania w życie zasad współistnienia osób pełnosprawnych z niepełnosprawnymi, powracają ciągle te same zagadnienia, a to:

- organizacja nauczania w klasach, gdzie są dzieci ze zróżnicowanym rodzajem i stopniem niepełnosprawności;
- dostępność sprzętu rehabilitacyjnego w trakcie procesu dydaktycznego;
- poziom przygotowania kadry pedagogicznej;
- stosunek nauczycieli do idei integracji.

Marginalnie w badaniach pedagogicznych traktowane są problemy bardziej zasadnicze dla idei integracji i późniejszej inkluzji, czyli:



- relacje interpersonalne między pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi uczniami;
- stosunek rodziców dzieci pełnosprawnych do dzieci niepełnosprawnych i ich rodziców;
- brak więzi pozaszkolnych z dziećmi niepełnosprawnymi (Castellano 2004).

Jednocześnie czynione są wysiłki w kierunku poszukiwania i udoskonalania metod nauczania dzieci z różnego typu niepełnosprawnością w celu wydobycia z nich maksimum możliwości, otwarcia umysłu na samodzielność i kreatywność, co jest niewątpliwie dobrym kierunkiem działania rehabilitacyjnego, ale koncentracja wokół problemów nauczania prowadzi do zagubienia pierwiastka czysto ludzkiego w działaniach pedagogicznych.

W badaniach B.B. Carter i V.G. Spencer z George Mason University (2006) zauważono podobny jak w Polsce trend w kształceniu integracyjnym w Ameryce. Tam również w ciągu ostatnich dwóch dekad upowszechniła się w edukacji tendencja do kształcenia dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością w integracji, ale większy nacisk jest położony na efekty kształcenia niż na jego społeczny wydźwięk. W rezultacie sytuacja społeczna uczniów z niepełnosprawnością jest niekorzystna i uczniowie pełnosprawni przejawiają wobec nich cały wachlarz zachowań niestosownych czy wręcz wrogich: od zastraszania – które w wielu krajach Europy i w Ameryce było lekceważone przez rodziców i wychowawców – po jawną przemoc i mobbing. B.B. Carter i V.G. Spencer zwróciły uwagę na bardzo niepokojące zjawisko: w szkolnym kształceniu integracyjnym więcej uwagi poświęca się efektom kształcenia niż kształtowaniu nawyków i sposobów współżycia społecznego. Przekłada się to również na kierunek badań naukowych i chociaż poszukiwanie coraz skuteczniejszych metod przekazywania i sprawdzania wiedzy jest jak najbardziej uzasadnione, to nie można w żadnym wypadku zaniedbywać uczenia wzajemnego poszanowania, rozwiązywania konfliktów przez rzeczową, spokojną dyskusję, oceniania drugiego człowieka nie ze względu na jego wygląd czy sprawność, ale według wspólnego dla wszystkich ludzi klucza jego własnych zasług, sposobu bycia i cech charakteru, którego się przecież nie dziedziczy ani nie jest zależny od poziomu sprawności organizmu.

## Paradoks rozproszenia zagadnień badawczych

Czytając obszerną już literaturę na temat integracji szkolnej – bo głównie ten termin dominuje – ma się wrażenie niespójności wiedzy i metod, przy po-

mocy których powinno dojść do likwidacji wyszczególnianych barier czy złagodzenia skutków ich istnienia. Okresowe skupianie przez badaczy uwagi na wycinkowych aspektach kształcenia integracyjnego (np. wypalenie zawodowe nauczycieli, ich postawy wobec klas i szkół integracyjnych, zaburzenia zachowania dzieci niepełnosprawnych w zespole integracyjnym), aczkolwiek same w sobie ciekawe, to jednak potraktowane w oderwaniu od szerszego kontekstu edukacyjnego i społecznego, nie mają większej wartości, a nawet mają odwrotny skutek do zamierzeń autorów. Tak jest z nadmiernym zainteresowaniem agresją u uczniów niepełnosprawnych, kiedy nie bierze się pod uwagę obronnego jej charakteru w danym środowisku badawczym, a potem są wyciągane wnioski o trudnościach adaptacyjnych dzieci z niepełnosprawnością do środowiska pełnosprawnych rówieśników. Jeśli takie trudności występują, to na pewno nie bez wpływu kontekstu sytuacyjnego, którego współtwórcami są także dzieci pełnosprawne i dorośli, ale to zbyt skomplikowane do zbadania i potwierdzenia, więc łatwiej wyciągać pochopne wnioski. Tylko że jako badacze i twórcy wiedzy musimy brać odpowiedzialność za skutki jej stosowania w praktyce, a to także odpowiedzialność za pokolenia tych, którym staramy się pomóc. Podobnie niewiele konstruktywnych wniosków niosą prace nad modnym wypaleniem zawodowym nauczycieli, nie zawsze uwzględniające poziom ich przygotowania do pracy z dziećmi niepełnosprawnymi, indywidualne predyspozycje psychofizyczne do wykonywania zawodu nauczyciela, poziom przygotowania placówki, w której pracują, liczebność klas i zróżnicowanie dzieci pod względem niepełnosprawności, nie wspominając o pełnosprawnych bardzo zdolnych, mniej zdolnych i średnio zdolnych uczniach, którzy także wymagają specjalnego, indywidualnego traktowania. W takich warunkach ani idea integracji nie może być realizowana, ani nauczyciel nie osiąga satysfakcji ze swojej pracy.

Z kolei badanie postaw pełnosprawnej młodzieży i dorosłych wobec integracji oraz uczniów niepełnosprawnych nie ma najmniejszego sensu, ponieważ badanymi są najczęściej osoby, u których dopiero staramy się ukształtować odpowiednie postawy poprzez włączanie ich w proces inkluzji, a o trwałych skutkach tej pracy możemy mówić dopiero, gdy staną się ludźmi dorosłymi. Dorośli natomiast są tym pokoleniem, które niewiele wie na temat niepełnosprawności, a ich sądy są albo nasycone wcześniej nabytą niechęcią o różnym podłożu, albo są wyrazem ich konformizmu w czasach, gdy źle widziane jest dyskryminowanie kogokolwiek z jakiegokolwiek powodu. Jeśli nawet deklarują pełną akceptację dla działań inkluzyjnych, to nie znaczy, że są do nich

przekonani. Wiedza jest podstawą zmian w przekonaniach, a tej wiedzy raczej się nie bada podczas deklarowania postaw. Jednocześnie pojawia się wątpliwość, czemu mają służyć te badania, skoro dążenie do inkluzji jest prawnie usankcjonowane, a zdanie społeczeństwa w tej kwestii się nie liczy.

Podejmując badania naukowe trzeba zadać sobie nie tylko pytanie, w jakim stopniu służą one rozwiązaniu jednostkowych problemów, ale także jak wpisują się one w całokształt zamierzeń rehabilitacyjnych wobec uczniów z niepełnosprawnością i pełnosprawnych.

## Paradoks zaniedbania dzieci pełnosprawnych

Abstrahując od czysto technicznych niedociągnięć i trudności związanych z realizacją idei integracji edukacyjnej (przygotowanie kadry pedagogicznej, dostępność szkoły pod względem architektonicznym, wyposażenie w sprzęt rehabilitacyjny i gotowość do zaopatrzenia każdego dziecka w odpowiednie dla niego oprzyrządowanie), obserwuje się koncentrację wysiłków pedagogicznych na dostosowaniu się do wymogów prawnych i na ukierunkowaniu działań pedagogicznych na uczniów z niepełnosprawnością, tym samym zaniedbując dzieci pełnosprawne, nie tyle w sensie dydaktycznym, ile ogólnoedukacyjnym. Tymczasem doprowadzenie do umiejętności inkluzyjnego współżycia jest uzależnione od szeregu systematycznych działań skierowanych nie tylko na uczniów niepełnosprawnych, ale w takim samym stopniu na pełnosprawne dzieci, w których ukształtowanie empatycznych, opartych na zasadach partnerskiego współistnienia cech osobowości w relacjach z innymi ludźmi wymaga czasu i tak samo wielu zabiegów wychowawczych, jak ukształtowanie tych samych cech u ich niepełnosprawnych rówieśników. Nie można doprowadzić do sytuacji, aby jedni uczniowie w tej samej klasie i szkole byli faworyzowani pod względem uwagi im poświęcanej – chociaż często jest to konieczne ze względu na ich stan psychofizyczny – a inni musieli sobie radzić sami i przez samo bycie razem wychowywali się na ludzi zdolnych do inkluzji. To błąd, który popełnia większość szkół i który trzeba bezzwłocznie naprawiać (nie naprawić, bo proces ten wymaga czasu!) i to z pełną świadomością zobowiązań wychowawczych również wobec uczniów pełnosprawnych. Z opanowaniem treści dydaktycznych lepiej lub gorzej poradzą sobie uczniowie pełnosprawni samodzielnie, ale wykształcenie w nich cech osobowości niezbędnych do samodzielnego stanowienia o sobie i innych, gotowość do podejmowania odpowiedzialności za swoje decyzje i ich skutki – to już zadanie bardzo poważne

do realizacji w domu i w szkole, a przesłanki postępowania muszą być jasne i oparte na trwałych wartościach, które nie wytworzą się od samego uczestniczenia w życiu i obserwowania innych. W całej idei integracji i inkluzji zapominamy o tych, którzy nadal tworzą większość w społeczeństwie, od których będą zależeć ustanawiane prawa, zasady i normy współżycia społecznego w przyszłości. Powodzenie inkluzji będzie więc zależało również od nich, i nawet najlepiej pod względem profesjonalnym i społecznym przygotowany człowiek niepełnosprawny nie będzie mógł żyć pełnią swoich człowieczych praw, jeśli ludzie pełnosprawni nie będą także do tego zdolni.

Dzieci niepełnosprawne mają często rodzeństwo, które niepełnosprawność bliskiej osoby przeżywa w inny sposób niż koledzy szkolni i podwórkowi. Oni w niepełnosprawności swojego brata lub siostry czynnie współuczestniczą, a fakt istnienia niepełnosprawności w rodzinie zmienia także ich życie oraz kształtuje ich osobowość, czasem w warunkach niezamierzonego zaniedbania ze strony rodziców. To także bardzo ważny, ale prawie nieistniejący wątek w zainteresowaniach badawczych i praktyce rehabilitacyjnej.

### Paradoks „mechanicznej integracji”

Druga część rozważań na temat inkluzji będzie poświęcona dzieciom niepełnosprawnym. Chociaż jestem wielkim zwolennikiem, a nawet entuzjastą integracji edukacyjnej, to jednak będąc psychologiem z wykształcenia, widzę także negatywne strony jej wdrażania według schematu „niepełnosprawność – edukacja w szkole integracyjnej”, zwłaszcza wobec dzieci z niesprawnościami sensorycznymi i niesprawnością ruchową, ale z normą intelektualną. Te dzieci bezwzględnie powinny uczyć się w szkołach masowych, a nie integracyjnych, ponieważ są w stanie opanować materiał szkolny przy zastosowaniu odpowiedniego sprzętu rehabilitacyjnego i czasem tylko przy pomocy specjalistycznych metod nauczania. Bliskość miejsca zamieszkania i szkoły gwarantuje pełną inkluzję również pozaszkolną, a tego nie da się zapewnić uczniom szkół integracyjnych, jeśli nie jest to jedyna szkoła w okolicy.

Dzieci z głębszą niesprawnością intelektualną, wobec których należy wyraźnie spowolnić tempo nauczania, zredukować program do pułapu ich stopnia niepełnosprawności i brać pod uwagę zaburzenia zachowania, którego podłożem są zakłócenia procesów nerwowych przebiegających w centralnym układzie nerwowym, nie zawsze mogą realizować edukację w integracji z pełnosprawnymi dziećmi, co nie wyklucza jednak różnych form wspólnych za-

baw i razem spędzanego czasu wolnego. Okres przedszkolny jest tym czasem, w którym z pożytkiem dla dzieci można realizować integracyjne zasady wychowania, ale szkoła niesie już pewne problemy. Stawianie ich w sytuacji, gdzie wcześniej czy później zauważą różnice między swoimi możliwościami w zakresie nie tylko nauki, ale także samoobsługi, poziomu mowy, zręczności ruchowej, doprowadzi do samoobronnego uchylania się od kontaktów z rówieśnikami i bardzo emocjonalnie przeżywanego poczucia wstydu i niższości, co przy niemożności zastosowania argumentów intelektualnych jest niemal niemożliwe do zlikwidowania. Ponieważ w przyszłości osoby te i tak nie będą zdolne do pełnej niezależności, a tym samym inkluzji, nie należy im wyrządzać krzywdy w imię bezwzględnej realizacji idei integracji edukacyjnej. Nie jestem przekonana, że najlepszym dla nich rozwiązaniem są klasy specjalne na terenie szkoły masowej, ale w klasach specjalnych w szkole integracyjnej, gdzie pełnosprawne i niepełnosprawne dzieci inaczej spostrzegają indywidualne ograniczenia innych i pewnie nie będą się całkowicie uchylały od wzajemnych kontaktów, dzieci z upośledzeniem umysłowym będą się czuły lepiej. W tym wypadku większą uwagę należy zwrócić na kształtowanie stosunku dzieci pełnosprawnych do osób z upośledzeniem umysłowym i na zaznajamianie ich z realnymi możliwościami, ale także ograniczeniami rozwojowymi tej grupy ludzi oraz na sposobach udzielania im pomocy, niż na dostosowywanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo do poziomu zachowania ich pełnosprawnych rówieśników. Przez wspólne przebywanie i naśladownictwo one i tak zyskują dużo i w miarę swoich umiejętności będą starały się dostosować do grupy, ale dla nich czas normalnego wieku przedszkolnego jest za krótki, aby nabyły umiejętności potrzebne uczniowi, więc zasadne jest przedłużanie im tego okresu pobytu w oddziałach przedszkolnych, a integracja powinna być realizowana w stosunku do nich głównie na terenie pozaszkolnym, gdzie mają większe szanse zaistnieć jako partnerzy pełnosprawnych rówieśników. W tym celu powinien powstać specjalny program realizacji zadań inkluzyjnych wobec dzieci i młodzieży z głębszą niepełnosprawnością umysłową.

Natomiast dzieci z niesprawnością wzrokową, słuchową i ruchową, ale zdolne do opanowania treści nauczania przy zastosowaniu odpowiednich metod i oprzyrządowania, powinny uczyć się w szkołach masowych najbliżej ich domu, albo w wybieranych dowolnie ze względu na własne preferencje, bo w ten sposób łączy się ich środowisko szkolne i pozaszkolne w jedną całość jako społeczność, a także inne są relacje między ich rodzicami. Jest to jeden z najbardziej naturalnych sposobów kontynuowania wcześniej podjętej in-

kluzji w ramach wychowania rehabilitującego. Wspólne zabawy na podwórku, wspólne opanowywanie pierwszych umiejętności przygotowujących do szkoły w przedszkolu dają dzieciom więcej wiedzy o sobie, swoich możliwościach, trudnościach i sposobach pomocy niż jakiegokolwiek późniejsze zabiegi nauczyciela. Te dzieci już są zżyte ze sobą i czują się bezpiecznie w swoim towarzystwie, a więc porażka albo przyznanie się do trudności nie jest w takim gronie czymś deprymującym, ale czymś co zdarzało się i wcześniej, a co można wspólnymi siłami pokonać. Poza tym dziecko z niepełnosprawnością sensoryczną albo ruchową trafi się w klasie szkoły masowej jedno, może dwoje, a to – wzięwszy pod uwagę wcześniejsze relacje między rówieśnikami – ułatwia pracę nauczycielowi, który nie musi w tym samym czasie zajmować się kilkorgiem dzieci z różnymi niesprawnościami i znaleźć jeszcze czas dla pełnosprawnych uczniów.

Jak wykazują badania (Lukoff i Whieteman 1970; Wiener 1998; Bilewicz 2012), rodzaj niepełnosprawności uczniów nie jest czynnikiem decydującym o ich akceptacji i samopoczuciu w grupie klasowej, bardzo ważna dla wewnątrzklasowych relacji interpersonalnych jest natomiast umiejętność współżycia i poziom pełnienia ról społecznych. Nie wszyscy uczniowie z niepełnosprawnością są w jednakowym stopniu piętnowani z racji swojej niesprawności. Okazało się, że więcej wrogości i braku akceptacji doświadczali uczniowie, których niesprawność była widoczna (zmiany w wyglądzie, budowie ciała) niż z niesprawnością „niewidoczną” (sensoryczną, intelektualną lżejszego stopnia, przewlekłe choroby). Autorzy tłumaczyli to tym, że zetknięcie się z osobami wyraźnie różniącymi się od nas kwestionuje dotychczasową wiedzę na temat funkcjonowania ludzi i zaburza wypracowany przez lata obraz ludzkiego ciała, który ze względów estetycznych jest akceptowalny – częściowo dlatego, że podobny do naszego. Stąd częste akty agresji wobec osób różniących się od reszty społeczeństwa. Wyniki tych badań wyraźnie sugerują, że wczesne przyzwyczajanie dzieci do „inności” w wyglądzie i zachowaniu nie będzie w przyszłości wyzwalało zachowania obronnego i uchroni osoby bardzo różniące się od innych z racji niesprawności przed brakiem akceptacji. Natomiast sposoby wzajemnego współistnienia powinni wypracować pedagodzy, a w rodzinie zabiegi nauczycieli muszą być akceptowane i wzmacniane.

## Paradoks granic ingerencji w osobowość dziecka w procesie rehabilitacyjnym

Od najwcześniejszych chwil życia dziecka niepełnosprawnego rodzice są zobowiązani do czynienia wszelkich wysiłków w celu usprawnienia organizmu. Rodzaj i intensywność tych zabiegów jest bardzo zróżnicowana w zależności od typu i stopnia niepełnosprawności, wreszcie od tego, czy jest to niesprawność izolowana, czy współwystępująca z inną (innymi), a jeśli tak, to jaki to jest rodzaj współwystępowania. Efekt wysiłków rodziców realizowanych wspólnie z zespołem rehabilitantów jest bardzo zindywidualizowany i zależy nie tylko od nich, ale także od tego, w jakim stopniu dziecko jest w stanie współpracować. Generalnie założenie jest takie, że wszyscy muszą dać z siebie maksimum, aby wydobyć z dziecka jego potencjalne możliwości, tkwiące w każdym człowieku bez względu na sprawność organizmu. Z wyjątkiem dzieci z głębszym upośledzeniem umysłowym, nie istnieje granica potencjalnych możliwości ludzkich, a przejawiać się one mogą zarówno w łatwości przyswajania bodźców dochodzących ze świata zewnętrznego lub własnego organizmu, jak też ich interpretacji, umiejętności przetwarzania i łączenia z innymi współwystępującymi lub przechowywanymi jako ślady pamięciowe oraz poprzez sposoby reagowania na nie w sensie fizycznym, intelektualnym, emocjonalnym i społecznym. Znając pułap rozwoju możliwości intelektualnych dzieci z głębszym upośledzeniem umysłowym, dążymy również do osiągnięcia maksimum ich możliwości w zakresie funkcji intelektualnych, ale nie musi to jednocześnie oznaczać, że nie są w stanie dorównać rozwojowi osób pełnosprawnych w zakresie innych sprawności, o ile nie są one zależne od czynności umysłowych. Oczywiście nie możemy wówczas oczekiwać, że stanie się to w porównywalnym czasie i wieku do pełnosprawnych rówieśników, ale w przypadku osób sprawnych intelektualnie z uszkodzonym aparatem ruchowym lub sensorycznym także nie zawsze rozwój wszystkich sfer przebiega harmonijnie.

Ten wczesny okres życia od urodzenia do osiągnięcia wieku szkolnego jest dla każdego dziecka najważniejszy, a niedojrzałość i chłonność centralnego układu nerwowego gwarantuje największą przyswajalność bodźców, które przechowywane jako baza pamięciowa stanowią największe bogactwo dziecka szkolnego, od którego stopniowo będzie wymagane systematyzowanie posiadanych wiadomości w sieć wiedzy o otaczającym świecie materii żywej i nieożywionej, o sobie samym, o innych ludziach, o zasadach i wartościach,

które trzeba przejąć bądź z niektórymi dyskutować, o normach, o sposobie zachowania. Na całokształt posiadanej i nadal zdobywanej wiedzy składają się również indywidualne doświadczenia emocjonalne, które towarzyszą wszelkim doznaniom fizycznym, zanim jeszcze potrafimy je świadomie wyodrębnić, a potem nazwać. Znaczenie tych doświadczeń odkryto w latach pięćdziesiątych XX wieku i są one tak ważne, że decydują o powodzeniu niemal we wszystkich sferach życia człowieka dorosłego (Bowlby 1969, 2007; Ainsworth, Blehar et al. 1978; Horowitz i Bartholomew 1991; Konarska 2003). Dlatego rehabilitowanie małego dziecka niepełnosprawnego przez osoby obce i przez rodziców, zwłaszcza przez rodziców, musi przebiegać w poczuciu bezpieczeństwa i miłości, jeśli to możliwe w trakcie zabawy, aby dziecko kojarzyło pozytywne przeżycia emocjonalne z zabiegami rehabilitacyjnymi. Czasami rehabilitacja musi łączyć się z bólem fizycznym (dzieci z niesprawnością ruchową), czasem z zabiegami chirurgicznymi i rozłąką z rodzicami, i to są najbardziej traumatyczne okresy w życiu dzieci z niepełnosprawnością, nieobojętne także dla ich rodziców. Łatwo wtedy o błędy wychowawcze, mające zrekompensować dziecku ciężkie chwile, ale to już zupełnie inny problem.

Okres wczesnego i średniego dzieciństwa musi być czasem bardzo intensywnego wychowania rehabilitującego ze strony rodziców i innych osób biorących udział w wychowaniu dziecka, aby nauczyło się ono samodzielnie mobilizować własną aktywność i potencjalne zasoby zakodowane w zadatkach anatomiczno-fizjologicznych. W tym czasie żadne granice w wydobywaniu z dziecka tkwiącego w nim potencjału nie mogą być wyznaczane, a jedynie określane ramy kolejnych wymagań w zależności od czynionych przez dziecko postępów, jego chęci i ewentualnych wskazań rehabilitantów czy lekarza. Stopniowe rozwijanie dotychczasowych umiejętności powinno dziecku sprawiać radość, a nie kojarzyć się z udręką niekończących się ćwiczeń bez praktycznych korzyści w zaspokajaniu potrzeb. Rzeczywistość małego dziecka ogranicza się do „tu i teraz” i roztaczanie przed nim wizji samodzielności nie jest dla malucha atrakcyjne, jeżeli nie sprawia tym przyjemności mamie albo innym bliskim osobom. Ono nie zna siebie innego, niż jest, a porównywanie go do pełnosprawnych rówieśników czy rodzeństwa nie jest najlepszym sposobem motywowania do pracy. Zresztą wszelkie porównania, w których byłoby gorsze od jakiegokolwiek dziecka w podobnym wieku, czyni z tego dziecka rywala, a niepełnosprawny maluch zaczyna poznawać smak wartościowania człowieka z punktu widzenia własnej sprawności. Tego w żadnym wypadku nie należy robić.



Ponieważ z racji wieku dziecko do momentu osiągnięcia dojrzałości szkolnej jest mocno emocjonalnie i fizycznie zależne od rodziców, dlatego rodzicom wolno próbować przekraczać wraz z dzieckiem kolejne pułapy aktualnych możliwości malucha, bardzo chwalać za sukcesy i lekceważąc porażki z przesunięciem uwagi na wiek, w którym nie wszystkim dzieciom udaje się osiągać cele. Dziecko, mając świadomość, że rośnie, w sposób naturalny odkłada wykonanie nieudanego zadania na później bez urazu psychicznego.

W podobny sposób można jeszcze postępować w pierwszych latach szkoły, i tu rzeczywiście wskazane jest wypróbowanie wszelkich sposobów wydobywania z ucznia całego potencjału jego zdolności i umiejętności, aby stawał się coraz bardziej niezależnym człowiekiem. Wraz z przechodzeniem z wieku dziecięcego do okresu dojrzewania zmienia się stosunek dziecka do świata. Staje się samodzielne, rozumie swoją sytuację i zaczyna kreować własny wizerunek na tle rówieśników, a głównym regulatorem jego zachowania są procesy emocjonalno-motywacyjne zmierzające do podwyższenia bądź tylko podtrzymania poczucia własnej wartości. Jest to jeden z istotnych elementów ugruntowania swojej pozycji w grupie społecznej, której członkowie – rówieśnicy postępują podobnie. Pojawiają się pierwsze próby uniezależniania się od opinii dorosłych, nawet dotychczasowych autorytetów, co jest wyrazem niezależności sądów i opinii, a także rozwoju myślenia. Oprócz tej niewątpliwiej autonomii psychicznej, pojawia się zdolność do krytycyzmu i samokrytycyzmu, skłonność do poszukiwania swojej indywidualności, niezależność podejmowanych decyzji, snucie planów życiowych nie zawsze zgodnych z intencjami rodziców i sugestiami pedagogów. Jest to bardzo ważny etap rozwoju człowieka, ale w sytuacji, gdy dziecko jest niepełnosprawne, a rodzice przez całe lata byli i nadal czują się odpowiedzialni niemal za każdy jego krok, każdą decyzję, trudno im przyjąć do wiadomości, że ich dziecko jest naprawdę samodzielne, chociaż to był i nadal jest celem ich wieloletniego trudu. Podobnie jak niektórzy rodzice dzieci pełnosprawnych cierpią na „syndrom pustego gniazda”, kiedy ich dorosłe dzieci wyprowadzają się z domu, tak czują się rodzice dzieci niepełnosprawnych, kiedy ich udział w życiu córki lub syna nie jest już tak chętnie widziany przez potomka.

Przyzwyczajenie do pokonywania z dzieckiem wszystkich trudności, uczestniczenie w rozwiązywaniu problemów i dzięki temu większa niż przeciętna zażyłość istniejąca między rodzicami (szczególnie matkami) a dorastającymi dziećmi z niepełnosprawnością sprawia, że rodzice nie mogą do końca uwierzyć we wspólny sukces dziecka i ich samych, więc chcą nadal

trzymać rękę na pulsie i jeśli nie kontrolować, to przynajmniej monitorować jego poczynania. Tymczasem dziecko może sobie wyraźnie tego nie życzyć, a z drugiej strony poczucie wdzięczności i zobowiązania wobec rodziców nie pozwala mu na otwarte przeciwstawienie się próbom ingerencji w jego życie. Jeśli rodzice nie wykażą dość taktu i nie potrafią zdać ostatniego już egzaminu z rodzicielstwa, to nie pozwolą dziecku na całkowite uniezależnienie się psychiczne i tym samym zniweczą własny i dziecka wieloletni trud, którego uwieńczeniem miała być właśnie pełna autonomia niepełnosprawnego człowieka. Zdobycie i utrwalenie niezależności w wypadku dojrzewającej osoby z niepełnosprawnością jest nieporównanie trudniejsze niż w przypadku pełnosprawnych rówieśników.

W tym miejscu pojawiają się moje wątpliwości: jak długo i do jakiego stopnia rodzice, wychowawcy i ewentualnie inne osoby z najbliższego otoczenia mają prawo ingerować w życie młodego człowieka z niepełnosprawnością? Oczywiście, że wszyscy bliscy chcą chronić go przed ewentualnymi porażkami, których w jego życiu było dużo więcej niż w życiu pełnosprawnych rówieśników. Tak próbują chronić swoje dorastające dzieci prawie wszyscy rodzice, ale w końcu na wyraźne ich życzenie przyznają im prawo do popełniania błędów, czasem odwołując się we wspomnieniach do własnej młodości. Takiego odwołania nie ma wobec dorastających dzieci z niepełnosprawnością, bo nie ma analogii w sposobie dochodzenia do autonomii, a uwolnienie się od wieloletniego przyzwyczajenia do asystowania dziecku jest trudne. Podobnie zachowują się pedagodzy, którzy dumni z osiągnięć podopiecznych, mają poczucie udziału w tym sukcesie i uzurpują sobie nadal prawo do ingerowania w decyzje wychowanka w obawie przed zniweczeniem ich wysiłku. Młody człowiek z niepełnosprawnością musi mieć dużo więcej odwagi cywilnej i wykazać się dużo większą dojrzałością psychiczną niż jego pełnosprawni koledzy, aby przeciwstawić się tym naciskom, unikając jednocześnie poczucia winy jako „niewdzięcznik”.

### Paradoks „światlanej przyszłości”

Jest jeszcze następny problem, nadal związany z dorastaniem i dorosłością osoby niepełnosprawnej, która osiągnęła bardzo dużo w zakresie autonomii, sprostała oczekiwaniom rodziny i nauczycieli w zakresie nauki szkolnej i oczywiście oraz logiczne wydaje się wszystkim, że skoro już tyle można było zdobyć, to kontynuowanie tej drogi przez wychowanka jest sprawą przesą-

dzoną. Podobnie jak od bardzo dobrego absolwenta szkoły średniej oczekuje się, że będzie kontynuował naukę na poziomie uniwersyteckim, zdobędzie bardzo dobry zawód i będzie pełnił odpowiedzialną funkcję w społeczeństwie, tak samo mniej więcej kształtują się oczekiwania wobec zdolnych i dotychczas niezawodnych osób niepełnosprawnych. Często roztacza się przed nimi wizję wspaniałej przyszłości, w której niepełnosprawność nie jest już żadną przeszkodą, chociaż realia są inne. Jest to bardziej marzenie najbliższych, które rzadko spełnia się w rzeczywistości, bo młodzi ludzie utwierdzani w przekonaniu o swojej wyjątkowości, poczuciu kontroli nad własnym życiem, sprawczości, po spełnieniu wszystkich wymagań związanych z formalnym przygotowaniem do samodzielnego dorosłego życia napotykają na takie same problemy związane z zatrudnieniem, założeniem rodziny, materialnym aspektem korzystania w pełni z oferowanych przyjemności życia, jak większość ludzi pełnosprawnych z tym samym wykształceniem i możliwościami intelektualnymi. Jednak osiągnięciami młodego człowieka pełnosprawnego nikt specjalnie się nie zachwycał podczas zdobywania kolejnych etapów niezależności w przeciwieństwie do młodych, ambitnych osób z niepełnosprawnością. To dało im poczucie pewnej wyjątkowości i rzeczywiście zasługują na uznanie, kiedy porównamy ich wysiłek i wkład pracy, zaangażowanie i determinację. Zachwyt nad ich osiągnięciami nie może jednak przesłaniać konieczności roztoczenia przed nimi wizji trudności wspólnych dla wszystkich absolwentów szkół i uczelni wyższych, a wynikających z przyczyn ekonomicznych, społecznych i wielu innych, zupełnie niezależnych od wchodzących dopiero w świat dorosłości młodych ludzi.

Dla otoczonych dotychczas nieco większą protekcją rodziców i wychowawców młodych ludzi z niepełnosprawnością takie zetknięcie się z bezwzględną rzeczywistością, na którą nikt ich nie przygotował, może zadziałać destrukcyjnie. Nie oznacza to, że już w okresie młodzieńczym, kiedy osoby te pokazują, że są w stanie sprostać wielu wymaganiom społecznym, o których wcześniej nawet nie marzyli ich rodzice, trzeba zostawić ich samych sobie. Nie dadzą rady, zwłaszcza dlatego, że osiągnięcie dobrych rezultatów w nauce szkolnej i nauce samodzielności życiowej jest najczęściej związane z nakładami finansowymi na sprzęt rehabilitacyjny, a ich psychika jest nadal bardzo krucha i narażona na załamanie lub choćby zniechęcenie, gdy piętrzą się trudności nieznane ich pełnosprawnym rówieśnikom. Pewność wsparcia ze strony najbliższych we wszystkich poczynaniach musi towarzyszyć osobom z niepełnosprawnością w sposób bezwzględny, a to oznacza, że również wówczas, gdy

nagle młody człowiek powie, że ma dość wyścigu do samodzielności i udowadniania otoczeniu oraz sobie samemu własnej wartości, to jego decyzja powinno być uszanowane.

Bardzo wątpliwe jest, że człowiek, który osiągnął więcej, niż wydawało się możliwe jemu samemu i otoczeniu, nagle pod wpływem zmęczenia czy impulsu nieznanego pochodzenia zrezygnuje i zawróci z obranej drogi. Jeśli jednak przechodzi chwilowe załamanie, to nie ma najmniejszego sensu motywować go do podejmowania działań, które w tej chwili wydają mu się nieosiągalne. Jest to kryzys, ale chwilowy, a regeneracja sił psychicznych wymaga czasu i przede wszystkim akceptacji otoczenia, czyli zgody na odpoczynek. W przeciwnym wypadku dalsze motywowanie młodego człowieka (zresztą dotyczy to człowieka w każdym wieku) nie ma sensu i przynosi skutek odwrotny w postaci buntu, czemu towarzyszy poczucie winy, więc kryzys się pogłębia albo w postaci rezygnacji z braku sił, albo braku wsparcia ze strony bliskich. Ta druga sytuacja jest o tyle niebezpieczna, że wiąże się z dodatkową informacją ze strony osób dotychczas wspierających rozwój: możesz na mnie liczyć, jeśli postępujesz zgodnie ze wspólnie podjętymi wcześniej założeniami, ale skoro okazałeś się zbyt słaby, aby im sprostać, to zawiodłeś pokładane w tobie nadzieje i zaufanie. W rzeczywistości to nie jest prawdziwe myślenie ani ocena osób bliskich, ale gdy nagle opiekunowie znajdują się w sytuacji nieprzewidzianego dotychczas zachowania młodego podopiecznego, sami czują się zawiedzeni, zatroskani o jego dalsze losy, a jedyne, co wydaje im się w tym momencie słuszne, to motywować do dalszego wysiłku.

W pewnym stopniu pojawienie się takiego kryzysu u młodego człowieka obciążonego psychicznie i fizycznie ponad miarę przez wiele lat jest czymś naturalnym z punktu widzenia psychologa, tym bardziej że ten moment można by traktować jako opóźniony jawny bunt przeciwko pewnym decyzjom rodziców wobec własnej osoby. Podobny bunt pełnosprawni rówieśnicy manifestowali kilka lat wcześniej, ale dzieci z niepełnosprawnością zwykle są nieco dłużej zależne od rodziców i ich związek emocjonalny, a także bezpośrednia fizyczna bliskość powoduje, że są bardziej uległe rodzicom, a odwaga wyrażania własnego zdania pojawia się później, wraz z nabyciem pewności co do swojej niezależności i z dojrzałością do samostanowienia.

Błąd rodziców, czasem też pedagogów, polega na tym, że nie przygotowali wcześniej młodzieży z niepełnosprawnością do realiów rzeczywistości. Oczywiście takie przygotowanie nie może być brutalnym stwierdzeniem w którymś momencie rehabilitacji, że chociaż osiągniesz bardzo dużo, to i tak niewiele

z tego będziesz mógł zrealizować. Raczej przekaz powinien brzmieć, że chociaż osiągniesz dużo, to nadal będzie ci trudno wykorzystać wszystkie twoje możliwości w samodzielnym dorosłym życiu, ale mimo przeciwności nadal trzeba dążyć do realizacji zamierzeń i marzeń, a bliskie ci osoby nadal będą ci towarzyszyć. Młodzi pełnosprawni ludzie uczą się tego od starszych kolegów, rodzeństwa, z obserwacji rynku pracy, podpatrują sposoby rywalizacji i próbują ich już w szkole, ale oni są w porównywalnej sytuacji, o podobnej sprawności organizmu i nie są narażeni na ocenę społeczną inną, niż wynikającą z ich właściwości psychofizycznych i kompetencji społecznych. Tego niestety nadal nie można powiedzieć o ocenie osób z niepełnosprawnością przez potencjalnych pracodawców, ewentualnego partnera życiowego czy potencjalnych przyjaciół.

## Podsumowanie

Inkluzja nie jest jeszcze faktem dokonanym w wielu społeczeństwach. Proces integracji nadal trwa, jednak w jego trakcie doprowadzą błędy do niskiego poziomu inkluzji w przyszłości (Konarska 2012; Lechta 2012). Inkluzja wymaga zmian w świadomości całego społeczeństwa, a zmiany w systemie edukacyjnym i prawnym – aczkolwiek niezbędne – są tylko prelude. O odpowiednie kształtowanie świadomości trzeba dbać od najwcześniejszych lat życia każdego nowego członka społeczeństwa przez integracyjne działania, które nie pozwolą na wątpliwości, czy niepełnosprawne dziecko ma takie same prawa jak dziecko pełnosprawne i czy społeczeństwo ma takie same wobec niego obowiązki.

Przygotowanie młodzieży z niepełnosprawnością do stałej konfrontacji z realiami otoczenia i własnymi możliwościami jest jednym z najtrudniejszych zadań wychowania rehabilitującego w okresie młodzieńczym, bo w pewnym sensie jest to „wylanie kubła zimnej wody” na człowieka, któremu dotychczas wpajano sensowność walki z samym sobą i z innymi o niezależność. Obowiązkiem rodziców i pedagogów jest ukazanie również ciemnej strony samorealizacji i autonomii ludzi z niepełnosprawnością w społeczeństwie, gdzie podstawą oceny drugiego człowieka jest standard i często jeszcze brak akceptacji dla „inności”. Młodzi ludzie muszą nauczyć się odporności na niepowodzenia w nowym środowisku. Ich odporność psychiczna będzie narażona na próby, z których nie zawsze będą wychodzić zwycięsko, ale zawsze muszą umieć się podnieść i – tak jak każdy – z porażki wyciągnąć wnioski na przyszłość. W ten

sposób samo dążenie do integracji, a w końcu inkluzji społecznej nie będzie czystą ideą spełniania powinności rodzicielskiej i pedagogicznej, ale stanie się mądrym, odpowiedzialnym procesem, który ma na względzie przygotowanie człowieka z niepełnosprawnością do życia w inkluzji z pełną świadomością jasnych i ciemnych stron tej koegzystencji.

Podobną odpowiedzialnością obarczeni są pedagodzy realizujący proces integracji, rozumiany jako pierwszy i niezbędny etap inkluzji, ale oni równocześnie mają za zadanie ukształtowanie na odpowiednim poziomie wiedzy swoich pełnosprawnych wychowanków na temat niepełnosprawnych kolegów, a dopiero na bazie tej wiedzy możliwe jest ukształtowanie osobowości wolnej od uprzedzeń i od stereotypowej, powierzchownej oceny drugiego człowieka.

## Bibliografia przedmiotowa

- Ainsworth M., Blehar M., Waters E., Wall S. (1978), *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*, Erlbaum, New York
- Bilewicz M. (2012), *Poziom pełnienia ról społecznych przez młodzież z uszkodzonym wzrokiem*, [w:] *Wielość obszarów we współczesnej pedagogice specjalnej*, red. Z. Palak, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Bowlby J. (1969), *Attachment and loss*, vol. 1: *Attachment*, Basic, New York
- Bowlby J. (2007), *Przywiązanie*, PWN, Warszawa
- Carter B.B., Spencer V.G. (2006), *The Fear Factor: Bullying and Students with Disabilities*, "International Journal of Special Education", vol. 21, nr 1
- Castellano C. (2004), *A brief look at the education of blind children*, „Future Reflections”, Spring/Summer
- Horowitz L.M., Bartholomew K. (1991), *Attachment Styles among Young Adults – A Test of a Four-Category Model*, Routledge, London–New York
- Konarska J. (2003), *Childhood experiences and self-acceptance of teenagers with visual impairment*, "International Journal of Special Education", vol. 18, nr 2
- Konarska J. (2008), *Inny – nie znaczy gorszy*, [w:] *Przeciw wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych*, red. L. Frąckiewicz, IPiSS, Warszawa
- Konarska J. (2012), *Integrácia-inkluzia alebo špeciálne vzdelávanie?*, [w:] *Výchovný aspekt inkluzívnej edukácie a jeho dimenzie*, red. V. Lechta, Iris, Bratislava
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 2 kwietnia 1997 r. (art. 30), Dz. U. Nr 78, poz. 483, 1997 r.
- Konwencja Praw Dziecka (Convention on the Rights of the Child) przyjęta przez ONZ 20 listopada 1989 r.
- Lechta V. (2012), *Úspešnosť versus neúspešnosť inkluzie z transdidaktického aspektu*, [w:] *Výchovný aspekt inkluzívnej edukácie a jeho dimenzie*, red. V. Lechta, Iris, Bratislava

- Lukoff J.F., Whieteman M. (1970), *The social sources of adjustment to blindness. American Foundation for the Blind Research, Series nr 21*, New York
- Ustawa o systemie oświaty z dn. 7 września 1991 r. Dz. U. Nr 256, poz. 2572 ze zm. 2004 r.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz. U. Nr 123, poz. 776, 1997 r.
- Wiener M. (1998), *Pozycja socjometryczna uczniów z zaburzeniami rozwojowymi w klasie szkolnej*, „Szkoła Specjalna”, nr 3

## Prevention of rehabilitative paradoxes in euphoria of inclusion

### Summary

In view of the international pressure for integration of disabled people, there appeared in recent years intensified interdisciplinary actions to prepare the society to accept persons with disabilities. The result of these efforts is the willingness of schools to accept students with disabilities. However, it may not necessarily reflect an awareness of the consequences of inclusive education and proper preparation of teachers, curricula and schools themselves. A question also appears as to what extent we have the right to interfere in the personality of a rehabilitated person in the name of inclusion. The euphoria accompanying inclusion favours making mistakes, and their indication should lead to reflection and prevention of paradoxical actions.

Key words: inclusion, rehabilitation paradoxes, rehabilitation, education

## **W stronę kompetencji społecznych. Edukacja przeciw wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych intelektualnie**

### Streszczenie

Do kluczowych pojęć pojawiających się w rozważaniach nad problemami czasów współczesnych należą terminy integracja / inkluzja oraz opozycyjne kategorie: wykluczenie i ekskluzja, marginalizacja (Kowalak 1998). Ujmowane są w różnych kontekstach – raz jako procesy, innym razem jako cele, skutki, przyczyny, metody, zadania, środki. Niniejszy artykuł jest skupiony na kwestiach przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób z niepełnosprawnością intelektualną w lżejszej postaci. Przedstawiam opis kompetencji, których ukształtowanie pozwoliłoby minimalizować zagrożenie wykluczeniem społecznym osób niepełnosprawnych intelektualnie. Wyrażam przekonanie, że zaprezentowane materiały badawcze jak i postulaty pedagogiczne mogą być pomocne w pracy z różnymi grupami osób niepełnosprawnych i ich rodzin.

Słowa kluczowe: zapobieganie ekskluzji jako zadanie polityki społecznej; kształtowanie kompetencji życiowych drogą przeciwdziałania wykluczeniu, zadania rodziny i szkoły

### Wprowadzenie

W niniejszym opracowaniu rozważam w sposób interdyscyplinarny zjawisko wykluczenia, które zatacza obecnie coraz szersze kręgi. Łączę refleksję antropozoficzną, socjologiczną, ekonomiczną z normalizacyjno-włączającym paradygmatem rehabilitacji. Dokonuję konfrontacji założeń teoretycznych z praktyką – co samo w sobie wyraża nawiązanie do jednego z podstawowych predyktorów polskiej szkoły rehabilitacji, jakim jest przygotowanie człowieka do sprostania wymaganiom życia codziennego. Przedstawiam wizję idealnego człowieka i jego egzystencji w dobie ponowoczesnej, posiłkując się konstruktem pojęciowym „inności-obcości”. Pokazuję mechanizmy scalania społecznego i drogi wykluczenia wzmiankowanej grupy. Charakteryzuję zadania instytucji wychowania, edukacji i opieki rodziny, szkoły i innych udzielających wsparcia osobom, które tego potrzebują dla uzyskania godziwej jakości życia.



## Wielokontekstowość zjawiska wykluczenia społecznego

Pojęcie, jak i sam problem ‘wykluczenia społecznego’ znacznie zyskał na popularności w ostatnich latach. Termin ten zastąpił używane wcześniej pojęcia, ‘ubóstwo’ i ‘podklasa’ (*underclass*). Terminem ‘wykluczenie społeczne’ określa się najczęściej sytuacje, kiedy pewna grupa staje się w jakimś stopniu niezdolna do uczestnictwa w ważnych aspektach życia społecznego, doświadcza ubóstwa i deprivacji, nie może korzystać ze swoich praw (Gaś 2006). Może mieć wymiar jednostkowy lub grupowy. Może dotyczyć całości życia lub określonych jego segmentów (praca, edukacja, konsumpcja). Może być analizowany w perspektywie procesualnej jak i statycznej. Jest obiektem badań w naukach społecznych, ekonomicznych, prawnych, pedagogicznych. Jest opozycją wobec zintegrowania, scalenia, włączenia.

Ostatecznie definicja wykluczenia społecznego przyjęta w dokumencie Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski precyzuje, że wykluczenie społeczne to brak lub ograniczenie możliwości uczestnictwa, wpływu i korzystania z podstawowych instytucji publicznych i rynków, które powinny być dostępne dla wszystkich (Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski 2003: 23). Jest więc to zjawisko wielowymiarowe oznaczające niemożność uczestniczenia nie tylko w życiu gospodarczym, ale i politycznym, a przede wszystkim cywilizacyjnym. To brak dostępu do zasobów, instytucji i dóbr; ograniczenie praw społecznych i deprivacja potrzeb.

Pojęcie wykluczenia społecznego pojawiło się najwcześniej w socjologii (Giddens 2004: 346). „Wykluczenie odnosi się do sytuacji, w której jednostki pozbawione zostają możliwości pełnego uczestnictwa w społeczeństwie. Wykluczenie jest pojęciem szerszym niż pojęcie podklasy i ma nad nim tę wyższość, że podkreśla zakresowość i warunkowość wykluczenia” (Frąckiewicz 2005: 12–13). Wykluczenie może mieć aspekt ekonomiczny, polityczny, społeczny. Z punktu widzenia kontekstu sytuacyjnego może być analizowane jako strukturalne, fizyczne, normatywne.

Wykluczenie strukturalne jest zależne od miejsca zamieszkania i dochodów (poniżej granicy ubóstwa). Wykluczenie fizyczne ma związek z wiekiem, niepełnosprawnością i poziomem wykształcenia rodziców. Natomiast wykluczenie normatywne odnosi się do sytuacji związanych z konfliktami z prawem, brakiem odpowiednich przepisów prawnych w odniesieniu do migrantów (Czapiński, Panek 2004).

Wyróżnia się też cztery podstawowe wymiary wykluczenia społecznego:

- wyłączenie z aktywności zawodowej (bezrobocie, niepełnosprawność),
- wyłączenie z konsumpcji (ubóstwo),
- wyłączenie z mechanizmów wpływu i władzy (marginalizacja kulturowa i polityczna),
- wyłączenie ze społeczności (samotność) (Grotowska-Leder 2005).

Ważnym elementem wyjaśniającym zjawisko wykluczenia jest identyfikowanie zasadniczych kwestii odpowiedzialnych za sytuację życiową ludzi dotkniętych tymi procesami (Grotowska-Leder 2005). Są nimi czynniki:

- biologiczne – będące zwykle pochodną ograniczenia własnych zdolności, stanu zdrowia, sprawności, np. niepełnosprawni, chorzy, upośledzeni,
- rynkowe – wiążące się z konkurencyjnością na rynku pracy, a także podażą i popytem na określone kategorie wykształcenia czy zawód, np. niskie wykształcenie, niepopularny zawód, nieodpowiednie kwalifikacje,
- kulturowe – wynikające z odmiennych wzorców, obyczajów, wartości i przekonań, np. mniejszości religijne, etniczne.

Termin wykluczenia społecznego jest trudny do precyzyjnego zdefiniowania, gdyż w zakresie pojęcia mamy do czynienia z kilkoma nakładającymi się wymiarami marginalizacji. Niepodejmowanie nie ze swojej woli społecznie akceptowanej, zwyczajowej drogi życiowej lub wypadanie z niej dotyczy osób, rodzin lub grup ludności, które posiadają jedną lub więcej cech konstytutywnych:

- brak dostępu do odpowiednich instytucji pozwalających na wyposażenie w kapitał życiowy, jego rozwój i pomnażanie, co występuje np. w wyniku niedorozwoju tych instytucji spowodowanego brakiem priorytetów, brakiem środków publicznych, niską efektywnością funkcjonowania,
- brak kapitału życiowego umożliwiającego np. zdobycie odpowiedniego poziomu kwalifikacji, wejście na rynek pracy lub założenie rodziny, co dodatkowo utrudnia dostosowywanie się do zmieniających się warunków społecznych i ekonomicznych,
- doświadczanie niszczącego działania innych osób, np. przemocy, szantażu, indoktrynacji, dyskryminacji wnikających z niedorozwoju ustawodawstwa, kulturowych uprzedzeń, stereotypów,
- dotknięcie niekorzystnymi procesami społecznymi, wynikającymi z masowych i dynamicznych zmian rozwojowych, np. deindustrializacji, kryzysów, gwałtownego upadku branż czy regionów,

- posiadanie cech utrudniających korzystanie z powszechnych zasobów społecznych z powodu niesprawności, uzależnienia, długotrwałej choroby albo innych cech indywidualnych,
- życie w niekorzystnych warunkach ekonomicznych (ubóstwo materialne).

Wykluczenie – zerwanie więzi z resztą społeczeństwa – to zjawisko wielowymiarowe, trwałe i wzmocnione przez degradację zbiorowych zasobów materialnych i kulturowych i niekorzystną sytuację.

Wykluczenie społeczne jest więc niewątpliwie pojęciem niejednorodnym, obejmującym złożoną, zmienną klasę zjawisk. Zbiorowość osób wykluczonych jest zróżnicowana zarówno zewnątrz, jak i wewnątrz. Osobami i grupami szczególnie narażonymi na wykluczenie społeczne są: bezdomni, członkowie mniejszości narodowych (np. członkowie społeczności romskiej), członkowie mniejszości etnicznych, długotrwale bezrobotni, dzieci i młodzież ze środowisk zaniedbanych, dzieci wychowujące się poza rodziną, imigranci, kobiety pozostające poza rynkiem pracy, kobiety samotnie wychowujące dzieci, niepełnosprawni, ofiary patologii życia rodzinnego, osoby chore psychicznie, osoby o niskich kwalifikacjach zawodowych, osoby opuszczające zakłady karne/poprawcze, osoby żyjące w bardzo trudnych warunkach mieszkaniowych. Skutkiem wykluczenia może być pozbawienie władzy i dostępu do podejmowania decyzji, mniejsza liczba praw, a zwiększenie liczby obowiązków, ograniczenie możliwości wyboru, gorsza sytuacja ekonomiczna i niższa pozycja ekonomiczna, bariery w dostępie do edukacji, zatrudnienia i wypoczynku itp., narażenie na społeczny presję i ostracyzm, dyskryminacja prawna, stygmatyzacja i praktyki dyskryminujące (Mahler 1995).

Wykluczenie ma też aspekty subiektywne. Są to pewnego rodzaju uczucia i oceny (postawy) członków grup zmarginalizowanych: poczucie deprywacji (poczucie, że nie można zaspokoić potrzeb) i zagrożenia, frustracja (stan napięcia spowodowany deprywacją mogący prowadzić do agresji), alienacja (wyobcowanie, poczucie izolacji), świadomość nieudanego życia i obwinianie się za to, świadomość braku umiejętności kierowania własnym życiem, fatalizm oraz pesymizm i strach przed przyszłością (Mahler 1996).

Jak się zdaje, ludzie z niepełnosprawnością intelektualną generują atrybuty słabości mogące ich lokalizować wśród osób przynajmniej zagrożonych wykluczeniem. Przyczyn kumulacji czynników marginalizujących upatrywać należy, moim zdaniem, w cechach dysfunkcji i społecznie konstruowanych miarach człowieczeństwa. Wskazuje na to opcja kulturowa w studiach nad niepełnosprawnością.

## Od dysfunkcji biologicznej do upośledzenia społecznego. Opcja kulturowa i dyskurs inności – obcości

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną stanowią najliczniejszą kategorię wśród ludzi niepełnosprawnych w wieku rozwojowym. Ich życie, a także jego obraz w świadomości ogółu wydaje się być nacechowany różnego typu dychotomiami, które stają się widoczne na różnych etapach życia i w różnych sytuacjach. I tak już sam charakter dysfunkcji zdaje się być w opozycji do wymagań współczesnego świata i przyjętych w nim miar człowieczeństwa, a zwłaszcza wysokiej oceny sprawności intelektualnej, zdolności do życia niezależnego, do racjonalnego myślenia, decydowania i sprawnego przystosowania się do zmian. Czytelnym wykładnikiem wyobrażeń o idealnym człowieku są wymagania stawiane przez pracodawców. Jak wynika z badań zawartości ogłoszeń w urzędach zatrudnienia, wymarzony przez nich pracownik jest heteroseksualny, kochający żonę i dwoje dzieci, znający trzy języki obce, posiadający wyższe wykształcenie techniczne. Typ ten cechuje się jednak pewnym schizoidalnym rysem – choć kocha rodzinę, gotów jest ją przesunąć na dalszy plan, aby bez reszty poświęcić się pracodawcy i pracy. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą być uznane za szczególnie słabe i obce (Bauman 2011; Benedyktynowicz 2000). Tradycyjnie wyposaża się je w cechy upośledzające dokonywanie trafnego osądu rzeczy i sytuacji. Zwraca się przy tym uwagę na dychotomię między rozwojem poznawczym, emocjonalnym i ruchowym, ukazując znaczniejsze skutki niepełnosprawności intelektualnej dla sfery poznawczej (Dykcik 1996; Kirejczyk 1984; Obuchowska 1996; Wyczesany 2009). Ludzi niepełnosprawni intelektualnie mogą być zaliczani do kategorii innych-obcych i mogą być zagrożeni marginalizacją. Należy wspomnieć, że w szczególności narażone na ekskluzję są osoby, w których doświadczeniu kumulują się niekorzystne cechy sytuacji życiowej. Chodzi nie tylko o skutki dysfunkcji, ale i cechy usytuowania w strukturze społecznej. W przypadku osób z lekką niepełnosprawnością widoczne są relatywnie mniejsze uszkodzenia natury biologicznej, jednak ich ilość bywa znacząca. U większości ludzi z tej grupy na słabość procesów poznawczych nakładają się skutki zaniedbań i traumatycznych przeżyć – bowiem tylko 40% dzieci z tej grupy wychowuje się w wydolnych wychowawczo rodzinach (Wyczesany 2009). Natomiast u osób z głębszym stopniem uszkodzenia wyraziste są, a przez to i łatwiejsze do zdiagnozowania biologiczne czynniki sprawcze.

## Profilaktyka wykluczenia społecznego – koncepcje teoretyczne nowe i nie nowe

Ochrona przed wykluczeniem społecznym wymaga działań systemowych na poziomie polityki społecznej państwa. Istotne jest w tym zakresie:

- traktowanie przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu jako priorytetu polityki publicznej,
- traktowanie walki z ubóstwem i wykluczeniem w kategoriach zintegrowanej polityki społecznej, nie jako domeny pomocy społecznej,
- traktowanie wydatków na politykę społeczną nie jako kosztu, ale prorozwojową inwestycję,
- zmiana alokacji nakładów na zabezpieczenie społeczne zamiast szukania oszczędności w sferze socjalnej,
- przeznaczenie większych środków publicznych na świadczenia usługowe i rzeczowe (*benefits in kind*),
- przeznaczenie większych środków publicznych na politykę, której beneficjentami będą dzieci i rodziny z dziećmi (Szarfenberg 2006).

Są to poczynania pozwalające na tworzenie programów całościowego planowania życia z racjonalnym spożytkowaniem zasobów ludzi niepełnosprawnych – kompetencji uzyskanych przez nich w toku edukacji i mocnych stron ich samych. Wystarczyłoby wprowadzić w życie postulaty aktywnej polityki społecznej ujęte w trzech strategiach już w latach 90. XX wieku w Polsce, a mianowicie:

- rehabilitacji integracyjnej – której celem naczelnym jest normalizacja i równość szans możliwa dzięki: zabezpieczeniu ekonomicznym, mieszkaniowym, zapewnieniu środków transportu i komunikacji, edukacji stosownej do zainteresowań, zdolności i potrzeb, dostępie do pracy (zwłaszcza w obrębie otwartego rynku), ochronie życia intymnego i prywatności, posiadaniu rodziny i życia w rodzinie, udziałowi w kulturze, akceptacji i szacunkowi ogółu. Warunkiem niezbędnym jest integracja fizyczna implikująca eliminację barier architektonicznych oraz – trudniejsza – integracja funkcjonalna i psychologiczna;
- edukacji rehabilitacyjnej – czyli dostosowania systemu edukacji zawodowej do wymagań rynku pracy, ale i do możliwości osób niepełnosprawnych (dobór pracy do człowieka), oddziaływanie na pracodawców i na osoby niepełnosprawne, organizacja kształcenia zawodowego i oddziaływanie na

ogół ludzi – kształtowanie zrozumienia potrzeby zatrudnienia człowieka niepełnosprawnego;

- rozwoju zatrudnienia – pamiętać tu należy o tezach sformułowanych przez Aleksandra Hulka (1978, 1991), według którego niepełnosprawność ma prawie zawsze charakter częściowy, a zatem należy wykrywać i rozwijać zachowane sprawności. Ponadto żadna praca nie wymaga od człowieka wykorzystywania wszelkich jego umiejętności. Zaś efekty rehabilitacji zależą w dużej mierze od motywacji, samozaufania, przystosowania do istniejących standardów, poziomu wykształcenia ogólnego i zawodowego, sytuacji. Sygnalizowane działania mają być uzupełnione organizacją rehabilitacji w rejonach wiejskich.

Idzie również o przemyślane działanie opieki społecznej (Tarkowski 1996). Podstawowe zasady racjonalizacji pomocy społecznej sformułowane zostały w latach 90. ubiegłego stulecia, są to:

- dominacja usamodzielnienia nad ochroną – ideologia empowermentu stosownie do właściwości jednostki,
- ograniczenie zasięgu – z pomocy ma korzystać tylko jej adresat, a nie cała jego rodzina,
- różnicowanie usług przy zachowaniu minimum,
- dostosowanie poziomu i zakresu usług do poziomu życia społeczeństwa,
- nadzór nad rozdawnictwem,
- rozwijanie form samopomocy i aktywizacja społeczeństwa (pomoc wzajemna ludzi),
- zapobieganie roszczeniowości i cwaniactwu użytkowników.

Należy pamiętać, że pomoc społeczna kosztuje, uzależnia i izoluje. Użytkownicy rzadko są zadowoleni. Jednak jest niezbędna.

## W stronę kompetencji społecznych

Zapobieganie wykluczeniu wymaga kształtowania kompetencji społecznych. Terminem tym określa się złożony i obszerny zestaw umiejętności niezbędnych do radzenia sobie w różnych sytuacjach i segmentach życia. Ich syntetyczne zestawienie przedstawia tabela 1.

Kompetencje społeczne powinny być rozwijane w domu rodzinnym i instytucjach edukacyjnych. Potrzeba na ich ukształtowanie więcej czasu z uwagi na wolniejsze tempo uczenia się osób z niepełnosprawnością intelektualną i ich słabsze kompetencje poznawcze. Uogólniając, należy zapewnić im wydłużenie

moratorium rozwojowego – czasu bezpiecznego uczenia się ról związanych z dorosłością.

Tabela 1. Kategorie kompetencji społecznych

Lp.	Typ sytuacji/aspekt życia	Typy umiejętności
1.	Ciało	Higiena, kosmetyka, seks, prokreacja, ubranie, odżywianie się, sport, radzenie sobie z dolegliwościami
2.	Osoba	Kultura bycia, wizja przyszłości, psychologiczne sytuacje trudne, cechy charakterologiczne pozwalające współdziałać, współżyć i rozwijać się, systemy wartości zgodne z normami, przewidywanie skutków działań
3.	Inni ludzie	Kultura zachowania się w różnych sytuacjach i wobec różnych osób Krytycyzm wobec pseudoautorytetów, zabezpieczenie przed wykorzystaniem i przemocą, sztuka rozwiązywania problemów bez przemocy Rodzice i rodzeństwo Grupa rówieśnicza Partner (seks, prokreacja, antykoncepcja) Własne dzieci Społeczność lokalna i instytucje Życie narodu
4.	Edukacja	Przygotowanie edukacyjne adekwatne do potrzeb i możliwości, kształcenie zawodowe dające szanse zatrudnienia
5.	Praca	Nawyk pracy, szacunek dla niej Przygotowanie i przystosowanie do pracy / do wykonywania określonego zawodu lub czynności, przystosowanie psychologiczne i społeczne do ról pracownika, podwładnego i współpracownika
6.	Własny dom	Urządzenie mieszkania, jego pozyskiwanie, utrzymanie
7.	Ekonomia	Planowanie budżetu, świadomość wartości pieniądza
8.	Samodzielność funkcjonalna	Porozumiewanie się, przemieszczanie, samoobsługa, samodzielne załatwianie spraw, obsługa urzędzeń
9.	Czas wolny	Wiedza o typach zajęć i sposobach ich realizacji

Opracowanie własne na podstawie: Sokołowska, Stępnik i in. 2002

Równie istotne są szeroko pojmowane zasoby rezyliencyjne, na które składa się:

- posiadanie wydolnej wychowawczo rodziny pochodzenia nieobarczonej zjawiskami patologii, zachęcającej do pełnienia ról znormalizowanych kontynuującej edukację do „życia społecznego” i „przez życie społeczne”, realizującej zasadę „kocham, pozwalam, choć się boję o dziecko”; w przypadku braku rodziny biologicznej lub jej patologizacji niezbędna jest piecza zastępcza i zapewnienie osobistego doradcy, który wspomagałby rozwój kompetencji, ucząc przez działanie;

- brak dodatkowych dysfunkcji i relatywnie wysokie zdolności, w tym zrównoważenie psychiczne;
- posiadanie wykształcenia i jego uzupełnianie;
- dostęp do pracy.

Wzmiankowane elementy sytuacji życiowej tworzą zestaw czynników stwarzających możliwości inkluzji osoby niepełnosprawnej. Godne podkreślenia są oddziaływania instytucji edukacyjnych i zaangażowanie nauczycieli i wychowawców, którzy wspomagają dzieci z rodzin niewydolnych. Bariery zaś stanowią brak moratorium, patologie w rodzinie pochodzenia lub w instytucjach ją zastępujących – brak odpowiednio przygotowanych kadr, ich niskie wynagradzanie (np. w ośrodkach szkolno-wychowawczych), braki edukacji, dodatkowe dysfunkcje.

W celu zwiększenia szans na sukces osób z rodzin zagrożonych patologizacją, niewydolnych, należałoby stworzyć systemowe rozwiązania dające możliwości:

- wydłużenia okresu kształcenia i zabezpieczenia przed eskalacją instrumentalizacji lub marginalizacji – chodzi tu o możliwości tworzenia warunków mieszkaniowych, materialnych, dostępu do wsparcia, gdy brak jest rodziny; rozwiązaniem mogłyby być rodziny zastępcze, adopcyjne i wydłużenie czasu moratorium pozwalającego dojrzewać w warunkach bezpieczeństwa socjalnego i emocjonalnego;
- monitorowania sytuacji życiowej niepełnosprawnych absolwentów różnych szkół w celu zoptymalizowania wysiłków pomocowych i edukacyjnych;
- zatrudnienia – dostęp do pracy jest bowiem najlepszą formą uniezależnienia człowieka od zasiłków z pomocy społecznej, które narażają na stygmatyzację i sprzyjają przydaniu etykiety obywatela drugiej lub trzeciej kategorii; rozwiązaniem mogłyby być spółdzielnie społeczne, formy *non profit* – na początek przy szkołach czy ośrodkach szkolno-wychowawczych.

Zarazem pragnę podkreślić, iż doskonale orientuję się, że te rozwiązania zdają się tracić rację bytu. Może jednak warto pomarzyć...

## Przesłanie pedagogiczne – praca z rodziną

Praca z rodziną dziecka niepełnosprawnego była i jest wyzwaniem sama w sobie. Jest to praca z pewnym systemem społecznym, w którym naruszenie jednego elementu implikuje skutki dla pozostałych. Jest to praca w pewnym kontekście społecznym – z rodziną, która żyje w konkretnej społecz-



ności z jej specyficznym sposobem myślenia, ze stereotypami tworzącymi bariery społeczne. Z ich istnienia wielu ludzi nie zdaje sobie sprawy. Oto kilka przykładów:

niepełnosprawność lub choroba jako sprawa wewnątrzrodzinna,  
z każdą niepełnosprawnością rodzina musi sobie poradzić,  
nie można tolerować nieradzenia sobie przez rodzinę,  
rodzina ma przeżywać na co dzień niepełnosprawność dziecka opłakując ją i nie ujawniając symptomów zadowolenia z życia,  
na wszystko są proste środki.

Praca z rodziną jest dziś zadaniem poradni, stowarzyszeń, podmiotów państwowych i niepublicznych, instytucji świeckich i wspólnot religijnych. Elementarne znaczenie posiada odciażanie rodzin poprzez usługi opiekuńcze, rehabilitacyjne, informowanie o przysługujących im uprawnieniach, świadczeniach, wspieranie w rozwiązywaniu codziennych problemów (Kościelska 1998; Pisula 1998). Czynnikiem, który określa formę i zakres pracy z rodziną, jest stosunek rodziców do niepełnosprawnego dziecka (Kielin 2003). Generalnie za Kannerem (1957) wyróżnić można dwa typy rodzin: odrzucających (jawnie lub niejawnie) dziecko lub je aprobujących. Efektywna praca z rodziną ma miejsce, gdy ta akceptuje dziecko z jego niepełnosprawnością lub gdy ma choćby poczucie obowiązku moralnego wobec istoty ludzkiej. W tym przypadku zadaniem specjalisty jest informowanie rodziców o potrzebie przygotowania dziecka do niezależnego życia w społeczeństwie. Powinien to być przekaz wiedzy o potrzebie kształcenia formalnego i pozaformalnego.

W pracy z rodziną dziecka niepełnosprawnego należy uwzględnić prawa rodzica do niewiedzy o tym, jak pracować z dzieckiem, jak wykonywać ćwiczenia, jak wspomagać w uczeniu się, szukania i uzyskiwania informacji na temat rozwoju i edukacji dziecka, szukania i otrzymywania wsparcia emocjonalnego, informacyjnego i w postaci usług (opieka, rozwiązywanie codziennych problemów), odczuwania zmęczenia i zniechęcenia, troszczenia się o własne zdrowie i zdrowie wszystkich osób będących pod jego opieką, akceptacji, niepotępienia za niepełnosprawność i słabość dziecka, uchylania poczucia winy. Oprócz praw rodzic ma też obowiązki: ponoszenia odpowiedzialności za dziecko, które powołał do życia, codziennej obserwacji jego rozwoju, systematycznej realizacji zadań związanych z jego rehabilitacją i edukacją. Do zadań specjalistów pionu opieki, edukacji, służby zdrowia należy zachęcanie rodziców do kontaktów z pedagogiem, wzmacnianie kompetencji rodziny i przywracanie jej poczucia kontroli poznawczej, udzielanie informacji na temat

rehabilitacji dziecka. Ponadto pamiętać należy o konieczności wzmocnienia i szanowania integralności rodziny, o wzajemnych związkach poszczególnych elementów systemu jakim jest rodzina.

Przedstawione wyżej, ogólne predykatory pracy z rodziną implikują formułowanie bardziej szczegółowych dyrektyw. Ukazują one różne zadania dla instytucji systemu rehabilitacji, opieki i wychowania, zwłaszcza konieczność dokonywania wczesnej diagnozy i podejmowania rehabilitacji.

Szczególnie z punktu widzenia dzieci z dysfunkcjami wrodzonymi lub nabytymi we wczesnym dzieciństwie istotne znaczenie posiada wczesna diagnoza i rehabilitacja, tak wczesna jak to możliwe, czasem już w momencie przyjścia dziecka na świat lub w pierwszych dniach jego życia. Rola tych dwóch procesów wiąże się z zapobieganiem pogłębiania się istniejących uszkodzeń i schorzeń, zwiększaniem efektywności działań usprawniających, zapobieganiem powstawania wtórnych skutków. Przede wszystkim jednak wczesne rozpoznanie wszelkich nieprawidłowości stwarza dziecku szansę na lepszą przyszłość. Ma prowadzić do określenia wszelkich jego zdolności, których rozwijanie zwiększy możliwości twórczego, pełnego i satysfakcjonującego życia. Poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz poradnie specjalistyczne określają rodzaj i stopień niepełnosprawności, wskazują odpowiednie formy kształcenia lub opieki i warunki niezbędne do realizacji potrzeb edukacyjnych, przedstawiają indywidualny program pracy z dzieckiem ze wskazaniem metod stymulacji, terapii oraz usprawniania ze wskazaniem form pomocy. Postępowanie orzekające wszczyna się jednak na wniosek rodziców lub innych prawnych opiekunów dziecka.

Wczesna diagnoza i rehabilitacja są prawem każdego człowieka, a zarazem są tylko etapami w życiu człowieka. Mają one znaczenie instrumentalne. Polega ono na przygotowaniu młodego człowieka do możliwie pełnego udziału w życiu społecznym, a zwłaszcza do edukacji. I tu znów rodzice wnioskuje o zapewnienie dziecku formy kształcenia wskazanej w orzeczeniu. Ostateczna decyzja o wyborze odpowiedniej formy i placówki kształcenia należy do rodziców lub prawnych opiekunów dziecka.

## Rodzina wobec edukacji dziecka niepełnosprawnego

Edukacja niepełnosprawnego dziecka, zwłaszcza w szkole masowej w miejscu zamieszkania, gdzie pobiera naukę siostra, brat, koledzy z sąsiedztwa, sprawia, że dziecko niepełnosprawne pozostaje członkiem rodziny, grupy

rówieśniczej i społeczności lokalnej. Ma szanse wzrastania w otoczeniu ludzi znanych, bliskich, kochanych. Oni też mogą cieszyć się postępami dziecka.

Dlatego rodzice powinni:

- ocenić korzyści, jakie ich dziecko może odnieść z podjęcia nauki, a kiedyś może i studiów wyższych, pamiętając, że edukacja da dziecku szanse awansu, niezależności, życia pełnego, godnego i twórczego;
- zachęcać dziecko do odkrywania i stwarzać szanse zaspokajania jego potrzeb poznawczych i rozwijania zainteresowań, gdyż każda pasja życiowa zwielokrotnia szanse jego sukcesu;
- mieć na uwadze fakt, iż czas dzieciństwa i młodości powinien być okresem twórczego poszukiwania własnej drogi życiowej – czasem na przekór tradycjom i schematom,
- myśleć o przyszłości dziecka, które kiedyś będzie musiało radzić sobie samo – edukacja zwielokrotni jego szanse na rynku pracy i w szeroko pojętym życiu społecznym;
- pamiętać, że dziecko w przyszłości będzie żyło wśród rówieśników jak inni ludzie, dlatego należy dać mu szanse poznawania złożonego świata społecznych relacji – edukacja pomoże znaleźć przyjaciół stanowiących oparcie, gdy zabraknie rodziców;
- stwarzać możliwości rozwiązywania problemów. Wszyscy je miewamy. Ten ich nie ma, kto nic nie robi. Napotykanie trudności może być treningiem w ich rozwiązywaniu. Dziecko ma nauczyć się życia z niepełnosprawnością;
- rozumnie wspierać dziecko, okazując mu miłość i troskę, ale bez ograniczania i wskazywania słabości;
- uwierzyć w możliwości dziecka, być dumni z jego osiągnięć i cieszyć się z nim, ono tego potrzebuje, to od rodziców dowiaduje się, kim jest;
- okazywać zaufanie dziecku, dostrzegać jego dojrzewanie do pełnienia różnych ról społecznych – ucznia, studenta, członka grupy, kimś kto kocha i chce być kochanym, pozwalać mu czerpać radość z młodzieńczych miłości;
- zwracać się o pomoc do fundacji, stowarzyszeń;
- korzystać z rozumnego wsparcia ze strony instytucji wiary – kontekst teoretyczny i zadania według personalistyczno-egzystencjalnej myśli chrześcijańskiej ks. Janusza Tarnowskiego (1992): szacunek dla dziecka – boskiego tchnienia – oznaczający miłość, odpowiedzialność i pracę.

Instytucja wychowawcy klasy wymaga modernizacji. Należałoby przeznaczyć więcej godzin na pracę wychowawczą i pracę z rodziną.

Typy informacji, które wychowawca, osoba relatywnie najczęściej kontaktująca się z rodziną, mógłby przekazywać rodzinom:

- wydłużenie czasu edukacji tak długo jak to jest niezbędne, tak długo jak to jest możliwe. Istotne znaczenie ma zapewnienie dziecku dostępu do wiedzy i nauki w szkole. Osoby, które nie podejmują nauki i nie uzupełniają kwalifikacji, podlegają wykluczeniu i wkraczają do subkultury nędzy;
- edukacja jest jedną z najlepszych form kompleksowej rehabilitacji. Niepełnosprawni mają szansę uzyskania profesjonalnej pomocy. Mają także okazję zdobycia informacji, które pozwolą lepiej radzić sobie w codziennym pokonywaniu barier i osiąganiu zadowolenia z życia. Chodzi tu o dostęp do wiedzy o przysługujących im prawach, szansach uzyskania wsparcia finansowego, rzeczowego, emocjonalnego i informacyjnego.

Poza informacjami na temat korzyści z edukacji należy zająć się doбором drogi edukacyjnej (szkoła specjalna czy masowa lub integracyjna) adekwatnym do możliwości dziecka i sytuacji rodziny. Obecnie edukacja dzieci niepełnosprawnych może mieć formę kształcenia specjalnego lub włączającego, może być prowadzona w systemie indywidualnym lub zbiorowym (grupy przedszkolne i klasy szkolne). O tym, jaką drogą edukacji wybrać, decydują rodzice. Ogólnie można powiedzieć za Arminem Löwe (1995): „nauczanie wspólne – kiedy to jest możliwe, nauczanie specjalne – gdy jest to niezbędne”, dodając, nauczanie w systemie klasowym – kiedy to jest możliwe, nauczanie indywidualne – gdy jest to niezbędne. Z punktu widzenia kompetencji formalnych bardziej liczy się dziś kształcenie osób niepełnosprawnych w placówkach ogólnodostępnych. Edukacja włączająca daje dzieciom i młodzieży niepełnosprawnej możliwość uzyskania szerszego zasobu wiedzy ogólnej, a także kształcenia, zwłaszcza zawodowego, adekwatnego do wymagań rynku pracy (Korzon 2006).

Specjaliści (np. Kosakowski 2005) wskazują potrzebę nie tylko stworzenia postaw legislacyjnych ale także tworzenia odpowiednich warunków bazowo-materialnych, zatrudnienia fachowców wspomagających rozwój i kształcenie dziecka z niepełnosprawnością, przygotowania merytorycznego i metodycznego nauczyciela-wychowawcy pod kątem potrzeb dziecka z niepełnosprawnością, podkreślanie osiągnięć dziecka, a nie jego braków, współpracy szkoły i nauczyciela z właściwymi placówkami specjalistycznymi oraz partnerskiej współpracy domu rodzinnego i szkoły, oddziaływania nauczycieli na społecz-

ność uczniowską i społeczność lokalną w celu zmiany wizerunku osób niepełnosprawnych.

Afirmatywne podejście do integracji osób niepełnosprawnych w szkołach masowych lub integracyjnych nie powinno jednak przekreślać zasadności istnienia instytucji specjalnych. Współcześnie zazwyczaj kształcą się w nich osoby z rozleglejszymi dysfunkcjami lub wywodzące się z rodzin niewydolnych wychowawczo. Kryterium umieszczenia dziecka w określonej instytucji – specjalnej lub masowej – powinno być dobro dziecka. Kształcenie w systemie specjalnym posiada liczne zalety, m.in. ogranicza doświadczanie inności i mniej-szej wartości, pozwala na uzyskanie wykształcenia, pomocy specjalistycznej, uczenia się w warunkach indywidualizacji, umożliwia kontakty społeczne z rówieśnikami i tworzenie więzi o typie przyjaźni, a także przyswojenie tradycji życia z niepełnosprawnością (wiedza o organizacjach społecznych, szansach wsparcia, technologiach dla osób niepełnosprawnych).

W perspektywie moratorium rozwojowego poza nauką w szkole, czasem przed nią i po jej zakończeniu, elementarne znaczenie posiada praca z rodziną dziecka niepełnosprawnego.

## Asystencja pedagogiczna i edukacja

Realizatorem wielorakich poczynań edukacyjnych, opiekuńczych i promocyjnych, np. na rynku pracy, powinien być pedagog z przygotowaniem do całościowego planowania życia i koordynowania różnorodnych działań wspierających w samodzielności w codziennym życiu, w zatrudnieniu. Byłby to odpowiednik kuratora uzupełniający rodzinę we wprowadzaniu młodego pokolenia w dorosłe życie i w pełnienie ról w społeczeństwie dorosłych poza domem opieki. Byłby to odpowiednik pracownika pierwszego kontaktu, ale działający na rzecz osoby niepełnosprawnej w środowisku otwartym – mający etat, działający transparentnie. Współdziałający z nauczycielami i wspomagający ich samych w rozwiązywaniu problemów dydaktyczno-wychowawczo-społecznych. Jego praca miałaby aspekt nie tylko kompensacyjno-ochronny, ale także aktywizująco-promocyjny.

W edukacji niepełnosprawnych intelektualnie należy realizować znane od lat zasady:

- dostosowanie edukacji do indywidualnych potrzeb i preferencji oraz w sposób ukierunkowany na dziecko i na rodzinę. Taki system łączy różne rodzaje opieki, edukacji i wsparcia, a charakteryzuje się tym, że wszystkie podsys-

temy podlegają jednolitym regulacjom dotyczącym jakości. Interesującym modelem są systemy wychowawcze i zajęcia integracyjne dla uczestników w różnym wieku (ang. *Age integrated services*). Mają one łączyć kilka funkcji edukacyjnych i opiekuńczych w jednej lokalnej placówce przedszkolnej, m.in. opiekę całodzienną, zabawy w grupach przedszkolnych, programy edukacji przedszkolnej, zajęcia w czasie wolnym dla małych dzieci oraz programy wspierania rodziców. Mam tu na myśli rodzaj *coachingu* wspierającego rodzinę i nauczyciela, a także sama osobę niepełnosprawną,

- „szkoły o zróżnicowanej ofercie usług” (ang. *broad-based schools*), „szkoły środowiskowe” (ang. *Community schools*) czy „szkoły zapewniające pełny zakres usług” (ang. *Fullservice schools*) (por.: *Children’s Aid Society*, 1997, cyt. za: Wilkinson i Pickett 2011). Szkoły o zróżnicowanej ofercie – funkcjonujące w jednym budynku, z jednym zespołem kierowniczym i pionem administracyjnym – świadczą kilka „usług” dla (małych pełno- i niepełnosprawnych) dzieci, ich rodziców i szerszej społeczności. Równocześnie prowadzą – w ramach jednej ze swych podstawowych funkcji – naukę czytania, pisania i matematyki. Oferta, która jest zharmonizowana z ofertą szkół podstawowych, obejmuje kompensacyjne programy przedszkolne i językowe (dla dzieci w wieku 3–6 lat), całodzienną, edukacyjnie ukierunkowaną opiekę (dla dzieci w wieku 0–6 lat) oraz rozszerzone programy w godzinach lekcyjnych i opiekę po godzinach lekcyjnych (dla dzieci w wieku 6–12 lat). Spójność i współpracę między osobami pracującymi w różnych pionach zapewniają okresowe zebrania z udziałem wszystkich pracowników, wspólne rozwiązywanie różnych spraw i okazjonalna wymiana kadry. Jeśli szkoły o szerokiej bazie potrafią konsekwentnie działać zgodnie z celami edukacyjnymi, łącząc intensywne programy przedszkolne – lub edukacyjną opiekę dzienną – dla małych dzieci i zajęcia prowadzone w ramach wspierania rodziny z misją edukacyjną szkoły, to ten model ma wiele wspólnego z programami łączonymi, w których osiąga się imponujące efekty długofalowe.

## Konkluzje czy iluzje?

Program szeroko pojmowanego przygotowania do życia należałoby realizować w szkole i w domu rodzinnym oraz w instytucjach zastępczych, wykorzystując formalny czas nauki i czas poza nauką, podejmując się działań intencjonalnych i nieintencjonalnych, planowanych, systemowych i okazjonalnych. Jak uczyć – można rzec nihil novi – wdrażając poczynania długotrwałe, skoor-

dynowane (rodzina + szkoła), kierując się realizmem w ocenie przydatności poszczególnych umiejętności i związkiem z praktyką życia codziennego.

W dobie reform oświatowych pojawiają się jednak wątpliwości i dylematy. Chodzi o to, czy są szanse edukacji do życia społecznego i przez życie społeczne w szkole masowej?

Jakie działania szkoły masowej są możliwe? Czy nadzieją jest tylko pedagogizacja rodziców i czy jest ona możliwa?

## Bibliografia

- Bauman Z. (2011), *44 listy ze świata płynnej rzeczywistości*, Wydawnictwo Literackie, Kraków
- Benedyktynowicz Z. (2000), *Portrety „obcego”. Od stereotypu do symbolu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków
- Children' Aid Society. Annual Report, 2013
- Czapiński J., Panek T. (2004), *Diagnoza społeczna 2004: Warunki i jakość życia Polaków*, Vizja Press & IT, Warszawa
- Dykcik W. (1996), *Społeczeństwo wobec autonomii osób upośledzonych umysłowo*, Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań
- Frąckiewicz L. (red.) (2005), *Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu*, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice
- Gaś B. (2006), *Profilaktyka w szkole*, WSiP S.A., Warszawa
- Giddens A. (2004), *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Grotowska-Leder J., Faliszek K. (red.) (2005), *Ekskluzja i inkluzja społeczna (wykluczenie społeczne)*, Wydawnictwo Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa
- Hulek A. (red.) (1991), *Spójny system służb socjalnych dla inwalidów i innych osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo TWK, Warszawa
- Hulek A. (1978), *Podstawy rehabilitacji*, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, PWN, Warszawa
- Kanner L. (1957), *Attitudes*, [w:] C. Springfield, *Child Psychiatry*, Illinois
- Kielin J. (2003), *Jak pracować z rodzicami dziecka upośledzonego*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Kirejczyk K. (1984), *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*, PWN, Warszawa
- Korzon A. (2006), *Edukacja niepełnosprawnych warunkiem wyrównywania ich szans w zjednoczonej Europie*, [w:] *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Między teorią i praktyką*, red. C. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn
- Kosakowski C. (2005), *Oblicza normalizacji warunków życia osób niepełnosprawnych – wielość problemów*, [w:] *Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*,

- red. C. Kosakowski, A. Krause, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn
- Kościńska M. (1998), *Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Kowalak T. (1998), *Marginalność i marginalizacja społeczna*, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa
- Löwe A. (1995), *Wychowanie słuchowe: historia, metody, możliwości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Mahler F. (1996), *Maldevelopment and Marginality*, [in:] *Insights into Maldevelopment*, ed. J. Danecki, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa
- Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski, dokument przygotowany przez Zespół Zadaniowy do Spraw Reintegracji Społecznej, powołany 14 kwietnia 2003 r. przez Prezesa Rady Ministrów
- Obuchowska I. (1996), *O autonomii w wychowaniu niepełnosprawnych dzieci i młodzieży*, [w:] *Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych*, red. W. Dykciak, Wydawnictwo Eruditus, Poznań
- Pisula E. (1998), *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa
- Sokołowska M., Stepniak K., Garstka K., Skoczek G., Lutze J. (2002), *Realizacja pilotażowego projektu pt. „Kształtowanie umiejętności życiowych uczniów w praktyce szkolnej w latach 2001–2002” we współpracy z WHO i UNICEF, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole”*, 5, 5–1 I.
- Szarfenberg R. (2006), *Marginalizacja i wykluczenie społeczne. Wykłady*, Instytut Polityki Społecznej, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa
- Tarkowski Z. (1996), *Organizacja i zarządzanie domami opieki społecznej*, BPS, Warszawa
- Tarnowski J. (1992), *Pedagogika dialogu*, [w:] *Edukacja alternatywna – dylematy teorii i praktyki*, red. B. Śliwerski, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Wilkinson R., Pickett K. (2011), *Duch równości. Tam gdzie panuje równość, wszystkim żyje się lepiej*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa
- Witkowski L. (2000), *Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji Ericha H. Eriksona*, Wydawnictwo J. Witkowicz, Toruń
- Wyczesany J. (2009), *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Ziemska M. (1986), *Postawy rodzicielskie i ich wpływ na osobowość dziecka*, [w:] *Rodzina i dziecko*, red. M. Ziemska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa



## Towards the social competencies. Education against social exclusion of people with intellectual disabilities

### Summary

The key concepts that appear in the consideration of the problems of modern times are the deadlines for integration / inclusion and exclusion of oppositional categories and exclusion. Are recognized in different contexts – once as processes or as the targets, the effects, causes, methods, tasks, resources. This instance is focused on issues of social exclusion of people with intellectual disabilities in a lighter form. I present a description of skills that would allow shaping minimize the risk of social exclusion of people with intellectual disabilities. I am convinced that the present research materials as well as the demands of teaching can be helpful in working with different groups of people with disabilities and their families.

**Key words:** the prevention of exclusion as a matter of social policy, development of competence life by preventing exclusion, tasks of families and schools

## **Społeczne funkcjonowanie osb z niepełnosprawnošcią – tożsamość wyrażona w komunikowaniu**

### **Streszczenie**

Funkcjonowanie w społeczeństwie osób z niepełnosprawnošcią jest uwarunkowane wieloma czynnikami. Autorka szczególną rolę przypisuje potrzebie komunikowania się z otoczeniem, dzięki czemu jednostka dotknięta dysfunkcją może konstruować i wyrażać własną tożsamość. Mając na uwadze wielość rodzajów niepełnosprawnošci, nie dokonano ich klasyfikacji. W tekście podkreślono konieczność wsparcia specjalistycznego i społecznego, co ma zapewnić godność życia bez wykluczenia i dyskryminacji.

Słowa kluczowe: społeczeństwo, niepełnosprawnošć, tożsamość, komunikacja

### **Wprowadzenie**

Zdolności poznawcze człowieka pozwalają na wnikanie w struktury świata. Funkcjonowanie początkowo w najbliższym środowisku przygotowuje do samodzielnego życia. Wiedza i zdolności analityczne pozwalają jednostkom na wnikliwą obserwację, która staje się fundamentem dla konstruowania wiedzy o otaczającej rzeczywistości przy pełnym zrozumieniu zachodzących zjawisk (Trutkowski 2002: 328). Człowiek jest jednostką społeczną, i choć twierdzenie to wydaje się truizmem, w świetle rozważań na temat niepełnosprawnošci staje się wielowymiarowe. Rozważania i refleksje badaczy z zakresu nauk społecznych koncentrują się wokół pytania: Czym jest społeczeństwo?<sup>1</sup>. Specjaliści innych dziedzin również starają się odnaleźć odpowiedź na to pytanie, przy czym różna jest kontekstowość myślenia i analiz. Przedmiotem rozważań są między innymi relacje pomiędzy jednostką a społeczeństwem rozumianym jako inne jednostki, jak również same podstawy/czynniki decydujące o osobliwości społecznych form życia (Poleszczuk 2002: 14).

<sup>1</sup> Świadomie nawiązano do tytułu tekstu J. Poleszczuka (2002).

## Samorealizacja w świetle niepełnosprawności

Jean-Claude Kaufmann wyróżnia grupy posiadające społeczne i kulturowe zasoby, które dają podstawy do subiektywnej samorealizacji, jak również grupy ich pozbawione, wymagające poparcia i pomocy (Kaufmann 2004: 228). Niepełnosprawność, w zależności od charakteru, w mniejszym lub większym stopniu może ograniczać/ograniczać/wykluczać samorealizację. Słownik psychologii definiuje niepełnosprawność (ang. *disability*) jako „w ogólnym znaczeniu: brak możliwości wykonania pewnej czynności. Termin ten można stosować wobec wrodzonych upośledzeń lub czynności utraconych w wyniku traumy, choroby [...]” (Reber 2002: 415). Funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością w społeczeństwie jest uwarunkowane wieloma czynnikami. Możliwości pokonywania określonych barier w dużym stopniu są uzależnione od rodzaju dysfunkcji, stopnia niepełnosprawności. Ze względu na wielość i różnorodność typów niepełnosprawności świadomie nie dokonano w tekście ich opisu ani klasyfikacji, uznając, iż osoba dotknięta niepełnosprawnością przejawia deficyt, który „[...] powoduje mniejszą niż normalnie zdolność do działania” (Reber 2002: 416).

Każdy człowiek ma pełne prawo do funkcjonowania w społeczeństwie, którego zadaniem jest akceptacja i niesienie pomocy innym, zwłaszcza najbardziej tego potrzebującym. Funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością można odnieść do perspektywy rozumienia społeczeństwa Jana Poleszczuka, który, charakteryzując je, wyszczególnia: przynależność do grupy społecznej, konieczność funkcjonowania zasady kooperacji, zachowanie podobieństwa zapewniającego komunikowanie się i poczucie wspólnoty, kompetencję ról społecznych (Poleszczuk 2002: 21–22). Przynależność do grupy społecznej warunkuje kształtowanie społecznej tożsamości jednostki. Możliwość identyfikacji z grupą społeczną pozwala na sformułowanie odpowiedzi na pytanie: Kim jestem? Co chcę osiągnąć? Przynależność do grupy społecznej umożliwia przyjęcie określonych zasad, które łączą się ze sposobem myślenia i kierunkowością wartościowania. Lojalność, solidarność, akceptacja, poczucie bezpieczeństwa to podstawowe wartości wyłaniające się z przynależności. Zasada kooperacji, niezależnie od celów i funkcji spełnianych przez grupę, narzuca konieczność konformizmu, co jest w mniejszym lub większym stopniu wymagane i kontrolowane przez członków grupy. Jednostki tworzące określoną grupę charakteryzują się podobieństwem, które umożliwia zachowanie stabilnych relacji, odtwarzanych i potwierdzanych w działaniach. Każdy czło-

wiek posiada poczucie odrębności, jednak społeczna tożsamość jednostki jest uwarunkowana rolą/rolami, jakie pełni ona w społeczeństwie. Społeczne interakcje ściśle wiążą się z przyjętymi przez nas rolami, które są osadzone w granicach przypisanych im norm. Kompetencje związane z możliwością przyjęcia wybranych ról społecznych są uwarunkowane różnymi czynnikami. Kształtują się w złożonym procesie socjalizacji poprzez obserwację, naśladowanie i przyswojenie narodowego dziedzictwa (Poleszczuk 2002: 21–22). Osoby z niepełnosprawnością powinny uczestniczyć w wymiarach życia społecznego z uwzględnieniem i zachowaniem zasady kooperacji, możliwości interakcji budowanych na podstawie przyjętych ról w życiu społecznym, przy czym role te nie powinny być odgórnie determinowane niepełnosprawnością. Człowiek może rozwijać cechy biopsychiczne wraz z cechami socjopsychicznymi dzięki stworzeniu możliwości uczestniczenia w życiu społecznym, ponieważ rozwój potencjału jest ściśle uzależniony od oddziaływania środowiska (Hinc 2010: 44–45).

## Istnienie w dialogu

Uczestnictwo w życiu społecznym umożliwia kształtowanie tożsamości, jak również jej upostaciowienie. Dialog zapewnia istnienie w słowach i w myślach drugiego człowieka. Mając na uwadze rodzaje niepełnosprawności, wynikające z nich dysfunkcje, należy w tym miejscu podkreślić, iż w sytuacji, kiedy tworzenie wypowiedzi językowych jest zaburzone w znacznym stopniu, zarówno na etapie tworzenia, jak i odbioru komunikatów językowych powinny być/zostają podejmowane działania mające na celu wsparcie osób dotkniętych ograniczeniami (Błeszyński 2006: 7). Porozumiewanie osób niekomunikujących/niekomunikatywnych, wspierane praktycznym działaniem, umożliwia inne spojrzenie na osobę niepełnosprawną, z wykluczeniem jej marginalizacji i depersonalizacji (Błeszyński 2006: 7). Istotne jest określenie komunikacyjnych potrzeb osoby, która nie mówi płynnie, zrozumiale lub nie mówi w ogóle. Ocena pozwala na skupienie terapii w określonych obszarach, wymagających zintensyfikowania działań. Proces oceny musi być szczegółowy, obejmuje: wywiad z najbliższym otoczeniem, oszacowanie dotychczasowych sposobów porozumiewania się osoby z niepełnosprawnością, oszacowanie stopnia powodzenia komunikacji, zebranie informacji na temat środowisk, które potrzebują interwencji AAC<sup>2</sup>, zebranie informacji na temat umiejętności fizycznych,

<sup>2</sup> AAC oznacza komunikację wspomagającą i alternatywną, która zakłada użycie znaków w sposób analogiczny do wypowiadanych słów. Wczesna interwencja z użyciem AAC ma

w tym poruszania się, analizę funkcji wzrokowych i słuchowych (Grycman 2006: 148). Wszystkie te informacje pozwolą na wypracowanie właściwej strategii, której celem jest umożliwienie komunikowania się osoby niepełnosprawnej z otoczeniem. Określenie potrzeb AAC i przeszkód, które mogą utrudniać zastosowanie systemu komunikacji, umożliwia zaprojektowanie możliwości komunikacyjnych z uwzględnieniem poprawy osobistych zdolności komunikacyjnych, co wymaga dokładnego udokumentowania istniejących umiejętności komunikacji ekspresywnej (Grycman 2006: 158–159).

Możliwość komunikowania się z otoczeniem osób z niepełnosprawnością pozostaje w ścisłym związku z jakością jej egzystencji, ponieważ wybrane aspekty życia wpływają z określoną siłą bardziej na całościową jego ocenę niż na bieżące doznawanie przeżyć (Kahneman 2011: 525), szczególnie ważne, o ile nie najważniejsze, jest inicjowanie/wspomaganie rozwoju mowy. Rozpoczęcie terapii osoby ze sprzężonymi zaburzeniami wiąże się z niepewnością efektów. Osiągnięcie zamierzonych celów jest przewidywane przez specjalistów za pomocą zakotwiczenia, będącego efektem torowania (Kahneman 2011: 165). Przedstawiona powyżej ocena komunikacyjnych potrzeb i komunikacyjnych możliwości osoby z niepełnosprawnością, będąca podstawą terapii, stanowi swojego rodzaju probabilistyczne zadanie oparte na pytaniach typu: Jakie jest prawdopodobieństwo, że praca z osobą wymagającą wsparcia osiągnie zamierzone efekty? Jakie jest prawdopodobieństwo, że wybór określonego systemu komunikacji będzie stanowił początek dla uruchomienia procesu komunikacji? Jakie jest prawdopodobieństwo, że praca nad inicjowaniem bądź doskonaleniem komunikowania się osoby z niepełnosprawnością z najbliższymi wygeneruje kontakt z otaczającą rzeczywistością? Podczas określenia warunków prawdopodobieństwa decydujących o przyjęciu założenia o powodzeniu terapii, do głosu dochodzi heurystyka reprezentatywności, czyli prawdopodobieństwo szacowane na podstawie tego, w jakiej części działania składające się na terapię są dostosowane do możliwości jednostki. W tym przypadku żaden terapeuta nie ignoruje rezultatów prawdopodobieństwa a priori, jak również nie umniejsza przewidywalności, ponieważ im szerzej przewidujemy, tym większy jest zakres przewidywanych wartości (zob. Kahneman 2011: 560–565).

na celu przygotowanie dziecka do językowego komunikowania się z uwzględnieniem reprezentatywnej i komunikacyjnej funkcji języka. AAC fundamentalnie korzysta ze świadomego włączenia, tzw. komunikacji wielomodalnej, która polega na korzystaniu z innych niż mowa środków przekazu, co ma na celu poprawę umiejętności porozumiewania się dziecka (zob. Bleszyński 2006).

## Narracja jako sekwencja zdarzeń – wyrażanie tożsamości nadawcy

Komunikowanie z otoczeniem umożliwia konstruowanie narracji. Narracja przedstawia sekwencję zdarzeń, a sekwencja staje się nośnikiem znaczenia, przy czym, jak zauważa Jerome Bruner, nie każda funkcjonująca w myślach, doświadczona lub nie sekwencja warta jest przekazania/opowiedzenia (Bruner 2006: 170). Narracja jest dyskursem, który umożliwia odróżnienie myśli skonstruowanych w milczeniu od myśli zwerbalizowanych, stanowi formę komunikacji, w której wyrażają się potrzeby człowieka, oczekiwania, wyobrażenia, pragnienia i stosunek do otaczającej rzeczywistości. Komunikowanie daje możliwość przedstawienia obrazu tożsamości jednostki, dlatego edukacja dziecka niepełnosprawnego musi być wielowymiarowa, musi umożliwiać kontakt otoczeniem, rozwój i wsparcie, szczególnie w warunkach zmieniającej się rzeczywistości w Polsce, w nowej sytuacji społeczno-ekonomicznej (Bartuś 2011). Tożsamość zgodnie z definicją zamieszczoną w *Słowniku psychologii* oznacza

[...] stałe ja jednostki, wewnętrzne, subiektywne odbieranie siebie jako jednostki; w tym znaczeniu termin często jest uściślany za pomocą dodatkowych określeń [...]. Tożsamość osobista to zbiór samookreśleń, za pomocą których jednostka opisuje własną osobę, różnicując pomiędzy Ja – nie – Ja. Tożsamość społeczna to zbiór samookreśleń, za pomocą których jednostka opisuje własną osobę, różnicując między My a Inni Ludzie, w kategoriach My – nie – My (Oni) [...] (Reber 2002: 767).

Jerzy Nikitorowicz definiuje tożsamość w ujęciu tradycyjnym, które w swoim podłożu sytuuje kod genetyczny, jednocześnie podkreślając, iż aktualnie termin ten podkreśla niepowtarzalność jednostki lub grupy (Nikitorowicz 2007: 60). W świetle koncepcji Nikitorowicza określona kultura warunkuje kształtowanie i istnienie tożsamości grupy współtworzonej przez poszczególne jednostki. Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych służy przede wszystkim tworzeniu i utrwalaniu właściwego obrazu siebie zarówno w oczach osoby z niepełnosprawnością, jak również w odbiorze społecznym. Tylko i wyłącznie grupa będąca odniesieniem pozwala jednostce na identyfikację, ponieważ przez odniesienie i przynależność do niej człowiek może spójnie istnieć. Dialog i kultura pozwalają na pełne kształtowanie tożsamości. Określenie własnej tożsamości wiąże się często z próbą wydzielenia tego co własne, od tego co obce, nieznanne (Nikitorowicz 2007: 61).

Społeczeństwo jest zobowiązane do umożliwienia zwerbalizowania/przekazania jednostce jej samowiedzy, wyobrażeń i poczucia własnej wartości, które powinno być współtworzone przez najbliższych i szerzej funkcjonującą grupę. Wychodząc z założenia, iż każda jednostka jest połączona więziami społecznymi ze społeczeństwem, Goffman podkreśla, że ze zbiorowościami łączy człowieka członkostwo, natomiast z innymi jednostkami społeczne stosunki. Każdy człowiek „pomaga utkać sieć społeczną, ponieważ jest ogniwem łączącym powiązane z nim komórki społeczne” (Goffman 2011: 235). Wzajemne traktowanie i istnienie zachodzi w przestrzeni struktury tożsamości. Goffman wyróżnia tożsamość społeczną rozumianą jako szerokie kategorie społeczne, do jakich jednostka może należeć, może być przyporządkowana. Natomiast tożsamość osobista ściśle wiąże się z niepowtarzalnością, która jest przypisywana każdemu z nas, współtworzona przez cechy rozpoznawcze, rozwijana dzięki biografii i cechom społecznym człowieka skupionych wokół cech rozpoznawczych (Goffman 2011: 236). Tożsamość jako „zadanie do wykonania” powinna odnawiać się poprzez zachodzące w społeczeństwie interakcje, doświadczenie, nieustające rewizje poglądów, postaw, a także dialog wewnętrzny i zewnętrzny (Nikitorowicz 2007: 61). Społeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością jest uwarunkowane możliwością komunikacji, w której ma szansę zaistnieć jej tożsamość. Komunikacja może być rozumiana jako trening zwiększający wrażliwość<sup>3</sup>, który odpowiada za kształtowanie otwartości, tolerancji, niwelowanie wyższości kulturowej na rzecz dialogu i negocjacji (Nikitorowicz 2007: 61).

Wyrażenie szacunku i uznania dla określonej osoby, obiektu, zjawiska jest możliwe dzięki skonwencjonalizowanym działaniom określanych jako rytuały, które z założenia oznaczają więzi. Erving Goffman, dokonując przeglądu podziału rytuałów Émila Durkheima, dzieli je na dwie grupy: rytuały negatywne, do których należą zakazy, unikanie i nieuczestniczenie; rytuały pozytywne, zakładające aktywność stron uczestniczących, potwierdzające i podtrzymujące społeczne relacje zachodzące pomiędzy członkami społeczności (Goffman 2011: 88). Oba rodzaje rytuałów osadzone głęboko w kulturze świata pozostają wszechobecne i strategiczne dla istniejącego ładu społecznego. Funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością nie powinno i nie może być naznaczone przez nieumiejętność, a wręcz unikanie kontaktu przez pozostałych członków społeczeństwa, ponieważ z góry jest ono skazane na negatywizm.

<sup>3</sup> Określenie zaczerpnięte z terminologii Jerzego Nikitorowicza, który szczegółowo bada i opisuje komunikację międzykulturową (por. J. Nikitorowicz 2007).

Przestrzeń publiczna powinna być dostępna osobom z niepełnosprawnością, które „[...] potrzebują odpowiedzi od tych, do których je kierują” (Goffman 2011: 152), przy czym nie zawsze są w stanie kierować ją samodzielnie. Język może istnieć w społecznych interakcjach, jako zjawisko społeczne jest wpisany w funkcjonowanie społeczeństwa. Aby akt mowy mógł zaistnieć, niezbędna jest sprawność interakcyjna<sup>4</sup>, która warunkuje wymianę myśli, ta natomiast jest uzależniona ściśle od kompetencji komunikacyjnej rozumianej jako wiedza nabywana w procesie socjalizacji, dotycząca wzorców zachowań interakcyjnych (Grabias 2012: 29).

## Podsumowanie

Realizacja wzorców komunikacyjnych przez jednostkę zakłada jej wieloaspektową sprawność, w tym między innymi znajomość środków językowych, znajomość charakteru ról społecznych, zasad użycia środków w zależności od kontekstu sytuacyjnego. Osoby dotknięte niepełnosprawnością mogą w niedostatecznym stopniu posiadać te umiejętności, przez co ich relacje z innymi członkami grupy społecznej mogą być znacznie utrudnione, a czasem wręcz niemożliwe, co jest równoznaczne ze skazaniem na izolację (Grabias 2012: 9). Stanisław Grabias, opisując istotę socjolektu, wskazuje na ścisłą zależność trzech czynników. Należą do nich: grupa społeczna wyznaczona wspólnotą zainteresowań i działań, wzorce zachowań językowych wraz z tworzywami wypełniającymi te wzorce oraz systemy wartości, które warunkują i uzasadniają postawy i zachowania (Grabias 2012: 30). Logopedia jako nauka o biologicznych uwarunkowaniach nabywania języka i językowych zachowaniach<sup>5</sup>, jako zhierarchizowana struktura silnie respektuje osiągnięcia lingwistyki, neurobiologii, audiologii (Grabias 2012: 31) i innych, służąc usprawnianiu przede wszystkim funkcji komunikacyjnych. Zaburzenia mowy warunkują sposób poznawania świata przez jednostkę i jej społeczne funkcjonowanie.

Przedmiotem badań współczesnej logopedii na tle aktualnych uwarunkowań życia człowieka staje się relacja zachodząca pomiędzy językiem, zachowaniami językowymi a tymi cechami jednostki, które mają fundament w biologicznych możliwościach. Takie rozumienie narzuca konieczność prowadzenia

<sup>4</sup> Sprawność interakcyjna kształtuje się i rozwija wraz z uczestnictwem jednostki w życiu społecznym (por. Grabias 2012: 29).

<sup>5</sup> Świadomie nawiązuję do tytułu podrozdziału III w: Grabias (2012: 31).



badań objawów wraz z centralnym i obwodowym mechanizmem ich powstawania. Jak podkreśla Danuta Pluta-Wojciechowska, w odniesieniu do stanowiska Stanisława Grabiasa, celem współczesnej logopedii jest opis języka i językowych zachowań, opis biologicznych warunków, odniesienie ich do objawów po to, aby zaprogramować sposób zmiany stanów niepożądanych na pożądane, będące efektem działań naprawczych (Pluta-Wojciechowska 2013: 13). Diagnoza logopedyczna osób z niepełnosprawnością jest określona przez kilka elementów, przy czym dwa stanowią istotę dla późniejszych działań. Należą do nich: opis działań normatywnych i nienormatywnych oraz ich wyjaśnienie, dzięki czemu możliwe jest nazwanie jednostki nozologicznej (Pluta-Wojciechowska 2013: 13). Diagnoza logopedyczna poszukuje przede wszystkim odpowiedzi na pytania, które mają dać spójny obraz zachowań językowych, jakie prezentuje pacjent, jej celem jest porównanie ich z zachowaniami przyjętymi za normatywne, co umożliwi wskazanie różnic pomiędzy stanem pacjenta a stanem, jaki powinien istnieć. Określenie istoty różnic ze wskazaniem obszarów ich występowania odwołuje logopedę zarówno do lingwistyki, jak i kryterium metrykalnego. Ścieżka diagnostyczna poszukuje odpowiedzi na pytanie o uwarunkowania powstawania niepożądanych zachowań językowych, a także ich warunki biologiczne, co zmierza do opisu patomechanizmu zachowań niepożądanych. Kluczowe wydaje się znalezienie odpowiedzi na pytania: jakie zaburzenie mowy występuje u pacjenta? Czy objawy i przyczyny stanowią budulec dla określonych zaburzeń mowy? Czy objawy i przyczyny wystarczająco różnicują dane zaburzenie na tle innych? Aktywność logopedy przyjmuje różne formy, wspierana jest różnymi metodami przy pełnej świadomości, iż podczas diagnozy logopeda dociera do określonego wycinka sprawności związanej z zachowaniami językowymi mającymi miejsce w stworzonej sytuacji badania (Pluta-Wojciechowska 2013: 14–15).

Życie społeczne odzwierciedla sprawczą moc języka, obrazuje jego działanie, współtworzy tożsamość człowieka. Funkcjonowanie w społeczeństwie pozwala na budowanie poczucia własnej wartości, które jest niezbędne dla funkcjonowania jednostki w świecie. Tożsamość współtworzona przez język i kulturę jest „źródłem sensu i doświadczenia” (Castells 2008: 22), komunikowanie pozwala na wyrażenie siebie, na ujawnienie własnej tożsamości, podstawą dla jej konstruowania jest indywidualizacja. Zadaniem społeczeństwa jest zapewnienie możliwości życia osób z niepełnosprawnością w sposób pozwalający na społeczne konstruowanie tożsamości w kontekstach wyznaczanych przez funkcjonowanie grupy. Zasadniczym celem działań wspierających jest

umożliwienie komunikowania się z otoczeniem tak, aby żaden człowiek nie czuł się wykluczony i dyskryminowany<sup>6</sup>.

## Bibliografia

- Bartuś E. (2011), *Kompetencje diagnostyczne i kreatywne nauczycieli a ich postawy wobec integracji szkolnej*, Wydawnictwo Naukowe PWSZ, Płock
- Błęszyński J.J. (2006), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Bruner J. (2006), *Kultura edukacji*, Wydawnictwo Universitas, Kraków
- Castells M. (2008), *Siła tożsamości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Goffman E. (2011), *Relacje w przestrzeni publicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Grabias S. (2012), *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej, Lublin
- Grycman M. (2006), *Efektywność stosowania systemów komunikacji alternatywnej i wspomagającej u dzieci i młodzieży z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się na przykładzie Samodzielnego Publicznego Ośrodka Terapii i Rehabilitacji dla Dzieci w Kwidzynie*, [w:] *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. J.J. Błęszyński, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Hinc S. (2010), *Spór o społeczne funkcje edukacji. Z perspektywy teorii funkcjonalizmu strukturalnego i teorii konfliktu*, Wyższa Szkoła Zawodowa „Kadry dla Europy”, Poznań
- Kahneman D. (2011), *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań
- Kaufmann J.C. (2004), *Ego. Socjologia jednostki. Inna wizja człowieka i podmiotu*, Oficyna Naukowa, Warszawa
- Nikitorowicz J. (2007), *Edukacja międzykulturowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Pluta-Wojciechowska D. (2013), *Dokąd zmierza logopedia?* „Forum Logopedyczne” nr 21, s. 9–21
- Poleszczuk J. (2002), *Czym jest społeczeństwo?*, [w:] *Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku*, red. M. Marody, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa
- Reber A.S. (2002), *Słownik psychologii*, red. I. Kurcz, K. Skarżyńska, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa

<sup>6</sup> Por. *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych*, Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa, dnia 25 października 2012 r., poz. 1169.

Trutkowski C. (2002), *Teoria społecznych reprezentacji i jej zastosowania*, [w:] *Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku*, red. M. Marody, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa

## Social functioning of persons with disabilities – identity expressed in communication

### Summary

The article refers to social functioning of people with disability which requires providing with appropriate living conditions. The author emphasizes the need of communication which enables individuals with dysfunctions to construct and express their identity. Due to the multiplicity of disabilities none categorization has been don. The necessity of providing social and specialised support which ensures dignity of life without discrimination and exclusion is emphasized in the text.

Key words: society, disability, identity, communication

## Osoba niepełnosprawna intelektualnie w stopniu lekkim w sytuacji konfliktu z prawem

### Streszczenie

Osoba niepełnosprawna intelektualnie jest beneficjentem wszystkich wolności i praw przysługujących ludziom pełnosprawnym i odnoszą się do niej wszystkie postanowienia dotyczące statusu prawnego jednostki – również prawa karnego. W literaturze przedmiotu spotykamy poglądy, iż pomimo braku bezpośredniego związku między niepełnosprawnością intelektualną a skłonnością do naruszania przepisów prawa, obniżenie sprawności intelektualnej zdecydowanie może utrudniać przystosowanie społeczne i tym samym prowadzić do konfliktów z prawem. Obniżony poziom intelektualny łączy się z trudnościami z rozumieniem podstawowych norm: prawnych, społecznych, moralnych, a także z nieumiejętnością przewidywania konsekwencji podejmowanych działań. W sytuacjach konfliktu z prawem uwidaczniają się innego rodzaju deficyty związane z obniżonymi kompetencjami językowymi i komunikacyjnymi, które znacznie utrudniają osobom niepełnosprawnym intelektualnie porozumiewanie się w tych specyficznych warunkach.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, konflikt z prawem, kompetencje społeczne, kompetencje językowe i komunikacyjne

### Wprowadzenie

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Bronisław Komorowski podpisał ustawę ratyfikującą Konwencję Organizacji Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych 6 września 2012 roku. W preambule tego dokumentu czytamy

niepełnosprawność [także intelektualna – dopisek autora] jest pojęciem ewoluującym i że niepełnosprawność wynika z interakcji między osobami z dysfunkcjami a barierami wynikającymi z postaw ludzkich i środowiskowymi, które utrudniają osobom niepełnosprawnym pełny i skuteczny udział w życiu społeczeństwa, na zasadzie równości z innymi osobami.

To najnowsza definicja niepełnosprawności. Wskazuje ona nie na ograniczenia fizyczne i mentalne człowieka, ale na jego możliwości funkcjonowania w danym środowisku. W nowoczesnych państwach, które przyjęły Konwencję ONZ i zobowiązały się respektować jej postanowienia, cytowana wyżej definicja zaczyna zastępować inne. W obszarze niepełnosprawności intelektualnej mówimy tutaj m.in. o zapisie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), według którego niepełnosprawność intelektualna oznacza istotne, znacznie poniżej przeciętnego obniżenie poziomu funkcjonowania intelektualnego oraz wyraźne osłabione zdolności do przystosowania się do życia społecznego (tzw. zachowanie przystosowawcze), występujące u danej osoby przed 18 rokiem życia. Przy czym naukowcy badający specyfikę tego rodzaju niepełnosprawności podkreślają, że tylko wtedy można osobę uznać za niepełnosprawną intelektualnie, jeśli wszystkie trzy czynniki występują u niej jednocześnie. Osoba niepełnosprawna intelektualnie jest beneficjentem wszystkich wolności i praw przysługujących ludziom pełnosprawnym i odnoszą się do niej wszystkie postanowienia dotyczące statusu prawnego jednostki – również prawa karnego. W literaturze przedmiotu spotykamy poglądy, iż pomimo braku bezpośredniego związku między niepełnosprawnością intelektualną a skłonnością do naruszania przepisów prawa, obniżenie sprawności intelektualnej zdecydowanie może utrudniać przystosowanie społeczne i tym samym prowadzić do konfliktów z prawem. Obniżony poziom intelektualny łączy się z trudnościami z rozumieniem podstawowych norm: prawnych, społecznych, moralnych, a także z nieumiejętnością przewidywania konsekwencji podejmowanych działań. W sytuacjach konfliktu z prawem uwidaczniają się innego rodzaju deficyty związane z obniżonymi kompetencjami językowymi i komunikacyjnymi, które znacznie utrudniają osobom niepełnosprawnym intelektualnie porozumiewania się w tych specyficznych warunkach.

## Zaburzenia mowy osób niepełnosprawnych intelektualnie

Obniżony poziom intelektualny ma wpływ na czynności poznawcze, takie jak spostrzeganie, wyobrażenia, pamięć, uwaga, myślenie. Osoby o nieharmonijnym rozwoju intelektualnym postrzegają wolniej, mniej dokładnie i w węższym zakresie niż jednostki rozwijające się prawidłowo. Widoczne są również deficyty pamięci. Osoby niepełnosprawne intelektualnie charakteryzuje upośledzona funkcja myślenia abstrakcyjnego, nie potrafią one również wskazać istotnej różnicy i podobieństwa między przedmiotami. Powoduje to

znaczne trudności w wydawaniu sądów i wyciąganiu wniosków (Sowa 1997). Niepewność sądów spowodowana jest rozbieżnością pomiędzy werbalizowaniem a rozumowaniem, charakterystycznym konkretnym myśleniem i małą przerzutnością (Kościelska 1995). Uwaga dowolna jest dobrze skoncentrowana na materiale konkretnym, jednakże osoba taka słabo i na krótko koncentruje się na treściach abstrakcyjnych, trudniejszych dla niej do zrozumienia. Czas uwagi jest ograniczony. Dobrze rozwinięta jest pamięć mechaniczna, natomiast pamięć logiczna i dowolna funkcjonują znacznie słabiej. Powoduje to przyswajanie nowych treści w znacznie wolniejszy sposób niż u osób w normie rozwojowej, często bez zrozumienia. „Osoby z upośledzeniem lekkim najczęściej nie podejmują działań z własnej inicjatywy, a jedynie ograniczają się do naśladowania innych. Nie potrafią rozwiązywać problemów, korzystając z własnego doświadczenia, lecz stosują metodę prób i błędów” (Sowa 1997: 144). W ich działaniu widoczny jest brak planowania, samodzielności i inwencji. Podejmują działanie pod wpływem aktualnego nastroju, emocji, nie przewidują skutków swoich decyzji i poczynań. Charakterystyczną cechą jest brak stabilności emocjonalnej. Rozwój ruchowy osób niepełnosprawnością intelektualną również jest opóźniony. Ruchy są mało skoordynowane i precyzyjne. Osoba z obniżonym intelektem w stopniu lekkim jest w stanie w pełni opanować czynności samoobsługowe oraz zawodowe. Jest zdolna do okazywania uczuć wyższych, ale ma trudności w przystosowaniu społecznym (Sowa 1997).

Jednostka z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim ma duże trudności w wyrażaniu swoich myśli i rozumieniu wypowiedzi innych. Mowa osób upośledzonych intelektualnie rozwija się takimi samymi etapami jak u osób w normie intelektualnej, ale zwykle ze znacznym opóźnieniem. Zbigniew Tarkowski wyróżnia dwa modele rozwoju mowy u tej grupy osób: jednostek lekko upośledzonych umysłowo oraz głębiej upośledzonych umysłowo. Pierwszy model nie różni się od modelu rozwoju mowy osób z normą intelektualną. Biologiczne podstawy rozwoju mowy w obu grupach są podobne (Tarkowski 2003). Mechanizm odbioru wypowiedzi i formułowania ich jest identyczny. Rozwój mowy jednostek w normie i osób z upośledzeniem intelektualnym w stopniu lekkim przebiega według tych samych etapów. Między sprawnością językową nie ma różnic jakościowych, lecz występują różnice ilościowe (Rakowska 2003; Kulesza 2004).

Kossakowski i Żelechowska, opisując rozwój językowy dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, wysunęły trzy hipotezy dotyczące:

- podobieństwa sekwencji (takie same stadia rozwojowe jak u dzieci w normie, choć w wolniejszym tempie),
- podobieństwo struktury (podobna struktura inteligencji na określonych poziomach rozwoju),
- podobieństwo reagowania (podobne reakcje na bodźce środowiskowe) (za: Pilecka 2003: 9).

Zasób słownictwa jest uboższy, przy czym słownictwo bierne jest znacznie bogatsze od czynnego. Osoba z obniżoną sprawnością intelektualną w stopniu lekkim nieudolnie buduje zdania, popełnia błędy stylistyczne i składniowe. W swych wypowiedziach posługuje się często równoważnikami zdań lub pojedynczymi słowami. Najczęściej są to rzeczowniki i czasowniki, rzadziej przymiotniki i pozostałe części mowy. Jeśli pojawiają się zdania złożone, są one jednorodnie złożonymi zdaniami współrzędnymi łącznymi. Zasób słownikowy tworzą głównie rzeczowniki – nazwy przedmiotów, z którymi styka się w najbliższym otoczeniu, niewiele czasowników czy przymiotników określających właściwości przedmiotów oraz stosunki między przedmiotami, czynnościami i cechami (Maurer 1990). Mowa jest wyłącznie opisowa i ograniczona do zakresu własnych doświadczeń, pełni przede wszystkim funkcje nominacyjne i komunikacyjne (Obuchowska 1995).

Mowę osób upośledzonych umysłowo określa się terminem oligofazja. Stopień niedorozwoju mowy, co potwierdzają liczne badania, rośnie wprost proporcjonalnie do stopnia upośledzenia umysłowego. Oznacza to, że im głębszy jest deficyt intelektualny, tym większe upośledzenie myślenia abstrakcyjnego i opóźnienie rozwoju mowy. Opóźniony rozwój mowy jest charakterystyczną cechą osób z niepełnosprawnością intelektualną i przejawia się w zasadniczych aspektach:

- przedłużający się okres realizacji dźwięków mowy w sposób typowy dla dzieci młodszych (substytucje, elizje, upraszczanie grup spółgłoskowych lub ich opuszczanie),
- wolniejsze tempo rozwoju słownictwa biernego i czynnego;
- obniżenie aktywności werbalnej,
- trudności w tworzeniu wypowiedzi dwu- i więcej wyrazowych;
- utrzymujące się problemy fleksyjne,
- trudności w tworzeniu spójnych tekstów (Kaczorowska-Bray 2013).

Niezależnie od stopnia upośledzenia umysłowego osoby nim obciążone opanowują ograniczony kod językowy. Niepełnosprawność intelektualna wiąże się z niedorozwojem wyspecjalizowanych struktur mózgowych odpo-

wiedzialnych za przebieg złożonych procesów psychicznych. Zaburzenie to charakteryzuje nieprawidłowy przebieg takich procesów intelektualnych, jak wnioskowanie, uogólnianie, abstrahowanie czy zapamiętywanie. W efekcie tych zakłóceń dochodzi do zaburzeń wszelkich form zachowań werbalnych, które zależą od poziomu tych zdolności.

Poziom opanowania mowy według Z. Tarkowskiego (1999) zależy między innymi od możliwości intelektualnych, środowiska i sposobów wychowania językowego, motywacji dziecka do porozumiewania się z innymi, poziomu lęku komunikacyjnego, osobowości, temperamentu. A. Szuniewicz (1967) wymienia takie cechy mowy osób niepełnosprawnych intelektualnie, jak bełkot (dyslalia wieloraka), jąkanie, mowa nosowa, rotacyzm, mowa bezdźwięczna. Natomiast według E.M. Minczakiewicz (1993) cechy mowy osób niepełnosprawnych intelektualnie to brak mówienia lub/i rozumienia, zaburzenia artykulacyjne: seplenienie, rynolalia, reranie (rotacyzm), wymowa bezdźwięczna, nieprawidłowa wymowa [t, d, k, g] – substytucje i deformacje, zaburzenia głosu: chryпка, zanik głosu, dysfonia, zaburzenia płynności mówienia: jąkanie, gielkot, bradylalia, tachylalia.

Ogólnie przyjmuje się, że mowa osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim charakteryzuje się:

- ubogim słownictwem,
- licznymi agramatyzmami i dysgramatyzmami,
- ograniczoną umiejętnością budowania zdań (do zdań dwuwyrazowych lub tylko kilku słów), jeśli są to raczej proste i niekompletne,
- wadliwą artykulacją,
- zaburzeniami głosu i słuchu (mowa cicha, monotonna, bez odpowiedniej intonacji oraz akcentów logicznych; mowa bełkotliwa),
- zwolnionym lub przyspieszonym tempem,
- echolalią,
- zaburzoną płynnością (jąkanie, gielkot),
- trudnościami w posługiwaniu się spontaniczną mową, wypowiedziom często towarzyszą gesty wspomagające,
- obniżoną tzw. gotowością komunikacyjną.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim zwykle już w okresie przedszkolnym potrafią się komunikować i nawiązywać kontakty społeczne. Rozumieją komunikaty do nich kierowane i w znanych sobie sytuacjach potrafią nawiązać dialog. Wspierają wypowiedzi środkami komunikacji niewerbalnej, zdarza się, że zastępują słowa np. gestami, mimiką twarzy, nie-



artykułowanymi dźwiękami lub krzykiem, a także przyspieszonym oddechem i zmianą pozycji ciała (Namysłowska 2011). W okresie szkolnym zaczynają być widoczne deficyty w warstwie zdaniowej – z trudnością przyswajają sprawność syntaktyczną w budowie zdania (Rakowska 2003). W konsekwencji nie radzą sobie z logicznym tworzeniem narracji, co wynikać może z zaburzeń mowy wewnętrznej i niedostatecznej kontroli słuchowej. Powstają wypowiedzi niegramatyczne czy bezsensowne. Prymitywna struktura zdań nieodzwierciedlająca rzeczywistości, zdaniem Nartowskiej (1980) jest wynikiem niezrozumienia związków zachodzących między elementami opisywanych zdarzeń i powierzchowności spostrzegania. Niektóre osoby z niepełnosprawnością umysłową w stopniu lekkim sprawiają wrażenie dobrze posługujących się mową. Dobra pamięć słuchowa pozwala na przyswojenie słownictwa, reguł gramatycznych, a nawet całych zasłyszanych zwrotów, co pozwala maskować niedobory myślenia. Nie powoduje to jednak poprawności operacji myślowych, umiejętności uogólniania, rozumienia związków przyczynowo-skutkowych.

## Komunikowanie się osób niepełnosprawnych intelektualnie

Model komunikacji werbalnej (Oyster 2002) przedstawia składowe procesu komunikowania się:

źródło > wiadomość > kodowanie > kanały > odbiorca > odekodowanie.

Na każdym etapie mogą wystąpić zakłócenia, które sprawiają, że proces ten stanie się nieskuteczny. Głównym problemem może być niski poziom umiejętności formułowania komunikatu (nadawca), a w następstwie zaburzenie jego dekodowania przez odbiorcę. Wtedy uzupełnieniem/ wzmocnieniem stają się komunikaty niewerbalne, takie jak elementy prozodyczne mowy (barwa głosu, intonacja, tempo, rytm mówienia), ruchy orientacyjno-gestykulacyjne, wygląd zewnętrzny, bliskość przestrzenna i ustawienie względem siebie nadawcy i odbiorcy, okazywanie zainteresowania partnerem interakcji (słuchanie, podtrzymywanie dialogu, niewchodzenie mówiącemu w słowo, niezmiennianie tematu rozmowy) (MacQueen, Pąchalska 2003).

Najistotniejszą cechą komunikacji jest skuteczność. W literaturze podkreśla się, że rozwój możliwości komunikacyjnych osób niepełnosprawnych intelektualnie zależy od stopnia upośledzenia – istnieje model charakterystyczny dla lekkiego upośledzenia i typowy dla głębszego (Tarkowski 1999; Jastrzębowska, Pelc-Pękala 1999; Błęszyński, Kaczorowska-Bray 2012). Przy czym podaje się, że wśród niepełnosprawnych intelektualnie osoby ze stopniem

lekkim stanowią najliczniejszą grupę ok. 75%–89% (Luckasson i in. 2002). U osób niepełnosprawnych intelektualnie zaburzona jest cała sfera orientacyjno-poznawcza, czyli myślenie, rozumienie, uczenie się i tworzenie pojęć, a w wyniku tych problemów także nabywanie mowy i komunikowanie się, gdyż „opóźnienie mówienia, [...] może zakłócić wcześniejsze stadia rozwoju poznawczego. A ponieważ każde stadium opiera się na integracji poprzednich, występuje tendencja do utrwalenia tej sytuacji” (Clarke 1971: 130). W większości przypadków, szczególnie u upośledzonych w stopniu lekkim, istnieje potrzeba komunikowania się równie silna jak u osób w normie intelektualnej, wynikająca z m.in. z piagetowskiej funkcji egocentrycznego komentowania. Mowa jest uzewnętrznionym myśleniem istotnym przy rozwiązywaniu problemów, regulującym i integrującym zachowanie jednostki.

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną podczas komunikowania się może mieć problemy z:

- dostrzeganiem różnic i związków między tym, co widzi, słyszy i mówi,
- dostrzeganiem powiązań między wydarzeniami, doświadczeniami, ludźmi, rzeczami,
- odkrywaniem znaczeń i rozumieniem znaczeń ukrytych – aluzji, przenośni, wieloznaczności,
- kojarzeniem starych spostrzeżeń z nowymi,
- przyswajaniem faktów z różnych źródeł,
- skupieniem się na jednej myśli, czynności,
- rozpoznawaniem uczuć innych ludzi,
- nawiązywaniem i utrzymywaniem kontaktów interpersonalnych,
- formułowaniem zdań – zwłaszcza własnych opinii o danych rzeczach, zjawiskach, osobach oraz wewnętrznych przemyśleniach,
- mówieniem, nazywaniem i okazywaniem emocji, uczuć,
- nazywaniem i rozumieniem pojęć abstrakcyjnych,
- pisaniem, czytaniem, liczeniem,
- orientacją w czasie i przestrzeni,
- podejmowaniem decyzji,
- troszczeniem się o własne zdrowie i bezpieczeństwo,
- odnalezieniem się w różnych rolach i sytuacjach społecznych (obywatela, pracownika, rodzica, opiekuna, partnera, klienta, turysty, pasażera, członka rodziny i społeczności itp.).

Z powodu wyżej wymienionych ograniczeń osoby z niepełnosprawnością intelektualną słabiej się komunikują, wolniej przystosowują się do wymogów

życia społecznego. Zwykle też potrzebują więcej czasu na uczenie się nowych sytuacji i zapamiętywanie nowych informacji. Charakterystyczna jest ich żywa uczuciowość, otwartość na kontakt, pragnienie akceptacji i gotowość do obdarzania innych uczuciami. Osoba taka może wolniej przyswajać wiadomości i mieć trudności z wykorzystaniem swojej wiedzy i umiejętności. W znajomym otoczeniu zwykle radzi sobie dobrze, działając według stałego, znanego jej planu. W obcym budynku, na ulicy, której nie zna, wśród obcych ludzi może poczuć się zagubiona i przestraszona. Należy pamiętać, że osoba z niepełnosprawnością intelektualną potrzebuje więcej czasu na dostosowanie się do nowego środowiska i sytuacji. Często kłopot sprawia jej podejmowanie decyzji – zwłaszcza szybkich. Podczas procesu komunikacji interpersonalnej wymaga cierpliwości i czasu na przemyślenie odpowiedzi. Większość komunikatów, którymi posługują się osoby sprawne, jest dla niej po prostu niezrozumiała.

### Rozumienie sytuacji społecznych przez osoby niepełnosprawne intelektualnie

M. Kościelska (1984: 271–286) przedstawia wyniki badań dotyczące rozumienia przez dzieci upośledzone umysłowo symbolicznych sytuacji społecznych. Niepełnosprawni intelektualnie często zachowują się niezgodnie ze standardami (oczekiwaniem społecznymi). Punktem wyjścia badań było ustalenie, iż adekwatne zachowanie się jednostki zależy od stopnia zrozumienia sytuacji społecznej, motywacji i instrumentalnych możliwości działania. W celu zbadania stopnia rozumienia sytuacji społecznych przeprowadzono próby (Kościelska 1984: 265). Badano cechy myślenia dzieci, zasób ich wiedzy społecznej (Kościelska 1984: 269) i umiejętności jej spożytkowania. Próby miały na celu ustalenie, jaki wpływ na kształtowanie się u dzieci wiedzy społecznej (na poziomie normatywnym) i wiedzy o konkretnych zachowaniu się ludzi ma przebywanie w ośrodku.

Zdaniem autorki trudności w rozumieniu sytuacji społecznych wynikały z następujących powodów:

- niemożności prawidłowego zidentyfikowania poszczególnych elementów sytuacji (podłoże percepcyjne: u niektórych dzieci występowały zaburzenia w procesie analizy i syntezy wzrokowej);
- słabej reprezentacji poznawczej danego przedmiotu w umyśle dziecka lub za słabej reprezentacji jego obrazu graficznego ze względu na mniejszą liczbę z nim kontaktów;

- nieznanomości niektórych symboli oraz nieumiejętności odczytywania sygnałów, problemów tkwiących w sytuacjach, z powodu braku odpowiednich pojęć, np. dzieci nie wiedziały, co to są i do czego służą okulary;
- nieznanomości podanych obrazkowych sytuacji (np. dziecko nigdy nie brało udziału w balu przebierańców);
- niezdolności do równoczesnego zwracania uwagi na wszystkie elementy, co prowadzi do pochopnego wnioskowania. Szczególne warunki życia zakładowego były powodem nietypowego, bardzo małego zasobu doświadczeń. Równocześnie ograniczeniem była zbyt niska sprawność intelektualna ograniczająca możliwość zrozumienia nowych sytuacji;
- myślenia nadmiernie konkretnego, niemożności i antycypacji zdarzeń;
- trudności funkcjonowania w sferze możliwości.

Dzieci bez pomocy prowadzących badanie w 31% dokonały opisu sytuacji, 31% badanych dokonało logicznego uzasadnienia sytuacji, 38% nie rozumiało przedstawionej sytuacji. Jednak po wyjaśnieniu przez osoby prowadzące badanie sytuacji pokazanej na obrazku poprawnie zrozumiało ją aż 86,3% badanych. Co zatem decyduje o trudnościach rozumienia sytuacji społecznych osób niepełnosprawnych intelektualnie?

Przypisywanie sytuacji właściwych znaczeń lub jej ocena jako nieprawidłowa, czyli niezgodna ze standardem i wymaganiami poprawy, nie jest niezbędnym warunkiem sformułowania powinności działania w tej sytuacji (analityczna, optymalna podstawa dla deklaracji działania).

Niektóre dzieci nie rozumiały sytuacji w całości i wobec tego nie mogły jej ocenić jako „zrównoważonej” czy „niezrównoważonej”. Mimo to zdarzało się, że formułowały poprawne z punktu widzenia oczekiwań społecznych odpowiedzi na temat pożądanых form zachowania się w takich sytuacjach. Działo się tak z powodu uruchomienia innych mechanizmów psychologicznych, takich jak dysonans przedmiotowy i reakcja nań (dzieci nie rozumiały reguł, ale reagowały na elementy tej sytuacji i percepcja odrębności wyzwalała w nich potrzebę likwidacji takiego stanu, co powodowało adekwatną reakcję), mechanizm odruchowy na percepcję sygnału zawartego w sytuacji, skojarzonego z nawykiem działania, np. mama wiesza pranie, muszę jej pomóc. Te dwa mechanizmy były charakterystyczne dla dzieci młodszych, na nich opierały się deklaracje działania prospołecznego. U starszych dzieci pojawiły się elementy refleksyjności. Ich przejawem były czynniki hamujące gotowość do działania w sytuacjach „zachwiania równowagi”. Obraz deklaracji zachowania się badanych w przedstawionej sytuacji jest dość pomyślny. Na ogół zgodny

ze społecznie uznawanym systemem wartości i racjonalny od strony operacyjnej. Ograniczenie prognozy właściwego zachowania się osób z niepełnosprawnością intelektualną w różnych sytuacjach wynika z ich niezajomości. Podstawą do zrozumienia sytuacji jest rozpoznanie jej elementów i zależności między nimi. Rozumienie sytuacji oparte jest na kojarzeniu faktów, wnioskowaniu z danych, antycypowaniu. Kiedy całość sytuacji nie ma utrwalonej matrycy w sieci poznawczej osoby niepełnosprawnej intelektualnie – utrudnia to lub uniemożliwia jej zrozumienie. Dodatkowo dzieci „zakładowe” miały mniej doświadczeń przez upośledzenie socjalne i edukacyjne. Standardy ocen znanych sytuacji, czynniki wyzwalające gotowość do działania prospołecznego czy motywacja u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie zależna jest od wieku i ich indywidualnych doświadczeń. Według Kościelskiej (1984) charakter mechanizmów determinujących funkcjonowanie osób niepełnosprawnych intelektualnie w sytuacjach społecznych mieści się w obszarze uwarunkowań uznawanych w psychologii za typowe i upodabniania w tym psychiki dzieci upośledzonych do ogółu dzieci w normie rozwojowej.

Relacje między niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim a rozwojem społecznym i mechanizmy nimi rządzące opisano w literaturze przedmiotu – większość autorów zakłada zaburzenie rozwoju społecznego u tych osób i utrudnienia w samodzielnym rozumieniu sytuacji społecznych.

## Niedostosowanie społeczne a konflikt z prawem

Niedostosowanie społeczne charakteryzuje się zmiennie nasilonymi względnie trwałymi trudnościami w dostosowaniu do normalnych warunków społecznych, spowodowanymi niekorzystnym oddziaływaniem czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Wśród licznych przyczyn niedostosowania społecznego wymienia się także upośledzenie umysłowe jako jeden z czynników determinujących ten proces. Najsilniej rozwój społeczny osoby z niepełnosprawnością intelektualną zaburzają czynniki wewnętrzne: zaburzenie rozwoju układu nerwowego, wzmożona pobudliwość, emocjonalna psychopatia.

Niedostosowanie społeczne osób niepełnosprawnych intelektualnie mogą pogłębiać przyczyny zewnętrzne – dotyczy to głównie nieprawidłowych oddziaływań wychowawczych ze strony rodziny, szkoły czy środowiska. Młodzież z niepełnosprawnością umysłową stwarza wiele trudności wychowawczych i problemów społecznych ze względu na obniżone zdolności intelektualne oraz cechy utrudniające właściwe funkcjonowanie społeczne.

Najczęściej podkreślaną cechą, powodującą zachowania nieakceptowane społecznie, jest duża podatność na sugestie. Zdaniem T. Bilikiewicza, upośledzonych umysłowo łatwo jest namówić do każdego działania, również przestępczego, „jeśli widzą chwilową swoją korzyść, przyjemność lub polectanie próżności. Sugestywność ich jest natomiast bardzo niska, gdy się przemawia do ich pobudek nieosobistych i poczucia wartości ogólnych” (Bilikiewicz 1973: 18), co powoduje niskie rozumienie sytuacji społecznych i stwarza okazję do wykorzystania tych osób przez grupy przestępcze. H.E. Burt uważa, że zachowaniom przestępczym osób niepełnosprawnych intelektualnie sprzyjają takie cechy, jak niemożność sprostania współzawodnictwu, brak umiejętności przewidywania konsekwencji swoich poczynań, skłonność do działania impulsywnego i wspomniana już podatność na sugestie (za: Bartkiewicz 1983). Interesująca jest częstotliwość występowania niedostosowania społecznego w upośledzeniu umysłowym. J. Konopnicki (1971) pisze, że w badanej grupie 200 uczniów lekko upośledzonych umysłowo było 55% bardziej lub mniej niedostosowanych społecznie. W grupie tej największą liczbę stanowią uczniowie z typem „wrogim” (32,5%), następnie z zahamowaniami (20%) i skrajnie aspołeczni (2,5%). Autor ten uważa, że w upośledzeniu umysłowym dają się wyróżnić cechy utrudniające i ułatwiające powstanie niedostosowania społecznego. Do pierwszej grupy należą obniżenie zdolności do myślenia abstrakcyjnego oraz znacznie obniżony krytycyzm, utrudniające właściwą ocenę sytuacji społecznych. Zmniejszona kontrola nad popędami i afektami prowadzi do rozładowania napięć w formie prymitywnych wybuchów wściekłości. W drugiej grupie znajdują się takie cechy, jak brak koncentracji, uwagi, brak wytrwałości, wzmożona impulsywność, defekty fizyczne. Zdaniem J. Konopnickiego, im lżejszy stopień upośledzenia, tym więcej czynników sprzyjających niedostosowaniu, ponieważ osoba ma większą świadomość własnych ograniczeń, umie powiązać je z niepowodzeniami i złymi doświadczeniami w różnych dziedzinach.

Niedostosowanie społeczne osób z niepełnosprawnością prowadzi do konfliktów z otoczeniem (zaczepki, kłótnie, bójki), a finalnie także do konfliktów z prawem. S. Batawia w latach 30. ubiegłego wieku poddawał w wątpliwość bezpośredni związek oligofrenii z przestępczością (Batawia 1984). Obecnie interpretacje tego związku skupiają się w trzech nurtach. Jeden koncentruje się na poszukiwaniu cech defektu psychicznego osób niepełnosprawnych intelektualnie sprzyjających zachowaniom przestępczym. Wymienia się takie cechy jak: podatność na sugestie, obniżony krytycyzm, podatność na wpły-

wy, przewaga działań popędowych, niezdolność do opanowania impulsów, niezdolność do przewidywania następstw. Drugi kładzie nacisk na kryminogenne warunki socjalne, w których funkcjonują osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Trzeci nurt wiąże się z czynnikami społeczno-osobowościowymi. Osoby niepełnosprawne intelektualnie znajdują się częściej w sytuacjach trudnych, ponieważ nie potrafią sprostać oczekiwaniom społecznym. Na skutek odrzucenia emocjonalnego i społecznego czują lęk i wrogość, co w konsekwencji prowadzi do antyspołecznych zachowań.

Podłoża wzmożonej agresji można dopatrywać się w niezaspokojeniu podstawowych potrzeb psychicznych w rodzinie, ale także w negatywnych przeżyciach. Powstające w ten sposób stany frustracji uruchamiają często mechanizm obronny w postaci agresji, przekory czy upor, powodując skłonność do zachowań ryzykownych (palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków, brutalne zachowania na tle seksualnym, niszczenie mienia czy samookaleczenia). Osoby niepełnosprawne intelektualnie są sprawcami takich przestępstw, jak np. podpalenia, czyny chuligańskie, próby oszustw, prostytucja. Powodem zwykle jest chęć zwrócenia na siebie uwagi i rozładowanie napięcia emocjonalnego.

Jak zauważa Z. Bartkowicz (1983: 43):

cechy psychiczne upośledzonych umysłowo mogą ułatwić ich wykolejenie się i przestępczość, lecz dzieje się tak wtedy, gdy są oni narażeni na oddziaływanie niekorzystnych wychowawczo układów rodzinnych i niepomyślnej sytuacji szkolnej, podobnie jak żaden psychopata, tak i żaden upośledzony umysłowo nie stanie się przestępcą, jeśli będzie się wychowywał w korzystnych wychowawczo środowiskach, które zapewniają mu szansę osiągnięcia do jego możliwości sukcesów oraz czynnego i produktywnego partycypowania w życiu społecznym, nie dopuszczają do aktywizowania się niepożądanych społecznie cech i sposobów zachowań.

O przestępczości mówi się wówczas, gdy jednostka dokonuje czynu zabronionego przez prawo. W świetle prawa za przestępców można uznać tylko jednostki niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim, osoby niepełnosprawne w stopniu umiarkowanym, znacznym i głębokim nie podlegają odpowiedzialności karnej na podstawie artykułu o niepoczytalności. Istnieją poglądy traktujące niepełnosprawnych intelektualnie jako grupę szczególnie skłoną do przestępstw. Obecnie jednak z dużą rezerwą podchodzi się do traktowania upośledzenia umysłowego za czynnik kryminogenny wymaga dużej ostrożności.

## Prawne uwarunkowania sytuacji konfliktu z prawem osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim

Zgodnie z przepisami prawa art. 31 § 1 kodeksu karnego stanowi: „nie popełnia przestępstwa, kto z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem”. W naszym kręgu kulturowym odpowiedzialność karna nierozzerwalnie związana jest z winą, jedną z naczelných zasad współczesnego prawa karnego jest zasada *nullum crimen sine culpa* (bez winy nie ma przestępstwa). Polski kodeks karny wprowadza normatywną teorię winy, stojąc na stanowisku, że wina jest oceniana z punktu widzenia kryteriów społeczno-etycznych wadliwości procesu decyzyjnego w warunkach możliwości podjęcia decyzji zgodnej z wymaganiami normy prawnej. Niepoczytalność należy do okoliczności wyłączających winę, a także w konsekwencji odpowiedzialność za popełniony czyn. Ustawa karna posługuje się przy określeniu niepoczytalności m.in. metodą mieszaną. W przyjętej w metodzie mieszanej następstwa są powiązane ze źródłami stosunkiem przyczyna–skutek. Choroba psychiczna, upośledzenie umysłowe lub inne zakłócenie czynności psychicznych mają być powodem braku możliwości rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem. Upośledzenie umysłowe jako źródło niepoczytalności obejmuje zarówno wrodzony niedorozwój umysłowy, jak i nabyte upośledzenie umysłowe wywołane urazami mózgu, chorobą naczyń krwionośnych (otępienie starcze). Głównym objawem upośledzenia umysłowego jest niski stopień inteligencji. Obecnie przyjmuje się skalę mierzoną ilorazem inteligencji: głębokie upośledzenie (poniżej 20), upośledzenie znaczne (20–34), upośledzenie umiarkowane (35–49), upośledzenie lekkie (50–69), pogranicze upośledzenia (70–84). Jeśli osoba uznana jest za niepoczytalną, nie można jej postawić zarzutu popełnienia przestępstwa, np. spowodowanie pożaru czy uszkodzenie ciała innej osoby pozostaje bezprawnym czynem zabronionym z powodu niemożności przypisania winy. Innymi słowy, niemożność rozpoznania czynu rozumiana jest w dwóch aspektach: niemożności uświadomienia następstw (skutków) własnych działań albo niemożności oceny społecznej i moralnej czynu. Niemożność pokierowania własnym postępowaniem (zachowaniem), to brak możliwości zachowania się zgodnie z obowiązującymi standardami przy zachowaniu możliwości rozpoznania znaczenia popełnionego czynu.



Zgodnie z tym przepisami osoba niepełnosprawna intelektualnie może zostać uznana za niepoczytalną lub z ograniczeniem niepoczytalności i mogą być zastosowane wobec niej środki zabezpieczające, mające na celu niedopuszczenie ataku na dobra chronione. Jeśli zachodzi uzasadniona obawa, że osoba niepoczytalna, która jest sprawcą czynu o dużej szkodliwości społecznej i zachodzi prawdopodobieństwo ponownego popełnienia takiego czynu, sąd orzeka umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym (Kamiński 2006).

Bez względu na to czy osoba niepełnosprawna jest podejrzanym, świadkiem czy pokrzywdzonym, powinna wiedzieć, jakie uprawnienia jej przysługują w śledztwie i czynnościach procesowych. Zanim prowadzący postępowanie na policji czy w prokuraturze przystąpi do zadawania pytań, powinien przekazać informacje osobie niepełnosprawnej intelektualnie o jej uprawnieniach i obowiązkach. Podejrzanym ma obowiązek poddania się oględzinom zewnętrznym ciała i innym badaniom, jeśli nie naruszają one integralności ciała. Dopuszcza się pobranie odcisków palców, okazywania w celach rozpoznawczych innym osobom czy fotografowanie. Tylko za zgodą podejrzanego można pobrać mu krew, inne wydzieliny organizmu, jeżeli wykonanie takich badań jest konieczne i zostaną one przeprowadzone przez uprawnionego do tego pracownika służby zdrowia (z zachowaniem wiedzy lekarskiej). Wszelkie pouczenia osoba niepełnosprawna intelektualnie w stopniu lekkim powinna otrzymać na piśmie, co pozwoli na dokładne przeanalizowanie ciążyących na niej obowiązków i przysługujących uprawnieniach. W razie potrzeby policjant lub prokurator powinien odpowiedzieć na pytania, a następnie podejrzanym potwierdza otrzymanie pouczenia podpisem (Kamiński 2006).

Uprawnienia przysługujące podejrzanemu to m.in. prawo do składania wyjaśnień, prawo do odmowy składania wyjaśnień lub odmowy odpowiedzi na pytanie bez podania powodów, korzystania z pomocy obrońcy. Podejrzanym powinien być pouczony o obowiązkach i konsekwencjach dotyczących braku obowiązku dowodzenia swojej niewinności, braku obowiązku dostarczenia dowodów na swoją niekorzyść, obowiązku podania adresu dla doręczeń w kraju i stawienia się na wezwanie organów procesowych.

Stwierdzenie niepoczytalności sprawcy czynu zabronionego lub ograniczenie poczytalności może nastąpić na etapie postępowania przygotowawczego na policji czy prokuraturze albo podczas postępowania sądowego. W przypadku stwierdzenia na etapie przygotowawczym prokurator może umorzyć postępowanie albo skierować sprawę do sądu z wnioskiem o umorzenie postępowania i zastosowanie środków zabezpieczających.

Stwierdzenie niepczytalności na etapie prowadzenia sprawy przez sąd skutkuje postanowieniem o umorzeniu postępowania lub na etapie wyrokowania – wydaniem wyroku umarzającego (nie uniewinniającego).

Podczas wszystkich etapów postępowania najczęściej problemów stwarza komunikowanie się z osobą niepełnosprawną. Należy pamiętać, że ograniczone możliwości uczenia się nie oznaczają niezdolności do przypominania sobie i informowania o widzianym zdarzeniu. Osoby niepełnosprawne intelektualnie mogą być zdolne do składania zeznań. Choć problemy wynikające z ich deficytów, takie jak ograniczone słownictwo, krótki czas koncentracji, udzielanie nielogicznych odpowiedzi lub takich, jakie zdają się być oczekiwane przez przesłuchującego, kłopoty z pamięcią i logicznym rozumowaniem, nie ułatwiają zadania psychologom ani policjantom. Jednak to na przesłuchującym spoczywa odpowiedzialność za uzyskanie rzetelnych informacji. W tym celu potrzebuje on wiedzy na temat mowy i komunikacji osób niepełnosprawnych intelektualnie. Szczególnie ważne jest używanie prostego języka:

- należy wyrzucić z tekstu zbędne szczegóły – pozostawiając tylko najważniejsze informacje;
- nie powinno się używać słów żargonowych, branżowych, opisujących szczegóły techniczne, skrótów, słów zaczerpniętych z języków obcych;
- starać się mówić prostymi zdaniami pojedynczymi – unikać zdań wielokrotnie złożonych;
- zadawać proste pytania, bez pojęć abstrakcyjnych;
- zwracać się bezpośrednio do osoby niepełnosprawnej intelektualnie;
- nie należy bać się powtórzeń – jeśli zostało użyte słowo np. „świadek”, należy powtarzać je w kolejnych zadaniach;
- dobrze jest unikać użycia dużych liczb i wyrażeń procentowych;
- tempo mowy nie powinno być zbyt szybkie;
- powinno się dać czas osobie niepełnosprawnej intelektualnie na wypowiedź;
- nie należy sugerować odpowiedzi;
- należy wielokrotnie powtarzać pytania;
- nie należy wywierać presji skłaniającej do konfabulacji;
- poprosić, aby osoba niepełnosprawna intelektualnie własnymi słowami powtórzyła, to co do niej powiedziano, aby upewnić się, że dobrze zrozumiała, należy przy tym pamiętać, że osoby niepełnosprawne intelektualnie mają tendencję do potakiwania – nauczone uległości wobec autorytetu, ale także wtedy gdy czegoś nie rozumieją;

- wiernie zapisywać wypowiedzi ofiary czy świadka czy sprawcy;
- zapewnić regularne przerwy w przesłuchaniu;
- czas trwania przesłuchania powinien być wydłużony, tempo zwolnione.

Zastosowanie powyższych uwag pomoże w sprawnym i bezpiecznym przeprowadzeniu przesłuchania i pozwoli na skuteczniejsze pozyskanie informacji czy wyjaśnień od osoby niepełnosprawnej intelektualnie. Istotne jest, że w sytuacji popełnienia przestępstwa możemy mieć do czynienia ze sprawcą czynu i osobą przez niego pokrzywdzoną, a osoba niepełnosprawna intelektualnie może znajdować się w każdej z tych ról. Zgodnie z prawem wszystkie jej prawa powinny zostać uszanowane i respektowane.

## Bibliografia

- Bartkowicz Z. (1983), *Czynniki pozaintelektualne w uczeniu się upośledzonych umysłowo*, [w:] *Wybrane zagadnienia z psychologii dziecka upośledzonego umysłowo*, red. Z. Sękowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Batawia S. (1984), *Wstęp do nauki o przestępcy. Zagadnienia skłonności przestępczych*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław (rozprawa doktorska pod tym tytułem 1931 r.)
- Bilikiewicz T. (1973), *Psychiatria kliniczna*, PZWL, Warszawa
- Bleszyński J.J., Kaczorowska-Bray K. (2012), *Zaburzenia komunikacji językowej w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną. Teoretyczne determinanty problemu*, red. J.J. Bleszyński, Kaczorowska-Bray, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 36–63
- Clarke A.M. (1971), *Kryteria i klasyfikacja niedorozwoju umysłowego*, [w:] *Upośledzenie umysłowe. Nowe poglądy*, red. A.M. Clarke, A.D.B. Clarke, PWN, Warszawa
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękała O. (1999), *Diagnoza i terapia mowy upośledzonych umysłowo*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Uniwersytet Opolski, Opole
- Kamiński J. (2006), *Sprawni w prawie. Prawnokarne uwarunkowania sytuacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Warszawa
- Konopnicki J. (1971), *Niedostosowanie społeczne*, PWN, Warszawa
- Kościelska M. (1984), *Upośledzenie umysłowe, a rozwój społeczny*, PWN, Warszawa
- Kościelska M. (1995), *Oblicza upośledzenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Kulesza E.M. (2004), *Rozwój poznawczy dzieci z lekkim i umiarkowanym stopniem upośledzenia umysłowego – diagnoza i wspomaganie: Studia empiryczne*, APS, Warszawa
- Luckasson R., Borthwick-Duffy S., Buntinx W.H.E., Coulter D.L., Craig E.M., Reeve A., Schalock R.L., Smell M.E., Spitalnik D.M., Sprent S., Tassé M.J. (2002), *Mental re-*

- tardation: Definition, classification, and systems of supports* (wyd. 10). DC: AAMR, Washington
- MacQueen B., Pąchalska M. (2003), *Zaburzenia porozumiewania się chorych po urazach czaszkowo-mózgowych*, [w:] *Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy*, red. A. Herzyk, B. Daniluk, M. Pąchalska, B. MacQueen, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Maurer A. (1990), *Kompetencja komunikacyjna dzieci i młodzieży o upośledzeniu umysłowym w stopniu lekkim*, [w:] *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, red. J. Pańczyk, t. 1, WSPS, Warszawa
- Minczakiewicz E. (1993), *Zaburzenia mowy u upośledzonych umysłowo*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, T. Tarkowski, T. Zaleski, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Namysłowska I. (2011), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, PZWL, Warszawa
- Nartowska H. (1980), *Opóźnienia i dysharmonie rozwoju dziecka*, WSiP, Warszawa
- Obuchowska I. (1995), *Dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, WSiP, Warszawa
- Oyster C.K. (2002), *Grupy*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań
- Pilecka W. (2003), *Psychoruchowy rozwój dzieci o obniżonej sprawności intelektualnej*, [w:] *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*, red. W. Pilecka, J. Pilecki, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków
- Pilecki J. (1998), *Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym*, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Kraków
- Rakowska A. (2003), *Język, komunikacja, niepełnosprawność. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków
- Sowa J. (1997), *Pedagogika specjalna w zarysie*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów
- Szuniewicz A. (1967), *Próba badań wad wymowy dzieci upośledzonych umysłowo w warszawskich szkołach specjalnych*, „Logopedia” nr 7
- Tarkowski Z., Jurkiewicz C. (1993), *Rozwijanie Mowy Dziecka. Program terapeutyczno-stymulacyjny*, Wydawnictwo PFZM, Lublin
- Tarkowski Z. (1999), *Zaburzenia mowy dzieci upośledzonych umysłowo*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Uniwersytet Opolski, Opole
- Tarkowski Z. (1991), *Mowa osób upośledzonych umysłowo i jej zaburzenia*, [w:] *Kompetencja komunikacyjna dzieci upośledzonych umysłowo. Zarys problematyki badawczej*, red. T. Gałkowski, A. Twardowski, „Psychologia Wychowawcza” nr 9
- Tarkowski Z., Pielecki A. (1989), *Zaburzenia mowy a komunikacja u osób lekko upośledzonych umysłowo*, [w:] *Optymalizacja interakcji w procesie usprawnienia osób z dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi*, red. S. Kowalik, J. Kwiek, B. Szychowiak, Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań

## A person with mild intellectual disability in the situation of the conflict with the law

### Summary

Mentally retarded people are beneficiaries of all rights and freedoms appertained by able-bodied people and all the decisions concerning the legal status of an individual refer to them – including criminal law. In the literature on the subject we can find the ideas that regardless of a direct link between mental retardation and inclination to violate the law, reduced mental abilities can definitely hinder social adjustment and thus lead to conflicts with the law.

A reduced mental level is connected with difficulties to understand fundamental norms, legal, social and moral, as well as with inability to predict the consequences of actions taken. In case of conflicts with the law, we can notice other deficiencies related to reduced language and communication skills which significantly make communication in these specific conditions hard for mentally retarded people.

**Key words:** mental retardation, impaired communication competence, impaired language and speech development, insanity, conflict with the law

## Strategie unikania błędów językowych u dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną

### Streszczenie

Artykuł nawiązuje do wyników analizy jakościowej materiału uzyskanego podczas badań pilotażowych i właściwych nad kompetencją językową uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną prowadzonych przez autorkę w latach 2009–2012. Przedstawia sposoby radzenia sobie dzieci z trudnościami leksykalnymi oraz gramatycznymi, jakie stawia przed nimi język jako system znaków, relacji i reguł. Sposoby te nazwano strategiami unikania błędów językowych.

Przyjęto, że *dziecięce błędy językowe* to pewnego rodzaju odstępstwa od skodyfikowanej normy, które są wypadkową niedojrzałego sposobu myślenia, ograniczonej sprawności w posługiwaniu się mową oraz bazowania na częściowo fałszywych założeniach. Ekspansywność takich błędów w produkcjach werbalnych uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną można tłumaczyć względami pragmatycznymi, gdyż szczególnie dla tej grupy nadawców ważna jest treść komunikatu, a nie jego forma.

Wyodrębniono i opisano cztery grupy strategii kompensacyjnych: uchylanie się od odpowiedzi, manipulowanie czynnikami sytuacyjnymi, maskowanie błędów i zmierzanie do celu określonymi drogami.

W podsumowaniu zaprezentowano wnioski podające w wątpliwość tezę o wyłącznie ilościowych różnicach pomiędzy poziomem umiejętności językowych u osób z niepełnosprawnością intelektualną i w normie rozwojowej.

Słowa kluczowe: kompetencja językowa, błąd językowy, strategie unikania błędów językowych

### Wprowadzenie

Język jako narzędzie porozumiewania się pozwala jednostce formułować wypowiedzi, które z czasem stają się jej wizytówką. Każdy człowiek dba o zaprezentowanie świata jak najlepszego swego wizerunku, a czyni to głównie w ramach komunikacji interpersonalnej. Dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną także znajdują w swoim repertuarze wiedzy i umiejętności, w tym językowych, strategie wywierania dobrego wrażenia na innych, ale

ich reakcje werbalne nie są prostym odpowiednikiem wypowiedzi osób pełnosprawnych – ani należących do tej samej grupy wiekowej, ani relatywnie młodszych w zbliżonym wieku umysłowym. Język dzieci z deficytem intelektualnym nie jest bowiem niedoskonałą kopią języka prawidłowo rozwijających się rówieśników, podobnie jak ten drugi nie stanowi uproszczonej wersji dojrzałych produkcji słowno-logicznych. Na specyfikę procesu porozumiewania się w upośledzeniu umysłowym najłżejszego stopnia składają się ograniczenia poznawcze, deprywacja potrzeb społeczno-emocjonalnych oraz cały bagaż negatywnych doświadczeń jednostki.

Niniejszy tekst nawiązuje do wyników analizy jakościowej materiału używanego podczas badań pilotażowych i właściwych nad kompetencją językową uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną prowadzonych przeze mnie w latach 2009–2012. Zostały w nim przedstawione sposoby radzenia sobie badanej grupy dzieci z trudnościami leksykalnymi i gramatycznymi, jakie stawia przed nimi język jako system znaków, relacji i reguł. W podsumowaniu zaprezentowano wnioski podające w wątpliwość tezę o wyłącznie ilościowych różnicach pomiędzy poziomem umiejętności językowych u osób z niepełnosprawnością intelektualną i w normie rozwojowej. Dopełnieniem zawartości merytorycznej, a równocześnie ilustracją dla opisywanych zjawisk są autentyczne wypowiedzi uczniów szkoły specjalnej w wieku 8–12 lat.

## Błędy językowe u dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną

Umysł dziecka z lekką niepełnosprawnością intelektualną odbiera i przetwarza język będący oparciem dla myśli jak skomplikowaną układankę o niezmierzonej liczbie elementów. Aby wysłać komunikat, trzeba najpierw wzbudzić w sobie ideę wartą przekazania jej komuś w określonym miejscu i czasie, potem stworzyć dla niej ogólne ramy semantyczno-syntaktyczne, następnie w ubogim leksykonie umysłowym odnaleźć symbolizujące ją słowa, a w dalszej kolejności słowa te pogrupować logicznie według mało przejrzystych reguł fonologicznych, morfologicznych i składniowych. Na koniec wszystkie segmenty należy ze sobą powiązać i nadać całości odpowiedni kształt fizyczny. W dodatku, jeżeli na którymś z wymienionych etapów nastąpi istotny błąd, przekaz utraci swój pierwotny sens i nie zostanie zinterpretowany przez odbiorcę zgodnie z intencją nadawcy.

Używam tu terminu *błąd językowy* nieco szerzej, niż ma to miejsce w ujęciu słownikowym. Dla przykładu w *Wielkim słowniku poprawnej polszczyzny*

A. Markowskiego (2007: 1553) termin ten oznacza nieświadome odstępstwo od obowiązującej w danym momencie normy językowej, czyli taką innowację, która nie znajduje uzasadnienia: nie usprawnia porozumiewania się, nie wyraża nowych treści, nie przekazuje na nowo, w inny sposób emocji itd. Jednocześnie błąd językowy jest tam określany jako sposób użycia danego elementu języka rażący jego świadomych użytkowników przez to, iż pozostaje w sprzeczności z ich dotychczasowymi przyzwyczajeniami, a nie tłumaczy się funkcjonalnie. Według definicji zawartej w *Encyklopedii językoznawstwa ogólnej* pod redakcją K. Polańskiego (1999: 77) *błąd językowy* to element tekstu niemieszczący się w normie języka, w którym został utworzony. Błąd taki może naruszać podstawowe zasady narzucone przez system i jest wówczas oznaką niedostatecznego opanowania języka lub konsekwencją rozszerzenia mechanizmów działających w systemie językowym. Z kolei Wikipedia informuje, że *błąd językowy* to odstępstwo od skodyfikowanej normy językowej, a zatem o błędności lub poprawności konkretnych form można mówić tylko z punktu widzenia określonej normy.

Od czasu ukazania się artykułu Smoczyńskiej (1987) na temat metodologicznych problemów analizy błędów językowych pojawiła się tendencja do unikania terminu *błąd językowy* w odniesieniu do dziecięcych wypowiedzi. Niektórzy badacze proponują alternatywne nazwy w rodzaju: niekonwencjonalne formy językowe, innowacje, nowotwory dziecięce, formy swoiste (Kozłowska 1991; Łuczyński 2004; Porayski-Pomsta 2013). Tymczasem autorka wspomnianego wyżej artykułu nie zrezygnowała z opisywania błędów językowych u dzieci, ponieważ – jak się wydaje – etykieta jest dla niej mniej ważna niż to, co się pod nią kryje.

Wprawdzie użycie problematycznego terminu w kontekście niedojrzałych produkcji werbalnych może być mylące, ale sztywne zastąpienie go innym niczego nie zmieni. Jak wiadomo – wszystkie nazwy w języku posiadają mniej lub bardziej umowny charakter. Termin *błąd językowy* ma długoletnią tradycję i szerokie zastosowanie, a co za tym idzie – nie posiada ścisłej definicji, jednak wszelkie próby wyeliminowania go z tekstów dotyczących mowy dziecka okazują się zabiegiem sztucznym i to z kilku powodów.

Po pierwsze, rozwój ma charakter ciągły. Jeżeli począwszy od 7. roku życia dziecko jest oceniane w szkole na podstawie indywidualnych osiągnięć, w tym liczby błędów popełnianych w mowie i w piśmie, to nie sposób uznać, że wcześniej problem ten nie istniał. Oczywiście na kolejnych etapach dojrzewania i uczenia się występują niedające się ze sobą porównać trudności, ale



utrzymanie dla nich wspólnej nazwy nadrzędnej wydaje się najbardziej konsekwentnym rozwiązaniem.

Po drugie, nie każde odstępstwo od normy w pierwszych latach życia może być traktowane z pobłażaniem, a znaczny udział form nieprawidłowych w mowie dziecka powinien wzbudzić czujność dorosłych. Tymczasem rodzice wolą przywyknąć do myśli, że ich córka/syn są niekonwencjonalni, niż usłyszeć diagnozę upośledzenia umysłowego, autyzmu czy specyficznego zaburzenia językowego. Im dłużej pielęgnują w sobie iluzoryczny obraz dziecka, tym trudniej ich później przekonać, że jego swoiste reakcje nie są oznaką wyjątkowości, lecz deficytów, które należy wyrównywać. Stąd ryzykowne jest stosowanie eufemizmów w rodzaju *innowacje* czy *nowotwory językowe* w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Wreszcie, po trzecie, warto zadać sobie pytanie: kto nie popełnia błędów? Obecnie coraz więcej przedstawicieli nauk humanistycznych jest zdania, że proces rozwoju obejmuje całe życie człowieka – od poczęcia do późnej starości. Słowo błąd pomimo swego pejoratywnego wydźwięku nie powinno nikogo razić, gdyż jest wpisane w ludzką egzystencję i w każdy okres życia człowieka.

Zatem *błędy językowe* mogą mieć charakter rozwojowy lub wynikać z innych przyczyn: intelektualnych, emocjonalnych, organicznych, środowiskowych. Ich występowanie na wczesnych etapach ontogenezy jest zjawiskiem naturalnym, towarzyszącym rozpracowywaniu systemu językowego przez dzieci, natomiast w wieku dorosłym świadczyć może o niezajomości tzw. normy, niedbalstwie, uleganiu modom, zmęczeniu lub o dolegliwościach ze strony układu nerwowego.

Zgodnie z powyższym przyjmuję, że *błędy językowe* u dzieci to takie odstępstwa od skodyfikowanej normy, które są wypadkową niedojrzałego sposobu myślenia, ograniczonej sprawności w posługiwaniu się mową oraz bazowania na częściowo fałszywych założeniach. Ekspansywność tych błędów w początkowej fazie nabywania języka tłumaczy się względami pragmatycznymi. Małe dziecko przedkłada treść przekazu nad formę, ponieważ z jego punktu widzenia ważne jest, co chce powiedzieć, a nie w jaki sposób.

Takie błędy przewijają się również w mowie dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną, szczególnie w tym przypadku wiedza językowa pozostaje w relacji do mało wyraźnej wiedzy o świecie. Nietrudno o pomyłki, jeśli na kompetencję językową składają się zarówno informacje zgromadzone w wyniku niedokładnego przetwarzania materiału dźwiękowo-wizualnego, jak i nie w pełni kontrolowane czynności planowania własnych wypowiedzi. Tymcza-

sem, choć od myśli do słowa prowadzą zagmatwane szlaki, na ogół rozumiemy, co chce nam zakomunikować niepełnosprawny intelektualnie rozmówca. On także znajduje w osobistym repertuarze wiedzy i umiejętności środki językowe służące wyrażaniu intencji, w naturze każdego człowieka bowiem niezależnie od jego możliwości psychofizycznych leży potrzeba tworzenia i przekazywania znaczeń (por. Bokus i Shugar 2007).

A oto moje spostrzeżenia z przeprowadzonych badań. Podczas indywidualnych sesji diagnostycznych uczniowie popełniali mniej błędów w sytuacji testowo-zadaniowej niż w trakcie opowiadania i rozmowy kierowanej. Nie ma w tym niczego odkrywczego, ponieważ takie obserwacje poczyniło już wcześniej wielu znanych badaczy (Smoczyńska 1987, 1992; Kozłowska 1991; Łuczynski 2004 i in.). Odnotowana tendencja pozwala jednak przypuszczać, że dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną nie są ani tak nieświadome, ani tak bezkrytyczne, jak się zwykło uważać. O ile badani chętnie wykonywali łatwe zadania, o tyle w miarę wzrostu poziomu trudności zaczynali stosować wybiegi mające na celu albo uśpienie czujności badającego, albo odwrócenie jego uwagi od zadania, albo przerwanie próby. Być może starali się w ten sposób zapobiec błędom lub ukryć je przed dorosłym rozmówcą, co dowodziłoby, że wyczuwają pułapki tkwiące w systemie językowym, mają wątpliwości związane z użyciem danej formy i nie ufają własnym umiejętnościom.

Obecność wymienionych reakcji w badanej grupie tylko pozornie stoi w sprzeczności z wynikami badań nad samooceną i samoakceptacją osób z diagnozą upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim (Giryński 1989; Kościelak 1996; Wyczasany 2006). Typowe dla nich wypowiedzi na własny temat świadczące o postrzeganiu siebie w sposób nadmiernie wyidealizowany nie mają bowiem pokrycia w ocenach częściowych i bieżącym oglądzie sytuacji. Jeśli dziecko ma opisać siebie takim, jakim jest, to sięga po przymiotniki podkreślające pozytywne cechy wyglądu i charakteru, aby pokazać się w jak najlepszym świetle. Innym razem pod wpływem negatywnych informacji płynących z otoczenia koncentruje się na swoich wadach, co nie przeszkadza mu niedługo potem chełpić się wyimaginowanymi przymiotami. Raz słyszy ono, że niczego nie potrafi, innym razem, że wspaniale sobie z czymś radzi, a ponieważ nie istnieje dla niego pojęcie względności, ostatecznie gubi się w natłoku danych i wybiera to, co dla niego najkorzystniejsze. Podobnie ma się rzecz z tzw. obniżonym krytycyzmem. Dzieciom z lekką niepełnosprawnością intelektualną niełatwo ustosunkować się do zdarzeń, oddzielić ważne informacje od błahych

czy zweryfikować opinie, ale potrafią wytknąć wadę koledze, podważyć słowa nauczyciela lub posądzić kogoś o kłamstwo. Wspominam o tym, aby zaznaczyć, że jednostka z najlżejszym stopniem oligofrenii nie jest bezbronna w zetknięciu z rzeczywistością, ponieważ ma dostęp do określonych schematów postępowania. Dzięki temu nie musi rezygnować z udziału w szeroko pojętym życiu społecznym.

Zebrany materiał językowy dostarcza wielu przykładów zastosowania przez uczniów szkoły specjalnej strategii radzenia sobie w sytuacji zadaniowej, które nazwałam strategiami unikania błędów językowych. Wyodrębniłam wśród nich 4 podstawowe:

- uchylanie się od odpowiedzi,
- manipulowanie czynnikami sytuacyjnymi,
- maskowanie błędów,
- zmierzanie do celu okrężnymi drogami.

Do strategii uchylania się od odpowiedzi zaliczyłam takie reakcje jak:

- wycofywanie się z własnych słów,
- mówienie: *nie wiem, nie umiem, nie pamiętam*,
- dyskredytowanie trudnych pytań.

Wspólną ich właściwością jest rezygnacja podmiotu z możliwości zabrania głosu w danej sprawie. Podczas badań zdarzało się, że dziecko natychmiast po udzieleniu odpowiedzi negowało ją krótkim *nie* i albo podawało niekoniecznie słuszne sprostowanie, albo zapadało w bezpieczne milczenie. Moment wahania osiągał punkt kulminacyjny, gdy uczeń zaprzeczał własnym stwierdzeniom, aby po chwili powiedzieć: *nie wiem, nie umiem, nie pamiętam*. Jak można się było przekonać – tego typu stwierdzenia nie zawsze odzwierciedlały stan rzeczywisty. Wydaje się, że odpowiedź *nie wiem/nie pamiętam* z jednej strony zwalniała dziecko z wysiłku intelektualnego, ale z drugiej – paradoksalnie – umożliwiała mu grę na zwłokę, czyli zastanowienie się nad rozwiązaniem. Oczywiście dość częste były i takie przypadki, kiedy komunikaty tego rodzaju miały dosłowne przełożenie i oznaczały tylko tyle, że badany nie zna odpowiedzi. Niektórzy uczniowie reagowali wzburzeniem na zbyt ambitne zadania. Narzekali, że pytania są „głupie”, krytykowali pomysł wciągnięcia ich do badań, skarżyli się na złe samopoczucie lub odmawiali współpracy. Omówione zachowania były efektem strategii: „Lepiej zostawić pytanie bez odpowiedzi, niż popełnić błąd”. A oto przykłady, które mówią same za siebie:

1. Dorosły: *Ten pan jest głodny jak...*  
Dziecko: Nie wilki, tylko...  
Dorosły: *Tak?*  
Dziecko: **No! Wilk. Nie!**
2. Dziecko: Dzik chyba z... zjadł ten... orzechy. Tofi... nie... ku... Zapominam jej... imieja.  
Dorosły: *Tola.*  
Dziecko: Tola napompowała worek, strzeliła... i się przestraszył... dzik i poszedł.  
Dorosły: *I co?*  
Dziecko: **Dalej to już nie pamiętam.**
3. Dziecko: ko ... kura, ręka, but ...  
Dorosły (po wyczerpaniu przez dziecko limitu czasu): *Stop.*  
Dziecko: **O! Jakie to chore! Ja tego nie robię.**

Do drugiej grupy strategii włączyłam wszelkie próby manipulowania przez dzieci czynnikami sytuacyjnymi, a więc:

- odpowiadanie pytaniem na pytanie,
- udzielanie kilku odpowiedzi na jedno pytanie,
- wyklócanie się w obronie własnego zdania,
- posiłkowanie się mnemotechnikami.

Nie ma powodu, dla którego dziecko z lekką niepełnosprawnością intelektualną miałoby udawać przed badającym, że nie zna odpowiedzi na jego pytanie. Jeśli więc stara się zbyć rozmówcę, stosując różne uniki, to znaczy, że albo nie jest w stanie sprostać zadaniu, albo wątpi w słuszność swojego rozumowania. Badani przeze mnie uczniowie równie często popadali w rezygnację, co w euforię. Niektórzy próbowali dotrzeć do właściwego wyrazu lub jego formy poprzez zgadywanie. Inni asekurowali się, podając od razu kilka odpowiedzi – na wszelki wypadek. Dzięki temu ich szanse subiektywnie rosły. Pragnienie sukcesu przekraczało momentami granice zdrowego rozsądku, co dało się zauważyć, gdy dzieci, nie mając racji, upierały się przy swoim stanowisku. Posiłkując się podniesionym głosem i mimiką wyrażającą oburzenie, badani przekonywali rozmówcę, że pan, który piecze chleb, to *piekarnik*, a zadowolony z siebie człowiek czuje się jak *pawian*. Odwoływanie się do swojej wiedzy i doświadczenia odgrywało też ważną rolę podczas aktualizacji wyrazów. Pewna grupa uczniów poszukiwała brakującego słowa poprzez kojarzenie faktów, rymowanie lub przypominanie sobie bajek i reklam telewizyjnych. Prowadziło to niekiedy do nadmiernej konkretyzacji

i typowego dla osób z deficytem intelektualnym zjawiska perseweracji, czyli wyrzucania z siebie zalegających myśli. Rządzącą opisanym postępowaniem regułą można by ująć następująco: „Jeśli chcesz dobrze wypaść, szukaj uniwersalnych rozwiązań”. Poniżej cytuję kilkoro dzieci manipulujących czynnikami sytuacyjnymi:

1. Dorosły: *Kto nie jadł kanapek i dlaczego?*  
Dziecko: **Tofi?** Znaczy...  
Dorosły: *To...*  
Dziecko: **Tola?**  
Dorosły: *Tak. No, a dlaczego?*  
Dziecko: **Bo...nie chciała jeść?**  
Dorosły: *No dobrze. A w jakim celu Tola wybrała się do lasu?*  
Dziecko: **Żeby kwiatki pozbierać?** (żeby zbierać grzyby)
2. Dorosły: *Popatrz: Tu jest stół, a tu dziewczynka. Dziewczynka siedzi...*  
Dziecko: **na krześle, przed stołem, koło stoła.** (zamiast przy stole)
3. Dorosły: *Spróbuj zapamiętać jak najwięcej tych wyrazów, dobrze? Posłuchaj i skup się: rzeka, firanka, pasek, indyk, szkoła, rodzice, słońce, ogród, czapka, kolor.*  
Dziecko: kolor, rodzice, **dom**, rzeka... Ile już znalazłam? Cztery?  
Dorosły: *Mh... Cztery.*  
Dziecko: **Dom...**  
Dorosły: **Domu nie było.** Co jeszcze?  
Dziecko: **Był!!!**

Trzecia grupa strategii określona przeze mnie jako system maskowania błędów obejmuje:

- ściszenie głosu,
- przyspieszanie tempa wypowiedzi,
- chaotyczne modyfikowanie słowoform,
- zastępowanie wyrazów właściwych prostszymi formalnie odpowiednikami.

Nie stanowią one repertuaru swoistego dla osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Podobne tendencje zanotowali u dzieci w wieku przedszkolnym Smoczyńska (1987), Łuczyński (2004), Kozłowska (1991). Ściszenie głosu w zadaniach wymagających użycia poprawnej formy fleksyjnej i przyspieszanie tempa wypowiedzi to techniki kamuflażu, dzięki którym badany ma szansę zatuszować ewentualne błędy. Brak pewności co do wyboru odpowiedniej formy gramatycznej znajduje też odbicie w nagromadzeniu końcówek równoległych. Mechanizm jest tu następujący: dzieci wypowiadają część tematyczną

wyrazu, a potem usiłują dopasować do niej końcówkę, przeskakując z jednego paradygmatu do drugiego. Efekty tego przeszukiwania bywają różne. Czasem ostatnia odpowiedź jest najlepsza, ale bywa i tak, że poprawna forma stanowi tylko ogniwo pośrednie na drodze prowadzącej do podjęcia ostatecznej, choć nie zawsze trafnej decyzji. Jeszcze innym sposobem na obejście problemu jest podstawianie przez dzieci w miejsce wyrazu właściwego jego zamienników o bardziej regularnej odmianie. Zamiast leksemu *pies* pojawia się więc *piesek*, zamiast leksemu *gałąź* – *gałęzie*, a zamiast leksemu *pieniądze* – *kasa* lub *forsa*. Oznacza to, że substytucje mogą polegać nie tylko na użyciu formy deminutywu, ale również liczby mnogiej lub wyrazu bliskoznacznego (w tym przypadku rozpowszechnionego kolokwializmu). Wymienione zachowania podlegają maksymie: „W razie wątpliwości dokonuj modyfikacji o charakterze formalnym”, co dobrze ilustrują następujące wypowiedzi uczniów:

1. Dorosły: *Gdzie teraz jest kot?*  
 Dziecko: W szafie. (**szeptem**)  
 Dorosły: *Brawo. A teraz, gdzie jest kot?*  
 Dziecko: Pod e... stołem. (**szeptem**)
2. Dorosły: *W tej rzece jest płytko, a w tej...*  
 Dziecko: **Bło... ko.** (głęboko)  
 Dorosły: *Ten pan postępuje dobrze, a ten...*  
 Dziecko: **Zły. Żle.**  
 Dorosły: *Tej dziewczynce jest smutno, a tej...*  
 Dziecko: **wes... wie... wesoło.**
3. Dorosły (odczytuje niekompletny list Bartka): *Chciałbym mieszkać w innym domu – nowszym i ładniejszym, ale niestety za wszystko trzeba płacić...*  
 Dziecko: pie... **kasą.**  
 Dorosły: *Czym? Pie...*  
 Dziecko: **pieniądze,**  
 Dorosły: *których dorosłym ciągle brakuje. Jak nie masz...*  
 Dziecko: **kasiory.**  
 Dorosły: *Czyli jak nie masz...*  
 Dziecko: **kasy... pieniądze,**  
 Dorosły: *to jesteś nikim.*

Ostatnia grupa strategii, w której dominującym zjawiskiem jest kluczenie pomiędzy myślą a słowem, wydaje się najmniej jednorodna. Składają się na nią takie czynności, jak:

- uzupełnianie konstrukcji składniowych wyrażeniami dźwiękonaśladowczymi,
- opisywanie i wyliczanie szczegółów,
- stosowanie wypełniaczy i przerywników,
- fantazjowanie.

Z poczynionych przeze mnie obserwacji wynika, że dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną miewają ciekawe spostrzeżenia i wartościowe myśli, ale nie potrafią przekazać ich w atrakcyjnej formie. Słowa napływają zbyt wolno, aby mogły pokryć aktualne zapotrzebowanie lub przeciwnie – wymykają się spod kontroli, osłabiając przekaz. W efekcie wypowiedzi są mało spójne, a ich znaczenie różni się od intencji autora. W zgromadzonym przeze mnie materiale dźwiękowym nie brakuje jednak dowodów, że uczniowie niepełnosprawni intelektualnie podejmują próby logicznej strukturyzacji tekstów. Co więcej – pomimo trudności leksykalnych potrafią wprost lub metodą okrężną wyrazić uczucia i myśli. Nieporadność językową nadrabiają wymownymi gestami, mimiką, okrzykami lub wyrażeniami dźwiękonaśladowczymi. Tego typu sygnały są często jedynymi wskaźnikami dynamiki w dziecięcych opowiadaniach. W czasie badań uczniowie wielokrotnie zamiast oczekiwanej nazwy podawali luźno skojarzone ze sobą informacje o przedmiotach, wyliczali elementy znajdujące się w polu uwagi albo nawiązywali do tła sytuacyjnego. Zdarzało się im również odbiegać od tematu lub gubić wątek. Ogólnie mówili raczej o tym, co wiedzą w związku z daną rzeczą, niż o tym, co ważne w kontekście pytania. Rozmywanie sensu komunikatu pozwalało im uniknąć jednoznacznej odpowiedzi, której albo nie znali, albo obawiali się udzielić. Rezerwę czasu do namysłu zyskiwali poprzez pauzy, znaczniki typu: *hm*, *no*, *ten*, *tego* oraz przerywniki w postaci ulubionych powiedzonek. Wreszcie wszelkie luki pamięciowe wypełniali konfabulacjami, czyli produktami własnej wyobraźni. Dzięki nim mogli stwarzać pozory elokwencji – tym bardziej że ich wywody nie zawsze dało się zweryfikować. Kroki podejmowane w ramach tej ostatniej grupy strategii reguluje zasada: „Mów cokolwiek, byle wybrnąć z kłopotliwego pytania”. A oto egzemplifikacja omówionych zjawisk:

1. Dorosły: *Jak Tola ich obudziła na śniadanie? (Uderzyła chochlą w pa-telnię.)*

Dziecko: **Tak: bum, bum, bum.**

Dorosły: *Czyli, co zrobiła?*

Dziecko: Nie wiem. Ja nie wiem, jak się to mówi.

Dorosły: *Jak ona zrobiła im tę pobudkę?*

Dziecko: E ... **O takie i takie (pokazuje) i bum, bum, bum i wstali.**

2. Dorosły: *A tu są? (meble)*  
Dziecko: **Sąfy i inne takie.**  
Dorosły: *No a jakbyś nazwała te szafy i różne takie? To są...*  
Dziecko: **artykuły do spania.**  
Dorosły: *Do spania? W szafie też się śpi?*  
Dziecko: Nie.  
Dorosły: *No więc, co to? To są...*  
Dziecko: e...  
Dorosły: *Zastanów się, w jakim sklepie kupuje się takie rzeczy. To są...*  
Dziecko: **Meble.**
3. Dziecko: **To nie będzie...**  
Dorosły: *Jak on się nazywa? Spróbuj znaleźć nazwę.*  
Dziecko: **E... to będzie... nie wiem...**  
Dorosły: *A co robi?*  
Dziecko: **Gasi p... Strażak Sam!!!**  
Dorosły: *Tak! Strażak.*

## Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że:

- dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną postawione w sytuacji zadaniowej radzą sobie z problemami językowymi dzięki uruchomieniu określonych strategii działania, takich jak uchylanie się od odpowiedzi, manipulowanie czynnikami zewnętrznymi, maskowanie błędów bądź zmierzanie do celu okrężnymi drogami;
- wymienione strategie znajdują się w repertuarze wszystkich ludzi, co oznacza, że nie są one zarezerwowane wyłącznie dla jednostek z deficytem poznawczym, jednak ich udział w komunikacji osób niepełnosprawnych umysłowo jest znacznie większy;
- częstotliwość stosowania przez dzieci technik obronnych podczas badań o charakterze testowym wydaje się proporcjonalna do ich aktualnej wiedzy, ponieważ zasadniczo dziecko unika odpowiedzi na zbyt trudne dla niego pytania;
- skuteczność poszczególnych strategii jest subiektywna i pozorna, lecz ich obecność u dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną dowodzi, że dostrzegają one własne ograniczenia, zdają sobie sprawę ze złożoności systemu językowego, walczą z wątpliwościami i zabiegają o akceptację.



Wyniki przeprowadzonych analiz pozwalają ustosunkować się do jeszcze innych kwestii. Po pierwsze, wypowiedzi uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną, choć czasem mało adekwatne i obarczone błędami językowymi, odpowiadają powszechnie przyjętym kanonom. Po wtóre, pośredniczą one z dobrym skutkiem w intencjonalnym przekazywaniu dziecięcych myśli, sądów, przekonań, refleksji lub ocen. Wreszcie po trzecie, w mowie dzieci obok niewłaściwych użyc leksemów i struktur składniowych zaznacza się zdecydowana przewaga form prawidłowych, a to napawa optymizmem.

## Bibliografia

- Bokus B., Shugar G.W. (2007), *Psychologia języka dziecka – stare pytania, nowe dane, nowe hipotezy*, [w:] *Psychologia języka dziecka*, red. B. Bokus, G.W. Shugar, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Encyklopedia językoznawstwa ogólnego* (2003), pod redakcją K. Polańskiego, Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich, Wrocław
- Giryński A. (1989), *Funkcjonowanie młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim w rolach społecznych*, WSPS, Warszawa
- Kościelak R. (1996), *Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo*, WSiP, Warszawa
- Kozłowska E. (1991), *Fleksja podstawowych kategorii wyrazów w mowie dzieci pięcioletnich*, „Poradnik Językowy”, z. 9–10
- Łuczyński E. (2004), *Kategoria przypadku w ontogenezie języka polskiego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk
- Markowski A. (2007), *Wielki słownik poprawnej polszczyzny* Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Porayski-Pomsta J., *O tak zwanych błędach językowych dzieci*, <http://www.tkj.uw.edu.pl> [dostęp 2013.10.13]
- Smoczyńska M. (1992), *Kategoria osoby w języku dziecka: odniesienie do nadawcy i odbiorcy*, [w:] *Z badań nad kompetencją komunikacyjną dzieci*, red. B. Bokus, M. Haman, „Język – poznanie – komunikacja”, t. 2, Wydawnictwo Energeia, Warszawa
- Smoczyńska M. (1987), *Metodologiczne problemy analizy błędów językowych u dzieci*, [w:] *Wiedza a język*, t. 2: *Język dziecka*, red. B. Bokus, I. Kurcz, G.W. Shugar, Wydawnictwo Naukowe PAN, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź
- Wikipedia, *Błąd językowy*, [http://pl.wikipedia.org/wiki/Błąd\\_językowy](http://pl.wikipedia.org/wiki/Błąd_językowy) [dostęp 13.10.2013.]
- Wyczesany J. (2006), *Samoocena uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim*, [w:] *Uwarunkowania edukacji i rehabilitacji uczniów o specjalnych potrzebach*

w rozwoju, red. J. Wyczesany i Z. Gajdzica, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków

## Strategies to prevent lingual mistakes in children with mild intellectual disabilities

### Summary

The article refers to the qualitative analysis of material obtained during pilot and main studies on language competence of children with mild intellectual disability which were conducted by the author in 2009–2012. It presents methods of coping with lexical and grammatical problems encountered by the study group of children with respect to the language as a system of signs, relations and rules. These methods have been called strategies of avoiding language errors.

It has been assumed that *language errors of children* are certain deviations from a codified standard that result from immature way of thinking, limited speaking skills and usage of partly false assumptions. Expansion of such verbal production errors in children with mild intellectual disability may be explained by pragmatic reasons as for this group of speakers in particular, the matter is what they want to communicate and not how they do it.

The archived set of diagnostic session recordings is a huge base of examples of compensation strategies used by the study group students in order to prevent language errors. The following four groups of these strategies have been distinguished and described: avoiding answers, manipulating with situational factors, masking errors and using indirect methods to reach the goal.

In the summary, conclusions are presented which question the thesis of only quantitative differences between the levels of language skills in individuals with mild intellectual disability and normally developed people.

**Key words:** language competence, language error, strategies of avoiding language errors

## Słabowzroczność a realizacja zadań rozwojowych w okresie adolescencji

### Streszczenie

Proces dorastania osób z dysfunkcją wzroku uważa się za stosunkowo mało poznany. Zawarta w literaturze przedmiotu ocena wpływu słabowzroczności na realizację zadań rozwojowych w okresie adolescencji znajduje jedynie częściowe potwierdzenie w wynikach badań naukowych. Doświadczanie w procesie rozwojowym szczególnego typu trudności, innych niż te, których doświadczają prawidłowo widzący i całkowicie niewidomi młodzi ludzie, może prowadzić do przeciążenia mechanizmów psychicznej regulacji u słabowidzącej młodzieży. Mniejszy niż u niewidomych stopień uszkodzenia wzroku nie skutkuje bowiem mniejszym obciążeniem psychicznym. Uczniowie słabowidzący, a nie niewidomi, częściej padają ofiarą prześladowania ze strony rówieśników niż ich prawidłowo widzący rówieśnicy. Wsparcie ze strony grupy rówieśniczej jest ważniejsze dla młodzieży z dysfunkcją wzroku niż dla młodzieży pełnosprawnej. Młodzież słabowidząca tak samo jak jej widzący rówieśnicy odczuwa potrzebę przynależności do grupy rówieśniczej, ale jest mniej aktywna w nawiązywaniu relacji uczuciowych. Istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań porównawczych nad specyfiką realizacji poszczególnych zadań rozwojowych przez młodzież słabowidzącą, niewidzącą i pełnosprawną wzrokowo.

Słowa kluczowe: zadanie rozwojowe, adolescencja, słabowzroczność, samopoczucie psychiczne, grupa rówieśnicza, przemoc, związki preintymne

### Wprowadzenie

Psychologia rozwoju *life-span* wskazuje, iż w każdej fazie życia (dzieciństwie, dorastaniu i dorosłości) następują istotne, specyficzne tylko dla danego okresu przemiany (Bee 2004). Radykalne przemiany o charakterze fizyczno-psychologicznym dokonują się w okresie adolescencji będącym swoistego typu pomostem pomiędzy dzieciństwem a dorosłością (Hryniewicka 2005; Katra 2010). Literatura przedmiotu poświęcona wszelkiego typu zmianom, jakim podlega osoba dorastająca, w tym zmianom w budowie ciała i jego czynnościach, jak również przemianom zachodzącym w sferze poznawczej i emo-

cyjnalno-społecznej, jest dość obszerna. Pomimo jednak poznania ogólnych tendencji przemian, które występują u zdecydowanej większości młodych ludzi, nadal nie poddano badaniom wielu kwestii związanych z dojrzewaniem psychospołecznym poszczególnych grup osób dorastających (Bąbka 2010). Za stosunkowo mało poznany uważa się proces dorastania osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności (Obuchowska 2006; Wiliński 2007).

Wieloaspektowa analiza wpływu niepełnosprawności na przebieg procesu dorastania wydaje się być ze wszech miar potrzebna, gdyż wielu autorów (m.in. Majewski 2002; Sękowski 2002; Wiliński 2007; Röder 2009; Pfeiffer, Pinquart 2011) wskazuje na szczególnie trudną sytuację niepełnosprawnej młodzieży, u której problemy typowe dla tej fazy życia łączą się z negatywnymi następstwami danej dysfunkcji, co w sposób znaczący zwiększa obciążenie psychiczne i utrudnia dobre przystosowanie. Obciążenie wynikające z podwójnie trudnej sytuacji nakłada się na niezwykle wrażliwość i małą odporność układu nerwowego, brak wypracowanych strategii zaradczych, słabość fizyczną i ogólną niedojrzałość systemu nerwowego, co stanowi znaczący czynnik ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego (Hryniewicka 2005). Przyjmuje się, iż prawdopodobnie zasadniczy przebieg procesu dorastania będzie u nastolatków z niepełnosprawnością taki sam jak w ogólnej populacji, jednak znacznie większa jest intensywność konfrontacji z trudnościami charakterystycznymi dla tej fazy życia (Wiliński 2007), zaś jej charakter w dużej mierze zależy od rodzaju i stopnia niepełnosprawności.

## Zadania rozwojowe w okresie adolescencji

Młodzież jako grupa społeczna cechuje się bardzo dużym indywidualnym zróżnicowaniem i wieloma cechami dystynktywnymi (Obuchowska 2006), stąd precyzyjne określenie przemian i specyficznych zachowań mieszczących się w normie rozwojowej dla tego wieku jest utrudnione (Katra 2010). Analizę funkcjonowania nastolatka i ocenę prawidłowości przebiegu jego rozwoju w poszczególnych obszarach może ułatwić odwołanie się do koncepcji zadań rozwojowych R. Havighursta; zastosowanie tej teorii umożliwia także dokonanie porównania dorastania młodzieży pełnosprawnej i niepełnosprawnej.

Zadanie rozwojowe jest tu rozumiane jako specyficzna wiedza, umiejętności, postawy, zachowania i sposób funkcjonowania, które osoba powinna zdobyć lub które powinny się pojawić na wskutek przemian rozwojowych w danej fazie życia (Katra 2010; Tyszkowa 2010). Opanowanie zadań rozwojowych

polega na tym, że osoba gromadzi specyficzne formy doświadczenia, które warunkują bardziej złożone zachowanie w relacjach z otoczeniem i w wypełnianiu ról społecznych (Bąbka 2009, 2010). Według autora tej koncepcji „zadanie rozwojowe jest zadaniem, które pojawia się w pewnym okresie życia jednostki i którego wypełnienie z powodzeniem prowadzi do jej szczęścia i do sukcesu w zadaniach późniejszych, podczas gdy jego niewypełnienie przynosi brak szczęścia, dezaprobatę społeczną i trudności w realizacji dalszych zadań” (Havighurst 1981 za: Tyszkowa 2010: 100). Źródłem tak ujmowanych zadań rozwojowych mogą być procesy dojrzewania somatycznego, presja oddziaływań kultury danego społeczeństwa, w którym żyje osoba, jak również aspiracje i wartości samej rozwijającej się jednostki. Odwołanie do koncepcji Havighursta pozwala określić, czy dana osoba podejmuje działania sprzyjające realizacji zadań rozwojowych przewidzianych dla jej etapu życia, jak również pozwala dość łatwo zarejestrować brak określonego typu pożądanych aktywności; ponadto zakładana wzajemna zależność zadań rozwojowych osiągniętych w kolejnych fazach ułatwia analizę aktualnego funkcjonowania danej osoby w perspektywie pełnego cyklu życia.

Na poziom realizacji zadań rozwojowych mają wpływ czynniki biologiczne (np. uszkodzenie organizmu), psychologiczne (np. cechy temperamentalne) i społeczne (np. doświadczenia życiowe), które mogą stać się źródłem zasobów lub czynników ryzyka (Bąbka 2010). Zgodnie z teorią Havighursta na okres adolescencji przypadają następujące zadania rozwojowe: osiąganie nowych, bardziej dojrzałych relacji z rówieśnikami obu płci, przyswojenie roli społecznej typowej dla swojej płci, pojawienie się fizycznej dojrzałości i rozwój zdolności do efektywnego wykorzystywania swojego ciała – z tym zadaniem bezpośrednio wiąże się konieczność akceptacji swojego wyglądu, osiągnięcie emocjonalnej niezależności od rodziców i innych dorosłych, przygotowanie do życia w rodzinie i małżeństwie, przygotowanie zawodowe, nabywanie zbioru wartości i rozwój systemu etycznego, dążenie do odpowiedzialności za własne zachowanie<sup>1</sup>. J. Bąbka (2010) podkreśla, iż powyższe zadania rozwojowe są realizowane przez człowieka przez całe jego życie, jednak w czasie adolescencji jest on bardziej podatny na ich opanowanie niż w innych okresach.

<sup>1</sup> Krajowa i zagraniczna literatura psychologiczna i pedagogiczna poświęcona charakterystyce zadań rozwojowych przypadających na okres adolescencji jest dość obszerna. W niniejszym tekście pokrótce przedstawiono właściwości tylko tych zadań rozwojowych, których opanowanie może utrudniać występowanie u adolescenta wrodzonej słabowzroczności.

Analiza wzajemnych powiązań wymienionych zadań rozwojowych wyraźnie wskazuje, że osiągnięcie dojrzałości psychicznej jest podstawowym zadaniem tej fazy życia, a przejawiać się ona będzie w zdolności do świadomego i odpowiedzialnego decydowania o sobie, w odkryciu sensu swojego istnienia oraz budowaniu własnej tożsamości (Bardziejewska 2005; Wolan-Nowakowska 2005). W kształtowaniu tak rozumianej dojrzałości szczególną rolę będzie odgrywać grupa rówieśnicza, gdyż to głównie relacje z kolegami mają wpływ na postrzeganie siebie i ocenę swojej osoby. Osoba dorastająca konfrontuje się z rówieśnikami pod względem wyglądu, zainteresowań, przeżyć, poglądów i osiągnięć; grupa rówieśnicza będzie więc stanowić podstawowy punkt odniesienia dla samooceny i kształtowania się własnej tożsamości (Katra 2010). Obecność grupy rówieśniczej wspiera rozwój nastolatka w każdym obszarze, gdyż grupa pozwala na przećwiczenie rozmaitych zachowań, których nie można przetestować poza nią, w kontaktach z osobami dorosłymi, ponadto grupa dostarcza informacji o normach działań w różnych sytuacjach, z którymi osoba nie spotykała się we wcześniejszym okresie życia, np. pierwszych relacji intymnych z płcią przeciwną (Beisert 2001). Niezbędne dla prawidłowego rozwoju emocjonalno-społecznego młodego człowieka ilościowe i jakościowe poszerzenie jego interakcji społecznych możliwe jest tylko w grupie rówieśniczej. Niezwykłym wsparciem jest także fakt, iż w grupie rówieśniczej wszyscy znajdują się w podobnej sytuacji, doświadczają zbliżonych problemów, opanowują analogiczne zadania; stąd młodzież o wiele silniej niż osoby na innych etapach życia odczuwa pragnienie przynależności do jakiejś grupy i akceptacji przez nią (Röder 2009). Potrzeba jednoznacznego określenia siebie jako osoby może skutkować wręcz totalną identyfikacją z daną grupą, a w dalszej konsekwencji nietolerancją wobec wszelkiej odmienności, np. całkowitym odrzuceniem kontaktów z rówieśnikiem z widoczną niepełnosprawnością (Wiliński 2007) czy wręcz aktami przemocy wobec niego (Pinquart, Pfeiffer 2011a). W okresie adolescencji nastolatek spędza z rówieśnikami ponad połowę swojego wolnego czasu (Bardziejewska 2005), a w związkach opartych na przyjaźni uczy się współpracy, troski o drugą osobę, lojalności i akceptacji (Bee 2004). Charakterystyczne jest nawiązywanie relacji o zróżnicowanym poziomie bliskości, podejmowanie nowych ról społecznych, angażowanie się w formalne i swobodne grupy (Korzeniewska 2009). Bezpośrednie poznanie reguł społecznego funkcjonowania możliwe dzięki przynależności do grupy ułatwia osiągnięcie emocjonalnej niezależności od rodziców, a podjęcie roli pełnosprawnego obywatela odbywa się dzięki wyrażanej przez grupę

akceptacji w sposób zapewniający młodemu człowiekowi poczucie bezpieczeństwa (Bardziejewska 2005). Istotne dla dalszego rozwoju osoby jest zdobywanie doświadczeń w związkach preintymnych, które choć ze swej istoty nietrwałe, wyposażają młodego człowieka w kompetencje niezbędne do utworzenia w późniejszym okresie związków bazujących na partnerstwie.

Znaczącym elementem procesu kształtowania się tożsamości jest stopniowe odkrywanie sensu życia, wyrażające się w tym, że człowiek konsekwentnie i z wysiłkiem dąży do realizacji celów wykraczających poza bezpośrednio zaspokojenie potrzeb fizjologicznych, nie rozprasząc się na inne rodzaje aktywności (Hryniewicka 2005). Zdolność do samodzielnego określania celów oraz umiejętność podporządkowania ich realizacji bieżących działań stają się możliwe dzięki rozwojowi funkcji poznawczych (Michałowska 2006). Zmiany czynności poznawczych w tym okresie obejmują m.in. rozwój myślenia abstrakcyjnego i logicznego, zdolność do refleksji i autorefleksji, umiejętność perspektywicznego ujmowania zdarzeń, formułowania własnych, niezależnych ocen, w tym poglądów dotyczących polityki czy zagadnień społecznych (Obuchowska 2006). Na osiągnięcie celów przez adolescentów mogą mieć także wpływ zasoby psychiczne. Przegląd badań poświęconych temu zagadnieniu dokonany przez Pfeiffera i Pinguarta (2011) pokazuje, że dorastający dysponujący silniejszymi zasobami wewnętrznymi, takimi jak wewnątrzsterowność i wysokie poczucie własnej skuteczności, stosują więcej strategii rozwoju dla osiągnięcia celu, a więc nie umniejszają aspiracji, tylko reagują na trudności wzmocnieniem stanu wewnętrznego (motywacja, zaangażowanie, zwiększenie aktywności itd.) lub kontekstu zewnętrznego (np. wsparcie społeczne) w celu zmniejszenia różnic między pożądanym a rzeczywistym stanem realizacji celu; ponadto młodzież mająca do dyspozycji większe zaplecze wsparcia społecznego od rodzin jest bardziej wytrwała w dążeniu do wyznaczonego celu niż młodzież uzyskująca mniej wsparcia z tego obszaru, np. na skutek rozvodu lub śmierci członka rodziny.

Nasilenie typowego dla adolescencji kryzysu tożsamości ściśle wiąże się z dokonywaniem się procesem dojrzewania biologicznego niosącego ze sobą wiele zmian w budowie, wyglądzie i funkcjach organizmu (Obuchowska 2006). Zmiany w proporcjach ciała i jego sprawności wywierają znaczny wpływ na sferę psychiczną, zwłaszcza w odniesieniu do kształtującego się obrazu własnej osoby, mogą stać się źródłem intensywnych przeżyć emocjonalnych o znaku ujemnym (Hryniewicka 2005); negatywna samoocena kształtowana w oparciu o kryteria estetyczne i porównania z rówieśnikami prowadzi

do wzmożonego niepokoju, niezadowolenia i frustracji, a czasem też poczucia utraty kontroli. Najbardziej charakterystycznymi cechami przemian biologicznych tego okresu jest ich intensywne tempo oraz różny przebieg dla każdej płci (Beisert 2001). Znaczne zróżnicowanie indywidualne w przebiegu rozwoju płciowego pociąga za sobą niekorzystne skutki psychologiczne, młodzi ludzie bowiem zbyt wcześnie lub zbyt późno dojrzewający przeżywają szereg trudności z tym związanych (Michałowska 2006; Katra 2010). Dokonując analizy przeżywania cielesności w pełnym cyklu życia, I. Sikorska (2008) wskazuje na dwie szczególnie istotne w okresie adolescencji kwestie. Po pierwsze, w tej fazie życia aspekt zewnętrznego oglądu własnego ciała staje się ważniejszy od aspektu doznawania, co przejawia się m.in. tym, iż młodzież kierując się rówieśniczym konformizmem zmienia i modyfikuje swój wygląd, jak również podejmuje szereg działań związanych z ciałem nawet wówczas, gdy wiążą się one ze znacznym dyskomfortem. Po drugie, szczególne zainteresowanie ciałem typowe dla tego okresu sprawia, że atrakcyjny wygląd zgodny z aktualnymi kanonami kulturowymi staje się dla osoby dorastającej, zwłaszcza dla dziewcząt, gwarancją sukcesu towarzyskiego. Niemożność sprostaną wysokim wymogom dotyczącym własnej atrakcyjności i sprawności fizycznej może rozbudzać u nastolatka tendencje izolacyjne; dodatkowo samo otoczenie wyznające aktualne kulturowo, lecz nierealistyczne wzorce kobiecości i męskości może dojrzewającą osobę mniej lub bardziej otwarcie wykluczać (Wiliński 2007; Pinquart, Pfeiffer 2011a).

W okresie adolescencji osoba integruje wiedzę o sobie i świecie, formułując wizje dotyczące przyszłości, w tym przyszłości zawodowej (Wolan-Nowakowska 2005). W tym czasie intensywnie rozwijają się specyficzne zainteresowania, wyraźnie poszerza się świadomość posiadanych uzdolnień i cech predysponujących do podjęcia określonej ścieżki edukacyjno-zawodowej, jednocześnie zwiększa się wgląd w zakresie własnych ograniczeń. Zainteresowania i zdolności młodzieży stają się motorem motywacji wewnętrznej, mają wpływ na poziom osiągnięć szkolnych i determinują wybór zawodu. Aktualnie dokonujące się w Polsce przemiany społeczno-kulturowe i ekonomiczne prowadzą do nasilonego zjawiska podejmowania przez młodzież dorywczych prac zarobkowych lub wolontariatu, często związanych z planowanym zawodem.

Mimo określenia ogólnych prawidłowości rozwoju adolescencja ma indywidualny przebieg, bowiem zadania rozwojowe tego okresu, sformułowane przez R. Havighursta, dorastający realizują w różnym zakresie i w rozmaity



sposób (Obuchowska 2006). Jednym z czynników decydujących o odmiennym wypełnianiu zadań rozwojowych tej fazy życia jest występowanie u adolescenta określonego typu niepełnosprawności, np. dysfunkcji wzroku.

## Psychospołeczne następstwa słabowzroczności w adolescencji

Słabowzroczność rozumiana jest jako stan, w którym schorzenie lub uszkodzenie układu wzrokowego powoduje, iż mimo leczenia okulistycznego i standardowej korekcji okularowej osoba doświadcza trudności w posługiwaniu się wzrokiem, ale jednocześnie może poprawić swoją sprawność wzrokową poprzez wykorzystanie wzrokowych metod kompensacyjnych i/lub pomocy ułatwiających widzenie oraz adaptację otoczenia fizycznego (Walther 2005; Czerwińska 2007). Osłabione widzenie generuje szereg negatywnych następstw dotyczących różnych obszarów psychospołecznego funkcjonowania osoby, stawiając ją wobec konieczności wypracowania szczególnego typu strategii zaradczych, zazwyczaj wyraźnie odmiennych od tych, jakimi posługują się osoby całkowicie niewidome czy też prawidłowo widzące. Sytuację osoby słabowidzącej dodatkowo komplikuje fakt, iż zmienność warunków zewnętrznych (m.in. pora dnia, oświetlenie, kolorystyka i kontrast obiektów, organizacja przestrzeni, odległość obserwacji itp.) czy czynników osobowych (m.in. okresowe pogorszenie widzenia wynikające ze specyfiki schorzenia wzrokowego lub warunkowane osłabieniem ogólnej kondycji psychofizycznej) sprawia, że dotychczas stosowane strategie działania czy rozwiązywania danego problemu mogą okazać się nieefektywne. Konieczność posługiwania się różnymi technikami wykonywania czynności (wzrokowymi, bezwzrokowymi, wzrokowymi łączonymi z bezwzrokowymi) w różnych sytuacjach powoduje wzrost napięcia psychicznego u osób słabowidzących, jak również przyczynia się do stosunkowo częstej błędnej identyfikacji tych osób przez otoczenie społeczne. Osoby słabowidzące są nietrafnie identyfikowane przez otoczenie społeczne jako pełnosprawne lub przeciwnie – całkowicie niewidome, co stanowi czynnik utrudniający kształtowanie się spójnego poczucia tożsamości w wymiarze osobistym i społecznym (Czerwińska 2011). Przyjmując, iż pośredni charakter słabowzroczności, jako stanu rozpiętego pomiędzy całkowicie prawidłowym widzeniem a pełną utratą wzroku, wyzwała implikacje psychologiczne specyficzne tylko dla tego typu dysfunkcji wzroku, warto rozważyć wpływ słabowzroczności na realizację zadań rozwojowych w okresie adolescencji.

Analiza literatury przedmiotu wskazuje na pewną rozbieżność w ocenie sytuacji rozwojowej nastolatka z dysfunkcją wzroku dokonywanej w pozycjach teoretycznych i pracach empirycznych. W publikacjach teoretycznych do najczęściej wymienianych następstw psychologicznych, które znacząco mogą utrudniać społeczne i psychiczne funkcjonowanie osoby z dysfunkcją wzroku w każdej fazie życia, należą: poczucie niższości w stosunku do osób pełnosprawnych, reakcje lękowe, nadwrażliwość, podatność na sugestię, tendencje do izolacji i przyjmowania biernej postawy, dominacja emocji negatywnych, napięcie emocjonalne, wzmożona drażliwość, niska samoocena, poczucie braku kontroli nad własnym życiem (Czerwińska 2010). Wskazuje się także na szereg problemów bezpośrednio wynikających z faktu posiadania niepełnosprawności wzrokowej, które utrudniają realizację zadań rozwojowych przypisanych okresowi dorastania. T. Majewski (2002) zwraca uwagę na trudności nastolatków z dysfunkcją wzroku w nawiązywaniu i podtrzymywaniu pozytywnych relacji z rówieśnikami, zwłaszcza widzącymi, a w konsekwencji problemy w podzieleniu społecznej tożsamości z grupą rówieśniczą tworzoną przez osoby bez problemów wzrokowych. Autor podkreśla, iż potrzeby młodzieży z dysfunkcją wzroku w zakresie nawiązywania relacji o różnym stopniu bliskości, tj. znajomości, przyjaźni, związków preintymnych, są analogiczne jak u ich widzących rówieśników, jednak aktywne dążenie do realizacji tych potrzeb jest raczej niskie. Brak odpowiedniego wsparcia w rozwiązywaniu trudności napotykanych w okresie adolescencji może prowadzić do zaburzeń zdrowia psychicznego, np. wystąpienia depresji. Według T. Majewskiego (2002) stopień uszkodzenia wzroku nie ma większego znaczenia w rozpatrywaniu sytuacji psychologicznej nastolatka. Ze stanowiskiem tym stoi w sprzeczności pogląd K. Rödera (2009), który podkreśla specyficzny charakter emocjonalnych następstw słabowzroczności, m.in. lęk dorastającej osoby przed pogorszeniem widzenia i całkowitą utratą wzroku, obniżone poczucie własnej wartości wynikające z aktów przemocy ze strony rówieśników. Z kolei T. Sękowski (2002), analizując przebieg pracy psychoterapeutycznej z młodzieżą z uszkodzonym wzrokiem, dowodzi, iż przyczyną szeregu trudności doświadczanych przez te osoby był brak umiejętności poradzenia sobie z akceptacją siebie jako osoby z problemem wzrokowym, jak również nieadekwatne ocenianie swoich możliwości i nadwrażliwość na bodźce oceniane przez pryzmat niepełnosprawności.

W literaturze przedmiotu znaleźć można także wycinkowe informacje na temat zagrożeń w obszarze rozwoju płciowego i seksualnego młodzieży z dys-

funkcją wzroku. Prawdopodobnie rozwój seksualny osób z wybiórczymi deficytami sprawności zmysłów biegnie w pewnym zakresie nietypową ścieżką, a zakres ten obejmuje m.in. kryteria atrakcyjności seksualnej partnera czy preferowane formy aktywności seksualnej (Zielona-Jenek, Chodecka 2010). Podkreśla się także wagę właściwie prowadzonej edukacji seksualnej w tej grupie osób, gdyż nastolatki z problemami wzrokowymi wyjątkowo często są wykorzystywane seksualnie (Wolańczyk 2005).

Negatywny wpływ słabowzroczności na realizację zadań rozwojowych w okresie adolescencji jest jedynie częściowo potwierdzany w pracach badawczych, przy czym dokonywanie jednoznacznych rozstrzygnięć w tym obszarze jest niemożliwe z uwagi na stosunkowo niewielką liczbę badań naukowych poświęconych różnym obszarom psychospołecznego funkcjonowania nastolatków z dysfunkcją wzroku (Michałowska 2006; Czerwińska 2010). Interpretację wyników badań dodatkowo utrudnia dość częste nieuwzględnianie w organizacji badań i późniejszej analizie danych stopnia uszkodzenia wzroku u osób badanych, tj. łączenie w jedną grupę badawczą młodzieży słabowidzącej i całkowicie niewidomej.

Dokonana przez M. Pinquarta i J. Pfeiffera (2011b) metaanaliza 198 badań porównujących samopoczucie psychiczne osób słabowidzących i osób bez problemów wzrokowych wykazała związek pomiędzy obniżeniem funkcjonowania wzrokowego a spadkiem poziomu dobrego samopoczucia. Samopoczucie psychiczne rozpatrywane jako brak choroby psychicznej, wysoki poziom pozytywnych emocji/niski poziom negatywnych emocji, samoakceptacja oraz stopień zadowolenia z życia było znacznie obniżone u osób słabowidzących, przy czym istotną zmienną okazał się tu wiek. Badane samopoczucie było gorsze u nastolatków i dorosłych z dysfunkcją wzroku niż u ich zdrowych rówieśników, podczas gdy różnice wśród dzieci były nieznaczne. Badacze wykazali, iż osoby młode mające słaby wzrok mówią o gorszym samopoczuciu psychicznym niż ich zdrowi rówieśnicy, tymczasem nie zaobserwowano znaczących różnic w wywiadach z ich bliskimi; oznacza to, że czasem osoby postronne mogą nie doceniać konsekwencji psychicznych słabowzroczności. Wynik ten koresponduje z poglądem K. Rödera (2009), który wskazuje, że sprawne posługiwanie się pomocami rehabilitacyjnymi przez słabowidzącego nastolatka może zewnętrznie sprawiać wrażenie akceptacji ograniczeń wynikających z problemów wzrokowych i tym samym maskować szereg problemów natury psychicznej.

Także pogląd tego autora na temat częstego doświadczania przez młodzież słabowidzącą kpin, zniewag, aktów przemocy ze strony rówieśników uzyskał empiryczne potwierdzenie. W badaniach M. Pinquarta i J. Pfeiffera (2011a) uczniowie słabowidzący sygnalizowali większy stopień prześladowania przez rówieśników, zwłaszcza w relacjach międzyludzkich, niż uczniowie prawidłowo widzący. Poza tym uczniowie słabowidzący wskazywali na wyższy poziom ogólnego prześladowania, a zwłaszcza prześladowania w relacjach z rówieśnikami, niż uczniowie niewidomi, oraz wyższy poziom agresji otwartej w stosunku do rówieśników. Stwierdzono pozytywną liniową zależność między wsparciem ze strony rówieśników a dobrym samopoczuciem uczniów słabowidzących, podczas gdy taka zależność nie wystąpiła u młodzieży pełnosprawnej wzrokowo. Wynika z tego, że wsparcie rówieśników może być skutecznym sposobem zmniejszania negatywnych skutków prześladowania nastolatków z dysfunkcją wzroku. Autorzy badań wskazują na możliwe przyczyny zjawiska, iż to uczniowie słabowidzący, a nie niewidomi padają ofiarą prześladowania ze strony rówieśników częściej niż ich prawidłowo widzący rówieśnicy. Zaobserwowano, że młodzież i młodzi dorośli słabowidzący bardziej niż ich niewidomi rówieśnicy obawiali się, że specyficzne cechy związane z problemami wzrokowymi (takie jak nietypowe ruchy oczu) mogą spowodować negatywne reakcje u innych ludzi. Niższy wskaźnik informowania o przejawach prześladowania mógł wystąpić u niewidomych także z powodu niemożności rejestracji pewnych zachowań kierowanych pod ich adresem (np. gesty, miny). Zmienną, która także mogła mieć wpływ na uzyskane wyniki, może być zróżnicowana u niewidomych i słabowidzących nastolatków intensywność relacji międzyludzkich (Pinquart, Pfeiffer 2011a). Należy zwrócić uwagę, że terenem opisywanych badań były placówki specjalne dla uczniów z dysfunkcją wzroku. Biorąc pod uwagę stale rosnącą w Polsce tendencję realizacji obowiązku szkolnego przez młodzież słabowidzącą w szkołach ogólnodostępnych i integracyjnych, w których charakter i struktura relacji rówieśniczych są odmienne, wartościami byłoby przeprowadzenie podobnych badań na terenie takich placówek.

W oparciu o przegląd prac badawczych i teoretycznych J. Pfeiffer i M. Pinquarta (2011) podkreślają, że mniejszy wpływ wsparcia ze strony rodziców u młodzieży z dysfunkcją wzroku może wskazywać na to, że uczniowie ci często interpretują wsparcie ze strony rodziców jako nadopiekuńczość. Wynik ten wskazuje również, że młodzież ta posiada większą potrzebę autonomii. Autorzy poddali badaniom dążenia młodzieży z dysfunkcją wzroku i młodzie-

ży pełnosprawnej do zdobycia dwóch celów rozwojowych: osiągnięcia przynależności do grupy rówieśniczej i nawiązania relacji uczuciowych, ponieważ młodzież niepełnosprawna wzrokowo przeciętnie ma mniej sukcesów w dążeniu do tych celów niż młodzież widząca prawidłowo. Okazało się, że młodzież z dysfunkcją wzroku nie różniła się od widzących rówieśników pod względem dążenia do wpływu w budowaniu przynależności do grupy rówieśniczej, ale była mniej aktywna w nawiązywaniu relacji uczuciowych (Pfeiffer, Pinquart 2011). Wynik ten potwierdza stanowisko T. Majewskiego (2002) o mniejszym dążeniu nastolatków z tym typem dysfunkcji do nawiązywania związków pre-intymnych. Jeżeli chodzi o strategie radzenia sobie z problemami, wykazano, że młodzież niepełnosprawna wzrokowo korzysta z bardziej zorientowanego na problem podejścia w radzeniu sobie z kłopotami życia codziennego i częściej unika czynników stresogennych w życiu codziennym niż młodzież widząca.

## Podsumowanie

Zaprezentowane powyżej badania wniosły szereg ciekawych informacji na temat warunków i sposobów realizacji przez młodzież słabowidzącą niektórych zadań rozwojowych w okresie adolescencji. Zgromadzony materiał empiryczny wskazuje na szczególne implikacje psychologiczne słabowzroczności. Doświadczenie w procesie rozwojowym szczególnego typu trudności, innych niż te, które przeżywają prawidłowo widzący i całkowicie niewidomi młodzi ludzie, może prowadzić do przeciążenia mechanizmów psychicznej regulacji u słabowidzącej młodzieży. Mniejszy niż u niewidomych stopień uszkodzenia wzroku nie skutkuje bowiem mniejszym obciążeniem psychicznym, wręcz przeciwnie – w niektórych obszarach może czynić sytuację rozwojową nastolatka zdecydowanie bardziej skomplikowaną. Mimo znacznego poszerzenia wiedzy o psychologicznej sytuacji słabowidzącego adolescenta, nadal wiele ważnych zagadnień dotyczących procesu dorastania tej grupy młodzieży pozostaje mało poznanych. Należą do nich m.in. akceptacja swojego wyglądu, w tym widocznych oznak uszkodzenia wzroku, przygotowanie do życia w rodzinie i małżeństwie, przygotowanie zawodowe, a przede wszystkim kształtowanie się tożsamości. Odkrycie czynników narażających młodzież słabowidzącą na niepomysłne rozwiązanie poszczególnych zadań rozwojowych jest niezbędnym warunkiem właściwie zorganizowanej i efektywnej pomocy umożliwiającej dobre przystosowanie.

## Bibliografia

- Bardziejewska M. (2005), *Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków?*, [w:] *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, red. A.I. Brzezińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Bąbka J. (2009), *Relacje społeczne „Ja-My-Oni” niepełnosprawnych adolescentów*, „Niepełnosprawność” nr 2
- Bąbka J. (2010), *Dorastanie osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim – w świetle teorii zadań rozwojowych Roberta Havighursta*, [w:] *Człowiek i jego rodzina wobec utraty zdrowia i sprawności*, red. A. Nowicka, J. Bąbka, UZZM, Lublin
- Bee H. (2004), *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań
- Beisert M. (2001), *Dorastanie seksualne – pomost ku dorosłości*, [w:] *Psychologia rozwiązywania problemów szkoły*, red. J. Miluska, Wydawnictwo Bonami, Poznań
- Czerwińska K. (2007), *Potrzeby i możliwości osób słabowidzących*, [w:] *Poznajemy ludzi z niepełnosprawnością*, red. D. Gorajewska, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa
- Czerwińska K. (2010), *Funkcjonowanie adolescentów z niepełnosprawnością wzroku*, [w:] *Aktualne problemy edukacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych w biegu życia*, red. Z. Palak, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Czerwińska K. (2011), *Uczeń z dysfunkcją wzroku w szkole ogólnodostępnej – wybrane aspekty społeczne i dydaktyczne*, [w:] *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkole ogólnodostępnej. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*, red. J. Głódkowska, Wydawnictwo APS, Warszawa
- Hryniewicka A. (2005), *Problem niepełnosprawności w okresie adolescencji*, [w:] *Młodziem niepełnosprawna – szanse i zagrożenia w aktualnej rzeczywistości społecznej*, red. B. Szczupał, Wydawnictwo Naukowe AKAPIT, Kraków
- Katra G. (2010), *Psycholog szkolny wobec wyzwań dorastania*, [w:] *Rola i zadania psychologa we współczesnej szkole*, red. G. Katra, E. Sokołowska, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa
- Korzeniewska J. (2009), *Grupa wsparcia psychologicznego jako forma pomocy psychologicznej dla młodzieży. Metoda terapii czy diagnozy?*, [w:] *Diagnostyka i rozwiązywanie problemów psychospołecznych dzieci i młodzieży*, red. B. Kałdon, J. Kahlan, A. Fidelus, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Sandomierz-Warszawa
- Majewski T. (2002), *Tyflopsychologia rozwojowa. Psychologia dzieci niewidomych i słabo widzących*, Polski Związek Niewidomych, Warszawa
- Michałowska E. (2006), *Ku dojrzałości osobowej*, „Laski” nr 5–6
- Obuchowska I. (2006), *Adolescencja*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa

- Pfeiffer J.P., Pinquart M. (2011), *Control Strivings in Attaining Peer-group Membership and Forming Romantic Relationships among Adolescents with and without Visual Impairment*, „The British Journal of Visual Impairment”, vol. 29, no 2
- Pinquart M., Pfeiffer J.P. (2011a), *Bullying in German Adolescents. Attending Special School for Students with Visual Impairment*, „The British Journal of Visual Impairment”, vol. 29, nr 3, s. 163–176
- Pinquart M., Pfeiffer J.P. (2011b), *Psychological Well-Being in Visually Impaired and Unimpaired Individuals. A Meta-analysis*, “The British Journal of Visual Impairment”, vol. 29, nr 1
- Röder K. (2009), *Psychische Besonderheiten sehbehinderter Jugendlicher*, Deutsche Blindenstudienanstalt Marburg, Marburg
- Sękowski T. (2002), *Rehabilitacja psychiczna niewidomych i słabo widzących uczniów klas maturalnych jako element przygotowania do trudnych sytuacji egzaminacyjnych*, [w:] *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*, red. A. Pielecki, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Sikorska I. (2008), *Ja cielesne w biegu życia*, [w:] *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*, red. D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta, Wydawnictwo UJ, Kraków, s. 88–100
- Tyszkowa M. (2010), *Rozwój jednostki w cyklu życia: teoria i metodologia badań*, PTPN, Poznań
- Walthes R. (2005), *Einführung in die Blinden- und Sehbehindertenpädagogik*, Ernst Reinhardt Verlag, München
- Wiliński M. (2007), *Rozwój i wychowanie nastolatka*, [w:] *Zadania rodziny i szkoły: od samodzielności dziecka do efektywności pracownika*, red. A. Brzezińska, Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”, Warszawa
- Wolan-Nowakowska M. (2005), *Możliwości i nowe wyzwania rozwoju zawodowego młodzieży niepełnosprawnej*, [w:] *Młodzież niepełnosprawna – szanse i zagrożenia w aktualnej rzeczywistości społecznej*, red. B. Szczupał, Wydawnictwo Naukowe AKAPIT, Kraków
- Wolańczyk T. (2005), *Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych*, [w:] *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, red. T. Wolańczyk, J. Komender, PZWL, Warszawa, s. 315–334
- Zielona-Jenek M., Chodecka A. (2010), *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem. Jak wspomagać rozwój seksualny dziecka?* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk

## Low vision and the realization of development tasks in adolescence period

### Summary

The process of growing up of persons with visual impairment is not well researched as yet. The statements on the impact of low vision on the implementation of developmental tasks, presented in the professional literature, are only partly confirmed by research findings. Experiencing specific problems in the period of adolescence, other than those experienced by sighted and totally blind young individuals, may lead to overloading the psychological regulatory mechanisms in low vision youths. A lesser degree of visual impairment in low vision youths than in the totally blind ones does not result in less psychological stress. It is low vision students, not blind ones, who more frequently fall victims of peer abuse than their sighted colleagues. Peer support is more important for low vision students than for those without disability. Low vision adolescents do not differ from their sighted peers in their strive to build the sense of belonging to a peer group but they are less active in establishing emotional relationships. There is a need to conduct further research on the specific character of implementing developmental tasks by low vision, blind and sighted young people.

**Key words:** developmental task, adolescence, low vision, psychological well-being, peer group, violence, preintimate relationships



## CZĘŚĆ II

---

Realizacja działań profilaktyczno-wspierających  
rozwój osób z niepełnosprawnością  
w perspektywie badań empirycznych

## PART II

---

Implementation of preventive and supporting actions  
for development of people with disabilities  
in the perspective of empirical research



## Wyzwania współczesnego ojcostwa w narracjach niepełnosprawnych mężczyzn

### Streszczenie

Ostatnie lata przynoszą duże zainteresowanie zmianami zachodzącymi w rodzinie, choć do tej pory nie ma wielu pogłębionych badań poświęconych ojcom z niepełnosprawnością. Zaprezentowane badania stanowią eksplorację przekonań niepełnosprawnych mężczyzn na temat zmieniającej się roli ojca i wyzwań stojących przed współczesnymi ojcami z niepełnosprawnością. Autorki przeprowadziły 31 wywiadów z niepełnosprawnymi ojcami w wieku od 27 do 60 lat. W analizie zebranego materiału pokazano, że badani, którzy dostrzegają zmiany w ojcostwie, lokują ich źródło w czynnikach zewnętrznych, dzieciach i samych mężczyznach, którzy zostają ojcami.

Słowa kluczowe: niepełnosprawni ojcowie, ewolucja ojcostwa

### Wprowadzenie

Przemiany w dzisiejszym świecie spowodowane m.in. rozwojem cywilizacji, upowszechnieniem wiedzy i kształcenia, szybko następującymi przeobrażeniami w strukturze życia społecznego dotyczą również tradycyjnych ról pełnionych od wieków a więc również roli ojca.

Historię przemian rodziny na przestrzeni wieków przedstawia Zbigniew Tyszka (2003: 15–19) ukazując charakterystyczne cechy rodzin w trzech epokach:

- preindustrialnej – modelem tutaj była rodzina wielopokoleniowa z dominującą rolą ojca, sztywno wyznaczonymi zadaniami poszczególnych członków; jej struktura była oporna na zmiany; przeważały stosunki materialno-rzeczowe nad emocjonalno-osobistymi. Rodzinę łączyły silne więzy i wpływy społeczności lokalnej;
- industrialnej – pod wpływem rewolucji przemysłowej dużej ruchliwości społecznej, rozwoju nauki i oświaty, szerzących się idei wolnościowych nastąpiła zmiana ekonomicznych podstaw funkcjonowania rodziny, osła-

bieńnię więzi z lokalną społecznością, która nie miała na rodzinę już takiego wpływu. W rodzinie epoki industrialnej zmniejszył się dystans między małżonkami oraz między rodzicami i dziećmi;

- postindustrialnej – liczne zmiany w życiu społecznym, m.in. spadek udziału sektora produkcyjnego w gospodarce, wzrost sektora usług materialnych i niematerialnych, przewaga pracy umysłowej nad fizyczną, upowszechnienie wiedzy, automatyzacja produkcji, zwiększenie przepływu informacji, rozwój ponadpaństwowych instytucji produkcyjnych, nasilenie ruchliwości społecznej, zmiana struktury społecznej, zmniejszenie wpływów religijnych w dziedzinie obyczajowości i moralności, wzrost tendencji wolnościowych, doprowadziły do wzrostu zatrudnienia kobiet, egalitaryzacji w małżeństwie i rodzinie, relatywnego zmniejszenia się znaczenia dzieci dla rodziców ze względu na konkurencyjne dobra, wypierania tradycyjnych wartości rodzinnych, autonomizacji poszczególnych członków rodziny, wzrostu liczby konfliktów, a co za tym idzie wzrostu rozwodów.

Na rodzinę w dzisiejszych czasach mają też wpływ przemiany, jakie zachodzą w samych mężczyznach i postrzeganiu męskości, które odzwierciedlane są we współczesnych badaniach określanych jako „male studies” (zob. Wojnicka, Ciaputa 2011). Odmiennie warunki zewnętrzne oraz zmieniający się obraz mężczyzny powodują przemiany w wypełnianiu roli ojca we współczesnej rodzinie.

Dorota Gębuś (2010) zauważa, że w obecnie dominującej rodzinie nuklearnej złożonej jedynie z rodziców i dzieci relacje między małżonkami budowane są na więziach, a nie układach wzajemnych zobowiązań (dawniej rodzina zbudowana była na zasadzie spełniania powinności, podziale ról między małżonkami, poczuciu obowiązku). Obecnie role małżeńskie i ich trwanie opiera się na wzajemnym zaspokajaniu potrzeb, co wynika z więzi uczuciowej. Ten układ przenoszony jest na relacje matki i ojca – nie są one już w tej chwili tak sztywno określone. W coraz większej liczbie rodzin (szczególnie w miastach, lepiej sytuowanych, z lepiej wykształconymi rodzicami) obserwuje się rosnące poparcie dla partnerskiego układu sił (zob. Fuszera 2006), brak ścisłego podziału powinności i zobowiązań, a także wysunięcie na pierwszy plan takich cech wszystkich jej członków, jak równość, wolność i indywidualizm (Sikorska 2009). Jednak, o czym pisze Małgorzata Sikorska (2009: 200), „[...] od «nowego ojca» oczekuje się nieporównywalnie więcej niż od ojców z innych czasów i kultur”. Społeczeństwo wywiera nacisk na mężczyzn, aby wszechstronnie zajmowali się swoimi dziećmi: zaspokajali potrzeby fizjo-

logiczne, emocjonalne, dbali o rozwój moralny, intelektualny. Takie wymagania powodują, że ojcowie mogą się czuć niepewni i zagubieni. Z jednej strony zacierają się dotychczasowe schematy, pojawia się duża swoboda i elastyczność w kreowaniu podziału obowiązków, powstaje większa wolność wyboru, ale pojawiają się też niejednoznaczności, które wymagają dużych umiejętności adaptacyjnych, elastyczności działania i prezentowanych postaw (Kołodziej 2010), co jest wyzwaniem zarówno dla matek, jak i ojców. Jednak, co zauważa Krystyna Dzwonkowska-Godula (2011), analizując dyskurs publiczny na temat ojcostwa, w publikacjach pojawiają się teksty, które podkreślają, że współczesny mężczyzna nie chce być jedynie głową rodziny zapewniającą byt materialny, ale czuje potrzebę osobistego zaangażowania. Mężczyzn obecnie częściej dotyczą problemy związane z godzeniem roli zawodowej z rodziną, co do tej pory uznawane było wyłącznie za problem kobiet (Kilkey, Clarke 2010).

Trudności w odnalezieniu się w nowej rzeczywistości i wypracowaniu własnego wzorca ojca dotyczą właściwie każdego mężczyzny, który realizuje się w tej roli. W podjętych badaniach analizie zostały poddane narracje ojców niepełnosprawnych, którzy dodatkowo zmagają się z własnymi ograniczeniami wynikającymi z mniejszej sprawności organizmu.

## Procedura badawcza

Przedmiotem badań było ojcostwo z perspektywy niepełnosprawnych mężczyzn. Problem został sformułowany następująco: jak niepełnosprawni ojcowie postrzegają współczesne ojcostwo. Celem badań było zdefiniowanie wyzwań stojących przed współczesnym ojcem, które zauważane są przez ojców z niepełnosprawnością. Ze względu na unikalność terenu badań oraz specyficzną grupę badawczą procedurę badań osadzono w paradygmacie interpretatywnym i zastosowano podejście jakościowe. Metoda zbierania danych to wywiad skoncentrowany na subiektywnych teoriach, natomiast metoda analizy danych oparta była na podejściu fenomenograficznym (Marton 1994) z elementami teorii ugruntowanej według Kathy Charmaz (2009). Z podejścia fenomenograficznego ważne było trzymanie się perspektywy drugiego rzędu, czyli opisu ludzkich doświadczeń (Marton 1981) i rozpoznanie różnych sposobów rozumienia czy doświadczenia różnorodnych zjawisk (Paulston 1993). Z kolei teoria ugruntowana była źródłem inspiracji w procesie kodowania. Kody nie były wcześniej ustalane, tylko wyłaniały się z wypowiedzi badanych (Charmaz 2009).

Dobór osób badanych był celowy i odbywał się według kryteriów: 1) posiadanie orzeczonego stopnia niepełnosprawności (bez względu na jej rodzaj i stopień – została ona potraktowana jako jedna z cech różnicujących sytuację życiową takiej osoby od osoby pełnosprawnej), 2) bycie ojcem, 3) posiadanie obecnie lub w przeszłości partnerki życiowej, 4) zgoda na udział w badaniach.

Grupę badawczą stanowili ojcowie (n=31) w wieku 27–60 lat. Najliczniej reprezentowani byli mężczyźni z niepełnosprawnością ruchową (15 osób), następnie z poważnym uszkodzeniem słuchu (8), wzroku (4) i z niepełnosprawnością intelektualną. Przyczyną niepełnosprawności najczęściej był to wypadek (12), a w dalszej kolejności: proces chorobowy (11) i wada wrodzona lub genetyczna (8). Większość badanych (17) utraciła sprawność już po narodzinach przynajmniej jednego z posiadanych dzieci. W grupie badanych byli ojcowie jednego (12), dwojga (9), trojga (6) lub większej liczby dzieci (4). Nie wszyscy badani mieszkają ze swoimi dziećmi. Większość mieszka z przynajmniej jednym ze swoich dzieci przez cały czas (najczęściej łącznie ze swoją żoną/konkubina), pozostali dzielą się opieką nad dzieckiem z matką dziecka (czasowo) lub mieszkają bez dzieci (dotyczy to głównie mężczyzn, którzy rozstali się z matkami swoich dzieci). Jeden z respondentów (z niepełnosprawnością intelektualną), mimo że mieszka wraz ze swoją partnerką i dziećmi, nie jest prawnym opiekunem dzieci. Zdecydowana większość badanych ma pod swoją opieką dzieci niepełnoletnie (w wieku od 2 do 18 lat). Badani to głównie mężczyźni żonaci – pozostający w związkach z matkami swoich dzieci (20), są też jednak ojcowie po rozwodzie (6), żyjący w konkubinacie z matkami swoich dzieci (2), w separacji (2) i jeden wdowiec. Nabór osób do badań odbywał się poprzez osobiste kontakty w środowisku ich życia, nie poprzez instytucje wspierające, co było istotnym czynnikiem, ponieważ pozwoliło szerzej spojrzeć na ich przeżycia, bez konieczności odwoływania się do doświadczeń bycia pentem, podopiecznym czy klientem konkretnej instytucji.

## Wyniki badań

Nieliczni badani ojcowie w swoich narracjach zawierają twierdzenie, że ojcostwo dawniej i dziś wymagało/wymaga tyle samo wysiłku. Przykładem jest wypowiedź Stefana (44 lata, niepełnosprawny ruchowo od 3 r.ż.):

*Myślę, że jest tak samo, że ojcowie od zawsze się borykają z podobnymi problemami i nie ma znaczenia, czy to dziś czy „wczoraj”.*

Większość badanych mężczyzn diagnozuje wiele zachodzących zmian, które mają wpływ na kształt współczesnego ojcostwa, choć nadal w wypowiedziach przewija się wspólny element łączący ojców z różnych „epok”. Do nich należy choćby satysfakcja, zarówno z pojawienia się za ich sprawą nowego życia, jak i z możliwości kształtowania młodego człowieka:

*Satysfakcja z wychowania dziecka, myślę, że jest taka sama. Każdy rodzic cieszy się z postępów własnego dziecka, jego osiągnięć, realizowanych planów. Już samo bycie ojcem, samo sprawienie, że na świecie pojawia się nowe życie, jest spełnieniem (Dawid, 38 lat, ojciec trzech synów, nabyte uszkodzenie słuchu).*

Wśród różnic zauważane są głównie negatywne. Kodowanie zdobytych danych ujawniło, że badani identyfikują trzy ich źródła tkwiące w:

1. czynnikach zewnętrznych,
2. współczesnych młodych ludziach będących podmiotem wychowawczych wpływów rodziców,
3. samych dorosłych podejmujących rolę rodziców, którzy muszą sprostać wychowawczym wyzwaniom.

Pierwsze źródło negatywnych czynników (zewnętrznych) było kategorią relacjonowaną najchętniej i stosunkowo różnorodnie:

*W tych czasach jest to [ojcostwo – przyp. aut.] trudniejsze, ponieważ dzieci są bardziej narażone na namowy rówieśników, pojawiło się więcej zagrożeń typu Internet itp. Często bardziej liczy się zdanie kolegów niżli rodziców (Dariusz, 41 lat, ojciec nastolatka, od czasu wypadku samochodowego porusza się na wózku inwalidzkim).*

*Uważam, że w dzisiejszych czasach w wielu rodzinach role wychowawcze przejmują szkoła, świetlica, klub sportowe, koła zainteresowań... (Henryk, 30 lat, niepełnosprawność intelektualna, wychowuje jedno dziecko).*

*Wszystko poszło do przodu. Mi się zdaje, że teraz jest trudniej być ojcem niż kiedyś. Komputery doszły, wszystko doszło, tak że myślę, że teraz jest gorzej być ojcem niż kiedyś (Łukasz, 35 lat, niepełnosprawny ruchowo w wyniku wypadku komunikacyjnego, ma nastoletniego syna).*

*Myślę, że mimo wielu udogodnień technicznych bycie ojcem jest coraz trudniejsze, bo w społeczeństwie pojawiły się takie problemy jak alkohol u młodzieży, narkotyki, przemoc. Wcześniej takie zjawiska również miały miejsce, jednak uważam, że nie były aż tak bardzo powszechne. Wiem, że trzeba bardzo uważać i pilnować dzisiejszą młodzież, aby w porę zareagować, jeśli zbaczają na straszną drogę. Wiele teraz można usłyszeć w telewizji, przeczytać w prasie czy też w Internecie przypadków, o których ja wcześniej nawet bym nie pomyślał. Chcę robić wszystko, aby uchronić moje córki przed tak niemoralnymi zachowaniami (Norbert, 43 lata, niepełnosprawność ruchowa spowodowana udarem, ma dwie córki).*

Sytuacja zewnętrzna, jak zauważają badani, powoduje, że z jednej strony dzieci/młodzież narażone są na różnego rodzaju niebezpieczeństwa, również wynikające z postępu technicznego i rozwoju cywilizacji, z drugiej zaś na zwiększający się wpływ środowisk pozarodzinnych (rówieśnicy, miejsca pobytu dziecka poza domem, np. szkoła, świetlica), które zyskują coraz większe znaczenie wychowawcze i w percepcji badanych stanowią źródło poważnego zagrożenia dla dzieci i młodzieży. Te dwa problemy są istotnie ważnymi i obecnie eksponowanymi zagrożeniami. W przypadku grup rówieśniczych mówi się wręcz o „kryzysie rodziny” spowodowanym przesunięciem sił socjalizacyjnych, a tym samym zbyt dużym i niekontrolowanym wpływem rówieśników oraz tym, że dziecku „bliżej” jest do równołatków, bo są do niego podobni bardziej niż do rodziców, z którymi dzieli je różnica pokoleń, doświadczenie życiowe, wiek (Harris 2000, za: Bogucki 2003). Z kolei niebezpieczeństwa internetowe to, np. cyberprzemoc, niepożądane treści, niebezpieczne kontakty, uzależnienia (zob. Raport 2008).

Te zagrożenia, co zauważa ostatni z cytowanych badanych Norbert, stanowią wyzwanie dla rodziców, którzy mimo zmieniających się warunków zewnętrznych, nadal powinni chronić swoje dzieci.

Młody człowiek podlegający tym zewnętrznym wpływom i naciskom staje się trudnym podmiotem wychowawczych oddziaływań, a tym samym kolejnym źródłem utrudnień w realizowaniu się mężczyzn w roli ojców.

*Myszę, że bycie ojcem w dzisiejszych czasach jest większym wyzwaniem aniżeli pokolenie wcześniej. Dlaczego? Bo młodzież się zmienia, mam wrażenie, że zmienia się na gorsze. Patrząc na nastolatków to ma się wrażenie, że dojrzewają w przyspieszonym tempie. Trzeba być bardzo czujnym rodzicem, aby dostrzec w porę jakieś sygnały mówiące o zbytnej rozwiązłości, nieuszanowaniu cnót moralnych, innych wartości. Bo jeżeli w porę nie zainterweniujemy, to później będzie już tylko gorzej (Dawid, 38 lat, ojciec 3 synów, nabyte uszkodzenie słuchu).*

Zarówno w wypowiedziach dotyczących źródła trudności tkwiących w samych dzieciach/młodzieży, jak i wcześniej omówionych źródłach zewnętrznych charakterystyczne jest poczucie wpływu otoczenia na dzieci. Badani zdają się przyjmować istniejące trudności za fakt, a jednocześnie za wyzwanie, któremu należy sprostać. Interesujący jest brak odniesień do osobistych doświadczeń związanych z niepełnosprawnością i brak lub tylko nieujawnianie własnej słabości, poczucia braku wpływu i kontroli czy też bezradności. Badani mężczyźni zdają się poprzez własne wypowiedzi prezentować siebie raczej jako należących do grupy mężczyzn niż do grupy doświadczających



życiowych trudności niepełnosprawnych. Rola ojca wydaje się być niezależna od mniejszej sprawności ciała badanych mężczyzn.

Trzecim źródłem współczesnych zagrożeń dobrego wypełniania roli ojca są sami ojcowie i ich podejście do tej roli.

*W dzisiejszych czasach jest trudniej. Szczególnie młodym rodzicom. Młodzi ludzie są teraz na dorobku, mają mniej czasu na dziecko. Praca, kredyty, wyścig szczurów... Mój tata każdą niedzielę był w domu. Teraz różnie z tym bywa. Wakacje nie zawsze starczą na to, żeby złapać kontakt z dzieckiem i być dobrym rodzicem, jak się cały rok jest w pracy [...] wiele zależy od tego, czy ktoś naprawdę chce być ojcem i czy czuje w sobie ojcostwo. Jeśli chce się być rodzicem, to się będzie dobrym rodzicem. Jak się nie ma w sobie tego czegoś, a jest się w związku i ma się dziecko, to chyba trudniej być dobrym rodzicem (Edward, 47 lat, dwoje dzieci, poważnie uszkodzony wzrok w wyniku wypadku, który miał miejsce 19 lat wcześniej).*

*Rodzice zmuszeni są w coraz większym stopniu oddawać się pracy zawodowej, a na rodzinę przeznaczają weekendy i urlopy (Feliks, 50 lat, niepełnosprawny ruchowo w wyniku uszkodzenia centralnego układu nerwowego, troje dzieci).*

*Teraz jest zmiana mentalności, bo ludzie patrzą materialnie, no bardziej są zagnani, no i nie mają czasu. Nastąpiła taka niewłaściwa zmiana mentalności po mojemu. A czy łatwiej finansowo, to zależy, jak kto chowa i co. Jak w luksusowych warunkach, no to niestety trzeba dużo pieniędzy, ale tak to na ogół uważam, że nie jest za ciężko, tylko trzeba chęci (Igor, 60 lat, po udarze krwotocznym, ociemniały, dziewięcioro dzieci).*

*Wydaje mi się, że chyba dzisiaj jest trudniej być ojcem. Powiem dlaczego. Bo jest w tej chwili pęd za pieniądzem, za pracą, nie ma czasu dla dzieci (Olaf, 55 lat, jedna córka, niepełnosprawny ruchowo w wyniku złamania kręgosłupa).*

Rodzice, jak zauważają badani, często przyjmują wzorce współczesnego świata, które nie zawsze służą im i dzieciom. Sytuacja ta wynika z okoliczności zewnętrznych i postrzegana jest przez niektórych wręcz jako przymus, przez innych raczej jako wolny wybór człowieka, który wyżej od rodziny/dzieci w swojej hierarchii wartości postawił powodzenie materialne.

Grupa badawcza jest specyficzna – tworzą ją niepełnosprawni mężczyźni. Warto więc zwrócić uwagę, że wśród czynników wpływu niewielu umieszcza kondycję współczesnego ojca (w tym ojca niepełnosprawnego). Badani co prawda zauważają, że niektóre czynniki utrudniające sprawowanie ojcostwa tkwią w dorosłych i ich priorytetach (np. ekonomicznych), ale są to bardziej czynniki zewnętrzne, które wynikają z wymagań rzeczywistości, w której przyszło im żyć. W jednym przypadku badany ujawnił, że trudności mogą

wynikać (jak to jest w jego przypadku) z ograniczeń wynikających z niepełnosprawności:

*W moim przypadku jest trudno, bo – wie pani – to samo to, że jestem osobą niepełnosprawną jest mi trudniej, ale kiedyś też nie było lepiej... nie wiem, jak to powiedzieć... (Jan, 42 lata, niepełnosprawność ruchowa nabyta w wyniku wypadku, ma dwie córki).*

Kolejną kategorią, która pojawiła się podczas kodowania narracji, były przemiany pozytywnie służące wypełnianiu roli ojca. Wypowiedzi te są co prawda nieliczne, ale do nich należą poniższe:

*Bycie ojcem to ciężka sprawa, ale uważam jednak, że dziś jest łatwiej być ojcem niż kiedyś. Teraz rodzice z dziećmi mają lepsze kontakty, bo panuje luźna atmosfera (Eryk, 32 lata, uszkodzenie słuchu, jedno dziecko).*

*Uważam, że łatwiejszy jest dostęp do porad, do tego, jak z dzieckiem postępować (Maciej, 55 lat, niewidomy od wczesnego dzieciństwa, troje dzieci).*

Jest to mniej popularna „ścieżka refleksji” badanych mężczyzn. Nieliczni zauważają i cenią sobie przemiany, jakie pojawiły się w życiu rodzinnym (tu wymieniana swoboda kontaktów czy dostępne poradnictwo dla zagubionych rodziców). Kłopoty z dostrzeżeniem pozytywnych elementów zachodzących zmian tłumaczyć można trudnościami ogółu mężczyzn w przystosowaniu się do zmieniającego się obrazu rodziny oraz brakiem jednoznacznego wzoru ojcostwa (Sikorska 2009).

## Podsumowanie

Wypowiedzi uczestników badań traktujące o wyzwaniach współczesnego ojcostwa częściej były spojrzeniem na globalne przemiany, niż na indywidualne ojcostwo realizowane przez badanych i doświadczane przez nich utrudnienia/ułatwienia. Na tej postawie można sformułować wniosek, że badani utożsamiają się bardziej z grupą ojców w ogóle, a nie z grupą ojców niepełnosprawnych. Przyczyn takiego podejścia upatrywać się można w coraz bardziej widocznej normalizacji warunków życia osób z niepełnosprawnością. Normalizacja dotyczy różnych sfer funkcjonowania tej grupy, w tym także kwestii rodzicielstwa (Krause 2010; Krause, Żyta, Nosarzewska 2010). W relacjach badanych trudno dostrzec oznaki eksponowania niepełnosprawności. Fakt,

że ojcowie mogą być niepełnosprawni, zdaje się być dla naszych rozmówców (i prawdopodobnie społeczności w ogóle) czymś oczywistym.

Uczestnicy badań, porównując sprawowanie ojcostwa dawniej i dziś, spotrzegają sporo różnic, w tym większość na niekorzyść obecnej sytuacji. Odbierają ojcostwo jako wymagające dużego wysiłku i zaangażowania, które należy włożyć ze względu na wyjątkowe warunki, w których przyszło im funkcjonować. Mówiąc o trudnościach, stosunkowo rzadko pojawiały się odniesienia do niepełnosprawności (co, po części, wynikać może z istniejących udogodnień, dzięki którym możliwe jest niezauważanie specyfiki rodzicielstwa ojców z niepełnosprawnością). Częste natomiast były nawiązania do czynników zewnętrznych, głównie zmian społeczno-kulturowych, które dotyczą także rodziny. Nieliczni uczestnicy badań zauważają pozytywne efekty zmian we współczesnych rodzinach.

## Bibliografia

- Bogucki J. (2003), „Kryzys rodziny” w świetle koncepcji socjalizacji J.J. Arnetta oraz J.D. Harris, [w:] *Opieka i wychowanie w rodzinie*, red. Cz. Kępski, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Charmaz K. (2009), *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Dzwonkowska-Godula K. (2011), *Publiczny dyskurs o współczesnym ojcostwie w Polsce*, [w:] *Karuzela z mężczyznami. Problematyka męskości w polskich badaniach społecznych*, red. K. Wojnicka, E. Ciaputa, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Fuszara M. (2006), *Kobiety w polityce*, Wydawnictwo TRIO, Warszawa
- Gębuś D. (2010), *Mama, tata, dziecko? Przemiany ról małżeńskich i rodzicielskich we współczesnych rodzinach*, [w:] *Rodzice i dzieci w różnych systemach rodzinnych*, red. I. Janicka, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Kilkey M., Clarke H. (2010), *Disabled men and fathering: opportunities and constraints*, „Community, Work & Family”, 13(2)
- Kołodziej W. (2010), *Rola ojca w życiu rodziny i dziecka*, [w:] *Rodzice i dzieci w różnych systemach rodzinnych*, red. I. Janicka, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Krause A. (2010), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Krause A., Żyta A., Nosarzewska S. (2010), *Normalizacja środowiska społecznego osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń
- Marton F. (1981), *Phenomenography – describing conceptions of the world around us*, „Instructional Science”, nr 10

- Marton F. (1994), *Phenomenography*, [in:] *The International Encyclopedia of Education, second edition*, vol. 8, red. T. Husén, T. Neville, Postlethwaite, Pergamon
- Paulston R.G. (1993), *Pedagogika porównawcza jako pole nakreślenia konceptualnych map teorii paradygmatów*, [w:] *Spory o edukację. Dylematy i kontrowersje we współczesnych pedagogiach*, red. Z. Kwieciński, L. Witkowski, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa–Toruń
- Raport: *bezpieczeństwo dzieci korzystających z Internetu, opracowany przez FDN we współpracy z Fundacją Grupy TP*, (2008) opublikowany w serwisie [www.dzieckowsieci.pl](http://www.dzieckowsieci.pl)
- Sikorska M. (2009), *Nowa matka, nowy ojciec, nowe dziecko. O nowym układzie sił w polskich rodzinach*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa
- Tyszka Z. (2003), *Rodzina we współczesnym świecie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań
- Wojnicka K., Ciaputa E. (2011), *Wprowadzenie: refleksja naukowa nad społeczno-kulturowymi fenomenami męskości*, [w:] *Karuzela z mężczyznami. Problematyka męskości w polskich badaniach społecznych*, red. K. Wojnicka, E. Ciaputa, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków

## The challenges of modern fatherhood in narrations of men with disabilities

### Summary

In the last years there has been a growing interest in the evolution of family, although there has been little in-depth research concerning fathers with disabilities. The current study is the exploration of disabled men's opinions about the changing role of fathers and the challenges that fathers with disabilities need to face today. The authors conducted 31 interviews with disabled fathers aged between 27 and 60. In the analysis of the data collected it was shown that the respondents who notice the changes in fatherhood locate their sources in external factors, children and men who become fathers.

**Key words:** disabled fathers, evolution of fatherhood

## Początki związków z partnerkami we wspomnieniach niepełnosprawnych mężczyzn

### Streszczenie

Do tej pory nie prowadzono pogłębionych badań poświęconych związkom niepełnosprawnych mężczyzn z kobietami. Zaprezentowane badania stanowią eksplorację wspomnień w zakresie tworzenia się takich związków. Autorki przeprowadziły 31 wywiadów z mężczyznami w wieku od 27 do 60 lat z różnego rodzaju niepełnosprawnością. W analizie zebranego materiału zauważono, że 1) wspomnienia początków związków są nadal intensywne i żywe zarówno u mężczyzn, którzy wciąż trwają w swoich związkach, jak i tych, którzy się rozstali z partnerkami, 2) istnieją pewne cechy różnicujące wspomnienia mężczyzn niepełnosprawnych przed poznaniem swojej partnerki i mężczyzn z niepełnosprawnością w trakcie trwania związku (np. miejsce poznania, otwartość na niepełnosprawność drugiej osoby zarówno u mężczyzn, jak i kobiety).

Słowa kluczowe: niepełnosprawni mężczyźni, początki związków, wspomnienia

### Wprowadzenie

Dorosłość, szczególnie wczesna, to okres podejmowania nowych ról, wśród których do istotnych należy rola partnera (męża, żony), rodzica. Życie w pełni wymaga uwzględnienia własnej płciowości, a miłość bądź przyjaźń wyraża nie tylko stan funkcjonowania psychofizycznego, ale i stan ducha (Wojciechowski 2009). Jak pokazują badania (Glenn, Weaver 1981), ogólne szczęście dorosłego człowieka jest w największej mierze determinowane jego satysfakcją z pożycia małżeńskiego<sup>1</sup>. Wśród różnych czynników decydujących, po pierwsze, o możliwości wejścia w związek z inną osobą oraz, po drugie, o jakości funkcjonowania w takim związku różni autorzy (Brown, Giesy 1986; DeVivo, Hawkins, Richards 1995; MacInnes 2011) wymieniają niepełnosprawność osoby. Według Zdzisławy Janiszewskiej-Nieścioruk (2013), sek-

<sup>1</sup> Jedynie w przypadku mężczyzn rasy afroamerykańskiej stwierdzono, że większe znaczenie dla ich ogólnego szczęścia ma satysfakcja z pracy niż satysfakcja z życia małżeńskiego.

sualność (wyrażana w takich obszarach jak: seks, płciowa identyfikacja i role, orientacja seksualna, erotyzm, pożądanie, intymność i reprodukcja) człowieka z niepełnosprawnością jest wciąż ograniczana. Do powodów tego stanu rzeczy autorka zalicza: obecność w naszej kulturze gloryfikację ciała i jego zalet (wiążące atrakcyjności fizycznej z możliwością ekspresji i realizacji potrzeb seksualnych), stereotypy i uprzedzenia, paternalizm rodziców i specjalistów, kontrowersje związane z partnerstwem, zawieraniem małżeństw i rodzicielstwem oraz niedostatki rehabilitacji i edukacji seksualnej. Ma to z pewnością wpływ na podejmowanie decyzji o nawiązaniu bliższych intymnych relacji w przypadku niepełnosprawnych osób oraz potencjalnych kandydatów na partnerów osób niepełnosprawnych.

Omawiając sytuację niepełnosprawnych mężczyzn w związkach z kobietami należy zwrócić uwagę na odmienną sytuację tych, którzy byli niepełnosprawni przed zawarciem związków od tych, którzy sprawność utracili już w trakcie jego trwania. Stanisław Kowalik (2003) pisze o następujących różnicach istniejących pomiędzy osobami z niepełnosprawnością, które straciły sprawność w momencie urodzenia, w dzieciństwie i częściowo w młodości od tych, u których utrata sprawności miała miejsce w późnym okresie młodości lub w dorosłości:

- wielkość potencjału rozwojowego tworzona w dzieciństwie i młodości może być ograniczona u osób, które utraciły sprawność wcześniej – w przypadku osób, które stały się niepełnosprawne później, wpływu takiego nie ma, choć istnieje możliwość redukcji zdobytego wcześniej potencjału;
- wczesna utrata sprawności daje szansę wprowadzenia wczesnej, dodatkowej stymulacji – rehabilitacji, co może pozwolić na uniknięcie trudności w podejmowaniu zadań w życiu dorosłym, w przypadku późniejszej utraty sprawności zaburzone zostaje wykorzystanie zdobytego potencjału;
- osoby, które wcześniej utraciły sprawność, mają szansę na adekwatny wybór i właściwą realizację ról życiowych, późniejsza utrata sprawności wymagać może modyfikowania, ograniczania lub nawet wycofania się z pełnionych ról;
- różny będzie światopogląd osób, które utraciły sprawność wcześniej (tu – przy odpowiedniej pomocy – nie będzie on istotnie różnił się od światopoglądu osób pełnosprawnych) oraz w dorosłości (w ich przypadku radykalnie odmienne doświadczenia społeczne prowadzić mogą do ukształtowania się radykalnie odmiennego światopoglądu).

Różnice te mają wpływ na prawdopodobieństwo znalezienia stałej partnerki, żony (jak również partnera, męża). Powszechny jest pogląd, że niepełnosprawność jest czynnikiem zmniejszającym szansę zawarcia związku małżeńskiego, co sugerowałoby, że mężczyźni, którzy są niepełnosprawni od okresu dzieciństwa czy wczesnej młodości, mają mniejsze szanse na znalezienie żony. Jednak badania Maryhelen MacInnes (2011) dowodzą, że nie wszystkie rodzaje niepełnosprawności mają podobny wpływ na te szanse: istotnie niższe są one u osób z niepełnosprawnością intelektualną i wielozakresową. Przypuszczać można także, że świadomie podjęta decyzja o zawarciu związku z niepełnosprawnym mężczyzną minimalizować będzie choć w pewnym stopniu ryzyko rozczarowania partnerem (przynajmniej z powodu jego niepełnosprawności). Osoby decydujące się na taki związek (niezależnie od tego, czy same są pełno- czy niepełnosprawne) prawdopodobnie cechują się otwartością na (daną) niepełnosprawność.

Zgoła odmiennie wyglądać może sytuacja mężczyzn, którzy tracą sprawność już w trakcie trwania związku. Jak pisze Franciszek Wojciechowski (2009), krytyczne wydarzenia związane z utratą sprawności prowadzić mogą do nagłych przeformułowań tożsamości, pogorszenia sytuacji społecznej, ekonomicznej oraz burzyć stosunki rodzinne (nawet te kształtowane latami), szczególnie gdy towarzyszą temu emocje.

Niestety, wiedza naukowa dotycząca specyfiki relacji mężczyzn z niepełnosprawnością z kobietami jest wciąż niewystarczająca. Nadal pozostaje do zbadania wiele problemów, np. przypisywane tym relacjom znaczenia, specyfika przebiegu związków, analiza czynników łączących i utrudniających relacje, pozytywny lub negatywny wpływ niepełnosprawności na związek czy oczekiwane i otrzymywane wsparcie społeczne. Istnieje potrzeba szerszego, całościowego spojrzenia na ten problem.

## Procedura badawcza

Przedmiotem badań są doświadczenia niepełnosprawnych mężczyzn w zakresie kształtowania się ich relacji z partnerkami życiowymi, celem zaś ukazanie tych doświadczeń i znaczeń im przypisywanych przez badane osoby. Podjęto próbę odpowiedzi na pytania badawcze koncentrujące się wokół historii początków związków, a także znaczeń i subiektywnej oceny przypisywanej przez badanych tym wydarzeniom. Ze względu na unikalny i nieznan teren badawczy badania zostały osadzone w paradygmacie interpretatywnym

(podejście jakościowe). Badacz podejmujący badania w tym paradygmacie stara się poznać rzeczywistość taką, jaka przedstawia się badanym osobom, a wyjaśnienia pojawiają się w wyniku analizy doświadczeń, przekonań, wyobrażeń badanych (Sławecki 2012). Wybraną metodą zbierania danych był wywiad niestandardyzowany (z wcześniej ustalonymi pytaniami, ale zadawanymi w różnej kolejności), nieustrukturyzowany (zawierający głównie pytania otwarte) (Gudkova 2012).

Metoda analizy danych oparta została na podejściu fenomenograficznym (Marton 1994) z elementami teorii ugruntowanej według Kathy Charmaz (2009). Z podejścia fenomenograficznego ważne było trzymanie się perspektywy drugiego rzędu, czyli opisu ludzkich doświadczeń (Marton 1981) i rozpoznanie różnych sposobów rozumienia czy doświadczania różnorodnych zjawisk (Paulston 1993). Z kolei teoria ugruntowana była źródłem inspiracji w procesie kodowania. Kody nie były wcześniej ustalane, tylko wyłaniały się z wypowiedzi badanych osób (Charmaz 2009).

Dobór osób badanych był celowy i odbywał się według kryteriów: 1) posiadanie orzeczonego stopnia niepełnosprawności (bez względu na jej rodzaj i stopień – zostało ono potraktowane jako jedna z cech różnicujących sytuację życiową takiej osoby od osoby pełnosprawnej), 2) bycie ojcem, 3) posiadanie obecnie lub w przeszłości partnerki życiowej, 4) zgoda na udział w badaniach.

## Opis grupy badawczej

W badaniach wzięło udział 31 mężczyzn w wieku 27–60 lat posiadających orzeczonego stopień niepełnosprawności. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z niepełnosprawnością ruchową (15 osób), następnie z poważnym uszkodzeniem słuchu (8) i wzroku (4). Przyczyna niepełnosprawności najczęściej był to wypadek (12), a w dalszej kolejności: proces chorobowy (11) i wada wrodzona lub genetyczna (8). Większość poddanych badaniom osób (17) utraciła sprawność już po wejściu w poddane niżej analizie związku.

W badanej grupie ponad połowa (16) określa swoją sytuację materialną jako przeciętną, pozostali jako dobrą (9), złą (4) lub bardzo dobrą (2). Większość (17) utrzymuje się z renty (czasami też dodatkowych zasiłków), pozostali pobierają rentę, ale dodatkowo również pracują (8), inni tylko pracują (6).

Wszyscy poddani badaniom to ojcowie jednego (12), dwojga (9), trojga (6) lub większej liczby dzieci (4), a prezentowane poniżej rezultaty badań odnosić się będą do znaczeń, jakie przypisują związkom, w jakich pozostawali lub po-



zostają z matkami swoich dzieci. Większość to mężczyźni żonaci – pozostający w związkach z matkami swoich dzieci (20), są też ojcowie po rozwodzie (6), żyjący w konkubinacie z matkami swoich dzieci (2), w separacji (2) i jeden wdowiec.

## Wyniki badań

Pierwszym z wyłonionych obszarów pojawiających się w wypowiedziach badanych i odnoszących się do historii ich związków z kobietami były początki tych związków. Na znaczenie wspomnień, w których partner (badano zarówno mężczyzn, jak i kobiety) po raz pierwszy spotkał swojego współmałżonka, zwracają uwagę Nicole Alea i Stephanie C. Vick (2010). Jakość tych wspomnień (ich zabarwienie, wartościowość, intensywność emocjonalna i powtarzanie) okazuje się być czynnikiem, który pozwala przewidzieć satysfakcję małżeńską. Wspomnienia, które są żywsze, bardziej pozytywne, intensywne emocjonalnie i częściej powtarzane są skorelowane z wyższą satysfakcją małżeńską u obu płci.

U poddanych badaniom mężczyzn wspomnienia początków znajomości miały zróżnicowany charakter. Respondenci, jak w poniżej zaprezentowanych przypadkach, zwykle osadzali je w określonym czasie i przestrzeni:

*Żona była moją koleżanką z podwórka, chodziliśmy do jednej szkoły podstawowej. Wspólnie bawiliśmy się na podwórku i byliśmy przyjaciółmi. Była moją pierwszą młodzieńczą miłością i długo musiałem ją zdobywać, nim została moją dziewczyną. Uważam, że łączy nas najważniejsze uczucie miłość – moja żona jest najważniejszą kobietą mojego życia. (Władysław, 39 l., żonaty, niepełnosprawny ruchowo)*

*Żonę poznałem jeszcze w szkole średniej. Pamiętam, że na pierwszą randkę – spotkanie zaprosiłem ją do kawiarni, a wtedy była tylko moją znajomą, koleżanką. Po kilku spotkaniach jakoś kontakt się urwał i jakoś przestaliśmy się do siebie tam odzywać. I któregoś razu szliśmy z kumplami na piwo i podobno miały być tam jakieś tam fajne dziewczyny, więc poszedłem i była tam właśnie ta była moja... Marzena, ta sama, z którą kiedyś się spotykałem. I jak nas ze sobą zapoznawano, to oboje zaczęliśmy się śmiać, bo już wcześniej znaliśmy się przecież. I jakoś kontaktów znów... to znaczy znowu zaczęliśmy się spotykać po tym spotkaniu. Tym razem codziennie, prawie i nie żałuję tego. Byliśmy razem 2 lata, potem ślub, a potem urodził się nasz syn Kamil. (Łukasz, 35 l., żonaty, niepełnosprawny ruchowo)*

*No, mój brat miał dziewczynę i ona w akademiku mieszkała. A moja Gosia też. I się z nią kolegowala. Chodziłem czasem z bratem do tego akademika i tak ją poznałem. Chodziliśmy dwa lata i wzięliśmy ślub. Już siedem lat po ślubie jesteśmy.*

[...] Dobrze się nam razem rozmawiało. Fajnie spędzaliśmy czas. Zakochaliśmy się. [...] Chodziliśmy na spacer, spotykaliśmy się w internacie, później to i na działkę jeździliśmy do mojej mamy. No różnie tak.. Teraz to jak wrócę z pracy, to dziećmi trzeba się zajmować, na zakupy pójść. Siedzimy często w domu albo na spacer idziemy czy na plac zabaw z małymi. Czasem z kolegami się spotkamy. No i na działkę naszą jeździmy, jak ładna pogoda jest. Tam odpocząć można fajnie. (Bogdan, 33 l., niepełnosprawny intelektualnie w stopniu lekkim)

Nasz związek z Wiolką jest szczęśliwy – o czym świadczy trójka dzieci [śmiech]. Poznaliśmy się jeszcze w czasach szkoły zawodowej, liceum. Pewnie spytasz gdzie? [...] W dyskotecę, jak to kiedyś na wsi bywało, w remizie. Wiola często wspomina tamten wieczór, bo odwiozłem ją do domu motorem [śmiech]. Jej rodzice na początku byli przeciwni temu związkowi – ja mieszkałem na wsi, moi rodzice byli lubiani i pomocni ludźmi, mieli gospodarstwo rolne, na którym od małego pracowałem. Wiola mieszkała w mieście oddalonym od mojego miejsca zamieszkania o jakieś 10 km, może mniej. Jej rodzice uważali, że nie jestem dla niej dobrą partią. Bo jestem zbyt biedny. Trochę to przykre, ale Wiola i tak postanowiła spędzić ze mną życie. Rodzice przekonali się do mnie dopiero, gdy dorobiłem się własnej firmy, sam, bez niczyjej pomocy. Wtedy zobaczyli, że będę umiał zadbać o ich córkę i zapewnić jej przyszłość. Później był ślub, a zaraz po nim na świat przyszli bliźniacy – Mateusz i Patryk. (Dawid, 38 l., żonaty, z powypadkowym uszkodzeniem słuchu)

Poznaliśmy się dość dawno temu i pamiętam to jak dziś. Ja miałem babcię na wsi i na każde święta, wakacje, ferie jeździłem do niej, odwiedzałem ją. Żona mieszkała 3 km dalej od miejscowości mojej babci. Ja mieszkałem w mieście, w Płocku. Zresztą i tak jest do dzisiaj, a wiadomo na wsi życie wygląda całkowicie inaczej, więc ciągnęło mnie tam na każdym kroku. Dla małego chłopca spędzanie całych dni na dworze jest wielką frajdą. Często jeździłem na rowerze do sąsiedniej wioski. I tam właśnie poznałem moją Milenę. Była cichą, spokojną dziewczyną. Ja, zapalenięc piłki nożnej, często przyjeżdżałem do tej wsi na turnieje piłkarskie, gdzie organizowali tutejsi moi koledzy. Żona przychodziła na każdy mecz z koleżankami. Często po meczu na wsi odbywały się zabawy. Wiele razy przetańczyliśmy całą zabawę, a później odprowadzałem ją do domu, bo mieszkała zaraz koło remizy. I tak to się zaczęło, no. Przyjeżdżałem raz, drugi, trzeci, aż w końcu coś między nami zaiskrzyło. I to zaiskrzyło na dobre, na całe życie. Jeszcze kilka lat wcześniej, zanim poznałem swoją żonę, w tej samej miejscowości mieszkała jedna dziewczyna, która też wpadła mi w oko. Jednak nie udało się. Mimo to zawsze z chęcią odwiedzałem tę miejscowość. Miałem tam dużo kolegów. I w końcu któregoś dnia ujrzałem właśnie swoją ukochaną. Rodzice Mileny od razu przyjęli mnie z wielką serdecznością. Mogłem spędzać całe dni ze swoją ukochaną i ani razu nie usłyszałem słowa sprzeciwu. Później był ślub i wiejskie, huczne wesele. Było ono w tej samej remizie, gdzie pierwszy raz ze sobą zatańczyliśmy. Po kilku latach pojawiła się jedna córka, później druga (równie śliczna). Obecnie mieszkamy w Płocku, wynajmujemy miesz-

*kanie i jesteśmy przeszczęśliwą rodziną. (Norbert, 43 l., żonaty, niepełnosprawny ruchowo w wyniku udaru)*

Wypowiedzi łączy określenie czasu (u Władysława – okres szkoły podstawowej, u Łukasza – szkoły średniej, u Bogdana – dwa lata przed ślubem, w przypadku Dawida – czasy szkoły zawodowej, a Norberta – dość dawno temu, gdy grał w piłkę jako mały chłopak) i przestrzeni (odpowiednio: podwórko, szkoła, kawiarnia, akademik, remiza, boisko piłkarskie), są też jednak różnice. Władysław, Bogdan, Dawid i Norbert ukazują dłuższy proces, który doprowadził od znajomości/przyjaźni do dojrzałego uczucia. Łukasz z kolei mówi o przerwaniu relacji (po pierwszych kilku spotkaniach) oraz o ponownym, przypadkowym kontakcie, który stał się okazją do ich odnowienia (spotkania stały się intensywne). Z pewnymi przeciwnościami (negatywne reakcje otoczenia – rodziców przyszłej żony, którzy wartościowali go, biorąc pod uwagę jego sytuację materialną) borykał się również Mateusz. Zostały one jednak pokonane („rodzice przekonali się do mnie”) i to zarówno dzięki partnerce (nie zważając na rodziców „Wiola i tak postanowiła spędzić ze mną życie”) oraz Mateuszowi (operatywność i zaradność pozwoliła mu samodzielnie „dorobić się” własnej firmy i zyskać uznanie teściów).

Większość opisanych powyżej początków związków dotyczy mężczyzn, którzy byli sprawni w chwili poznawania przyszłej żony/partnerki (tylko u Bogdana niepełnosprawność stwierdzono wcześniej). Mężczyźni, którzy przed poznaniem partnerki byli niepełnosprawni, często przedstawiają początki swoich związków nieco inaczej. Jednym z charakterystycznych elementów różnicujących miejsce poznania było w wielu przypadkach ośrodek leczenia/rehabilitacji niepełnosprawnych.

*Poznaliśmy się w W. podczas jednej z wizyt u lekarza (Stanisław, 53 l., niesłyszący, żonaty)*

*Poznaliśmy się w 1974 roku w B., w Ośrodku Rehabilitacji Zawodowej [...], żona była tam na kursie, ja akurat rok wcześniej skończyłem kurs, ale często bywałem w tym ośrodku. I tam się zapoznaliśmy. (Jerzy, 58 l., żonaty, niewidomy)*

*Tutaj na warsztatach się poznaliśmy i tak się zaczęło po prostu. (Henryk, 30 l., niepełnosprawny intelektualnie, w związku nieformalnym)*

*Poznaliśmy się w 1983 r. w sanatorium. Nigdy nie rozmyślałem o tym, jaka powinna być ta druga osoba. Chyba dlatego, że właśnie nie było dla mnie istotne, czy będzie to osoba pełnosprawna, czy niepełnosprawna. Tak trafiło, że jest niepełnosprawna.*

(Cyryl, 53 l., rozwiedziony, lecz wciąż mieszkający razem ze swoją byłą żoną, niepełnosprawny ruchowo)

Można powiedzieć, że badani poznali swoje partnerki w miejscach, w których często ich rola i sposób funkcjonowania jako osoby niepełnosprawnej były z góry określone, choć nie zawsze była to sytuacja ściśle związana z niepełnosprawnością kojarzoną jako zależność, korzystanie z pomocy. Przykładem tego jest Jerzy, który – mimo że poznał swoją żonę w Ośrodku Rehabilitacji Zawodowej – to jednak nie przebywał w nim jako osoba korzystająca z pomocy, ale jako osoba aktywna, pracująca. Potwierdza to wyniki badań Maureen Milligan i Aldred Neufeldt (1998) oraz Urszuli Bartnikowskiej (2004), które wskazują, że dla kobiet, które wychodzą za mąż za niepełnosprawnych mężczyzn (pierwsze doniesienie dotyczyło kobiet, które związały się z osobami z pourazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, drugie – kobiet, które wyszły za mąż za osoby z uszkodzeniem słuchu), ważnymi elementami charakterystyki partnerów (dzięki którym wydają się im być atrakcyjni) jest pozytywne przystosowanie się do niepełnosprawności oraz postawy wskazujące na niezależność. W poszukiwaniu motywów ich decyzji zaakcentowano zarówno znaczące czynniki indywidualne, jak i czynniki zewnętrzne – społeczne, które wpłynęły na rozwój relacji w kontekście niepełnosprawności. U badanych widoczne było: otwarcie na związek z partnerem z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, wcześniejsze osobiste doświadczenia z niepełnosprawnością, elastyczność w zakresie podejmowanych ról, akceptacja niepełnosprawności i potrzeby wsparcia, chęć wzmocnienia niezależności partnera oraz odporność na objawy braku akceptacji społeczeństwa.

Kiedy niepełnosprawność osoby ujawnia się przed zawarciem związku, sytuacja obu partnerów jest jasna, ułatwia opowiedzenie się za akceptacją odmienności lub odrzuceniem ze względu na niepełnosprawność. W naszych badaniach w wielu badanych przypadkach jest to zresztą obustronna cecha kondycji poznających się ludzi, bo oboje są niepełnosprawni – wszystkie partnerki/żony wyżej zacytowanych badanych są niepełnosprawne, a ich niepełnosprawności są takiego samego rodzaju jak badanych mężczyzn.

Jeden z niepełnosprawnych przed zawarciem związku mężczyzn poznał przyszłą partnerkę przez Internet:

*Jesteśmy ze sobą 2 lata. Poznaliśmy się przez Internet. Po jakimś czasie się spotkaliśmy i zakochaliśmy się w sobie.* (Konrad, 28 l., żonaty, niepełnosprawny ruchowo)

Jest to interesujący sposób nawiązania znajomości, który z pewnością otwiera przed osobami z jakąś formą odmienności wiele możliwości. Z jednej strony bowiem pozwala na pokazanie najpierw tych swoich cech i przekonań, które mogą okazać się atrakcyjne dla innych (bez postrzegania danej osoby najpierw przez pryzmat odmienności), z drugiej poprzez dostęp do szerokiego grona odbiorców pozwala łatwiej odnaleźć tych, którzy na odmiennosc są otwarci i ją akceptują.

U badanych mężczyzn wspomnienia pierwszych spotkań są jednocześnie wspomnieniem istniejących wtedy reakcji emocjonalnych („oboje zaczęliśmy się śmiać”, Łukasz, „coś między nami zaiskrzyło”, Norbert), choć nie zawsze są to tylko przyjemne reakcje (Dawid, przypominając sobie zachowanie swoich teściów, mówi np. „Trochę to przykre”). Ogólnie jednak analiza wypowiedzi wskazuje na pozytywne zabarwienie emocjonalne wspomnień początków znajomości (przyjemnie spędzany wspólnie czas, rodzenie się uczuć między partnerami), a przynajmniej w jednym przypadku także na ich dużą częstotliwość (choć, jak mówi Dawid, to żona często wraca do tych chwil i je wspomina). Przypuszczać można, że koreluje to dodatnio z aktualnymi uczuciami, które badani żywią wobec swoich żon (Łukasz mówi np. „nie żałuję tego”, Norbert – „jesteśmy przeszczęśliwą rodziną”, a Władysław podkreśla łączącą jego i żonę miłość oraz nazywa ją najważniejszą osobą w swoim życiu).

Dość często w swoich wspomnieniach badani wracają do różnych, podejmowanych wspólnie działań, czynności (np. wspólne spacerowanie, odprowadzanie do domu, tańce, jazda motorem). Przytoczyć tu można wypowiedź Artura:

*Kiedyś spędzaliśmy dużo czasu podróżując, na rozmowach, spotykając się z przyjaciółmi – moimi i jej. [Teraz – przyp. aut.] jeśli czas pozwala – tak samo, lecz niestety zwykle tego czasu nie ma. Wszystkie dzieci „rodziliśmy wspólnie” – porody rodzinne. W przypadku pierwszych dwojga zaczęliśmy w sposób naturalny, poród kończył się jednak „cesarką”, kolejne dwa porody – to „cesarki” planowane. Byliśmy przez cały czas razem, byłem przy stole operacyjnym. (Artur, 57 l., żonaty, głuchoniewidomy)*

W relacjach badanych znaleźć można również odniesienia do następstw rodzących się uczuć i wspólnie spędzanego czasu. Ślub bądź dzieci to następstwa, czasami też – w odczuciu badanych – dowód na trwałość i intensywność uczuć („Nasz związek z Wiołką jest szczęśliwy – o czym świadczy trójka dzieci”, Dawid). Podejmowane na początku znajomości wspólne czynności wyróżnia czasami pewna unikalność, choć zdarza się, że badani (np. wspomniani wyżej Artur i Bogdan) próbują kontynuować niektóre z nich do chwili obecnej.

Bogdan w swojej relacji wspomina z jednej strony o zmianach, które nastąpiły w czasie (typowymi dla powiększającej się rodziny, np. „dziećmi trzeba się zajmować, na zakupy pójść”), ale i znajduje pewien wspólny mianownik wcześniejszego i późniejszego życia, którym jest wspólna aktywność.

Interesujące z punktu widzenia badań były również dla autorek wspomnienia tych badanych, których związki nie przetrwały próby czasu. Oto wybrane wypowiedzi:

*Mieszkała u mojej babci na stacji. [...] Poznaliśmy się, bo ja nie miałem z kim iść na Sylwestra. Szliśmy na Sylwestra do takiej dziewczyny, ona miała swojego chłopaka, on miał swoją dziewczynę, a ja nie miałem nikogo. I ona mieszkała u mojej babci na stacji, to jest śmieszne. I byliśmy tam u babci w pokoiku, i tak rozmawiamy razem i tak mówię – dobra, napiję się, będę sam i pójdę spać. I wychodzimy z pokoju na korytarz, żeby wyjść, a Dorota wychodzi z tego pokoju, co mieszkała, chyba na korytarz, chyba do łazienki szła, nie pamiętam. A mój kolega mówi do niej – Ty! Pójdiesz z nami na Sylwestra? A ona mówi – Dobra. Poszła na Sylwestra i to była miłość od pierwszego wejrzenia. Ja się zakochałem w niej, ona we mnie. I dwadzieścia lat żyliśmy ze sobą. (Grzegorz, 43 l., rozwiedziony, niepełnosprawny ruchowo i psychicznie w wyniku urazu czaszkowo-mózgowego)*

*Poznaliśmy się na potańcówce, którą urządziła moja siostra. Iwona [żona – przyp. aut.] bardzo dobrze tańczyła. Bardzo dobrze mi się z nią tańczyło. Umówiliśmy się na następne potańcówki i tak to się rozwinęło. [...] Mogę powiedzieć, że kiedyś spełniała [moje oczekiwania – przyp. aut.] jak najbardziej. (Adam, 44 l., w separacji, niepełnosprawny ruchowo po złamaniu kręgosłupa)*

W obu relacjach wspomnienia wydają się tak żywe (Grzegorz, dla przykładu, przytacza cały dialog, jakby to miało miejsce przed chwilą) i pozytywnie zabarwione emocjonalnie („to była miłość od pierwszego wejrzenia”, Grzegorz, „Bardzo dobrze mi się z nią tańczyło”, Adam), jak w przypadku wspomnień mężczyzn pozostających nadal w opisywanych związkach. Podobny charakter miały również wspomnienia pozostałych mężczyzn (n=6), którzy ze swoimi żonami się rozstali (są rozwiedzeni bądź w separacji), co świadczyć może, że również dla nich były to związki o dużym znaczeniu w życiu.

## Podsumowanie

Zaprezentowane wyniki badań ukazują początki związków niepełnosprawnych mężczyzn z kobietami. Na etapie poznawania partnerki życiowej jedną z ważniejszych różnicujących grupę badaną cech jest pełno- i niepeł-

nosprawność. W grupie mężczyzn, którzy byli pełnosprawni w chwili nawiązania relacji z partnerką, opis pierwszych kontaktów jest typowy dla ogółu społeczeństwa. W narracjach został określony czas poznania, miejsce, opis rodzących się uczuć oraz ich następstwa (ślub i pojawienie się dzieci). Część z badanych przyznaje, że gdyby byli jeszcze pełnosprawni, nie brali pod uwagę możliwości związania się z niepełnosprawną kobietą. Mężczyźni, których niepełnosprawność istnieje od urodzenia bądź dzieciństwa, wchodzili w relacje z partnerkami z innym „kapitałem”. Charakterystyczne okazało się miejsce poznania przyszłej partnerki – istotną rolę odgrywają tu miejsca, w których spotykają się niepełnosprawni. Ci badani relacjonowali też większą otwartość na związanie się z partnerką niepełnosprawną. Nie wszyscy niepełnosprawni z tej grupy związali się z niepełnosprawnymi partnerkami, ale jeżeli już podejmowali taką decyzję, to ich partnerką zostawała kobieta o tym samym rodzaju niepełnosprawności. Posiadanie tego samego rodzaju niepełnosprawności (ruchowej, uszkodzenia słuchu czy wzroku) wyraźnie dawało szansę na większą otwartość i zrozumienie, ale też przebywanie w tych samych miejscach (np. ośrodkach rehabilitacyjnych dla określonej grupy niepełnosprawnych) dawało większe ku temu możliwości.

## Bibliografia

- Alea N., Vick S.C. (2010), *The first sight of love: Relationship-defining memories and marital satisfaction across adulthood*, „Memory”, nr 7(18)
- Bartnikowska U. (2004), *Małżeństwa mieszane (osoba z uszkodzonym słuchem – osoba słysząca)*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Brown J.S., Giesy B. (1986), *Marital status of persons with spinal cord injury*, „Social Science & Medicine”, no 23
- Charmaz K. (2009), *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- DeVivo M.J., Hawkins L.N., Richards J.S., Go B.K. (1995), *Outcomes of post-spinal cord injury marriages*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, no 76
- Glenn N.D., Weaver C.N. (1981), *The Contribution of Marital Happiness to Global Happiness*, „Journal of Marriage & Family”, no 1(43)
- Gudkova S. (2012), *Wywiad w badaniach jakościowych*, [w:] *Badania jakościowe*, t. 2: *Metody i narzędzia*, red. D. Jemielniak, PWN, Warszawa
- Janiszewska-Nieścioruk Z. (2013), *Respektowanie i egzekwowanie praw seksualnych osób z niepełnosprawnością – palący, nierozwiązany problem*, [w:] *Człowiek z niepełnosprawnością w rezerwacie przestrzeni publicznej*, red. Z. Gajdzica, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków

- Kowalik S. (2003), *Dorosłość osób niepełnosprawnych w świetle koncepcji strefy utraczonego rozwoju*, [w:] *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*, red. K.D. Rzedzicka, A. Kobyłańska, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- MacInnes M.D. (2011), *Altar-Bound? The Effect of Disability on the Hazard of Entry into a First Marriage*, "International Journal of Sociology", no 1(41)
- Marton F. (1981), *Phenomenography – describing conceptions of the world around us*, "Instructional Science", nr 10
- Marton F. (1994), *Phenomenography*, [w:] *The International Encyclopedia of Education*, second edition, vol. 8, red. T. Husén, T. Neville, Pergamon, Postlethwaite
- Milligan M., Neufeldt A. (1998), *Postinjury Marriage to Men with Spinal Cord Injury: Women's Perspectives on Making a Commitment*, "Sexuality & Disability", no 2(16)
- Paulston R.G. (1993), *Pedagogika porównawcza jako pole nakreślenia konceptualnych map teorii paradygmatów*, [w:] *Spory o edukację. Dylematy i kontrowersje we współczesnych pedagogiach*, red. Z. Kwieciński, L. Witkowski, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa–Toruń
- Sławecki B. (2012), *Znaczenie paradygmatów w badaniach jakościowych*, [w:] *Badania jakościowe, t. 1: Podejścia i teorie*, red. D. Jemielniak, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Wojciechowski F. (2009), *Niepełnosprawność w kontekście doświadczeń życia człowieka. Wybrane płaszczyzny analiz*, [w:] *Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość, t. IV: Wielowymiarowość edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością*, red. T. Żółkowska, I. Ramik-Mażewska, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin

## The beginnings of relationships with partners in the memories of disabled men

### Summary

There has been little in-depth research concerning the relationships of disabled men with women. The current study is the exploration of relationship-defining memories. The authors conducted 31 interviews with men aged between 27 and 60 with different types of disabilities. In the analysis of the data collected it was noticed that 1. the relationship-defining memories are intense and vivid both in men who still are in the relationships and the ones who split up with their partners and 2. there are some features which differentiate the memories of men who have been disabled since they were born or their childhood and men who became disabled during the relationship with their partner (e.g. specific places of first meetings, openness of both men and women to the disability of the partner).

**Key words:** disabled men, relationships, beginnings of relationships, memories



## Postrzeganie rzeczywistości przez osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym

*Wiedzieć, żeby przewidzieć, przewidzieć, aby móc...*

A. Comte

### Streszczenie

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym są często postrzegane w kategoriach ograniczeń. Lepsze ich poznanie umożliwia dostrzeżenie możliwości adaptacyjnych oraz planowanie skuteczniejszej rehabilitacji. Jedną z dróg zbliżających do budowania obrazu o osobach z tą kategorią niepełnosprawności jest wsłuchiwanie się w ich własne narracje na temat otaczającej rzeczywistości. Artykuł zawiera analizę i wnioski z badań sposobów postrzegania rzeczywistości przez dorosłe osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Porównano sposoby percypowania siebie w roli dorosłego, rozumienia swojej dorosłości, także w aspekcie ról małżeńskich i relacji z innymi osobami mieszkańców domów pomocy społecznej i uczestników środowiskowych domów samopomocy. Uzyskane wyniki skłoniły do sformułowania postulatów dla praktyki rehabilitacyjnej, w której powinno się zwracać baczniejszą uwagę na znaczenie środowiska społecznego w budowaniu obrazu dorosłości osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna w stopniu głębszym, postrzeganie siebie, dorosłość, dom pomocy społecznej, środowisko rodzinne

### Wprowadzenie

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną ze względu na specyfikę funkcjonowania mierzoną standardami przyjętymi przez większość społeczeństwa w kategoriach biologicznych, psychologicznych i społecznych są postrzegane jako grupa odrębna. W kategoriach tej odrębności często dokonuje się porównań w zakresie różnorodnych obszarów funkcjonowania tych osób. Szczególnie wyraźny dysonans między sytuacją pożądaną czy oczekiwaną stanowią biopsychospołeczne aspekty funkcjonowania osób z głębszym jej stopniem.

Niepełnosprawność intelektualna we wszystkich sferach funkcjonowania wiąże się z odchyleniami od norm rozwojowych czy też realizacji zadań życiowych wyznaczanych współczesnymi koncepcjami psychospołecznego rozwoju. Deficyty i zaburzenia w sferze orientacyjno-poznawczej, intelektualnej, emocjonalno-motywacyjnej i funkcjonowania społecznego generują identyfikowanie tej grupy osób jako odmiennie funkcjonujących niż znacząca większość społeczeństwa.

Wzajemne zależności zachodzące między poszczególnymi sferami funkcjonowania tych osób, w szczególności sposób determinowane warunkami bliższego i dalszego otoczenia, decydują o jakości życia, jednak nadal świat osób z głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej stanowi dla nas swobodną tajemnicę. Uchylamy jej rąbka, obserwując zachowania, słuchając wysyłanych – przez kanały werbalne i pozawerbalne – sygnałów. Interpretujemy obserwowaną rzeczywistość kreowaną przez osoby z niepełnosprawnością. Jednak bliżej przyglądamy się dzieciom i młodzieży, które w okresie rozwoju i wzrostu są podmiotem mniej lub bardziej intensywnych oddziaływań rehabilitacyjnych, edukacyjnych czy leczniczych. Wraz z upływem czasu, zarówno środki formalne w postaci uregulowań prawnych, zwłaszcza w obszarze oddziaływań edukacyjnych, oraz szybkość obserwowanych postępów rozwojowych słabnie. Koniec edukacji formalnej przewidziany na 24 rok życia wyznacza nowy etap życia. Związany jest z metrykalnym i formalnym przejściem w sferę dorosłości percypowanej przez pryzmat udziału w życiu społecznym, w kontekście pełnionych ról społecznych. Udziału w strukturach społecznych formalnych (instytucjonalne formy pomocy, miejsca aktywizacji zawodowej i pracy) oraz nieformalnych związanych z aktywnością społeczną w obszarach relacyjności i aktywności społecznej w środowisku życia.

Analiza aktualnie podejmowanej tematyki wobec osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym wskazuje, że dyskurs odbywa się szczególnie wokół problemów:

- doświadczeń rodzin osób z niepełnosprawnością intelektualną;
- pełnienia ról wynikających z płci;
- poczucia tożsamości;
- jakości życia;
- aktywności i aktywizacji społecznej i zawodowej.

Ta lista nie wyczerpuje oczywiście wszystkich podejmowanych w tym zakresie zagadnień, jedynie wskazuje na pewne główne, częściej pojawiające się wątki. Autorzy podejmujący dyskurs wokół różnorodnych aspektów funkcjo-

nowania osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym, które identyfikowane są jako osoby dorosłe, wskazują konieczność rozpoznawania sytuacji tych osób nie tylko przez pryzmat percepcji społecznej, ale przede wszystkim w zakresie możliwości adaptacyjnych, emancypacyjnych i związanych z ich własnym miejscem życiowym.

Każda eksploracja badawcza tej wyjątkowo zróżnicowanej grupy, zwłaszcza prowadzona w swojej własnej narracji, będzie zbliżać nas do lepszego poznania jej problemów i przemyślanego planowania rozwiązań rehabilitacyjnych, ukierunkowanych na osiągnięcie statusu umożliwiającego jak najpełniejszy udział w życiu społecznym. Chociaż mogą się pojawiać pytania o miejsce i jakość tego udziału z punktu widzenia otoczenia i samych zainteresowanych.

Postrzeganie jest kategorią pojęciową przyjętą w psychologii, identyfikowaną najczęściej z przebiegiem procesów poznawczych, natomiast w filozofii percepcja jest formą poznania. To jak człowiek postrzega rzeczywistość, było i jest przedmiotem zainteresowań przedstawicieli nauk społecznych, szczególnie zaś psychologii społecznej. F. Heider (1958) podniósł myślenie potoczne człowieka do rangi źródła profesjonalnej wiedzy. Twierdził, że studiowanie potocznego postrzegania rzeczywistości w postaci subiektywnych i potocznych przekonań może wzbogacić wiedzę o funkcjonowaniu umysłu i stać się podstawą do tworzenia teorii wyjaśniających powstawanie zachowań społecznych. W świetle teorii opisujących potoczną percepcję rzeczywistości człowiek konstruuje swoje teorie dla komfortu psychicznego i aby skutecznie działać (za: Lachowicz-Tabaczek 2004).

Sposób definiowania niepełnosprawności ma szczególne znaczenie w kontekście postrzegania osób z niepełnosprawnością. W świecie społecznym istotny jest sposób planowania i organizowania działań o charakterze pomocowym, wspierającym czy rehabilitacyjnym.

Niepełnosprawność intelektualna w koncepcji ograniczeń upośledza percepcję rzeczywistości. Upośledzona percepcja wynikająca z niedoskonałości funkcjonowania aparatu percepcyjnego oraz przebiegu procesów orientacyjno-poznawczych z założenia dając niepełny, błędny obraz rzeczywistości, może prowadzić do błędów postrzegania rzeczywistości. Źródłem wiedzy pedagogicznej o właściwościach postrzegania rzeczywistości jest informacja o przebiegu procesów orientacyjno-poznawczych oraz analiza ekspresji. Portret osoby niepełnosprawnej nabiera cech niekorzystnych/negatywnych często obarczonych stereotypowym, pełnym uprzedzeń myśleniem.

Natomiast podejście rozwojowe do niepełnosprawności intelektualnej nawiązuje do społecznego modelu niepełnosprawności, w którym podkreśla się rolę czynników zewnętrznych w rozwoju procesów poznawczych człowieka. Skupia się na indywidualnych możliwościach i rozwoju osoby niepełnosprawnej w odpowiednio przygotowanym, zaplanowanym środowisku rozwojowym. Niepełnosprawność intelektualna jest percypowana w kategoriach dynamicznych w myśl koncepcji, że każdy człowiek może uczyć się i rozwijać (Głodkowska 2012: 94).

W literaturze przedmiotu postuluje się konieczność pełniejszego, integralnego spojrzenia na niepełnosprawność intelektualną. Osoby niepełnosprawne intelektualnie postrzegane są jako jednostki integralne, choć jakościowo różne. To podejście pozwala nie tylko na rozpoznanie zdolności poznawczych, intelektualnych, ale również na dostrzeżenie pełniejszych dyspozycji rozwojowych. Umożliwia lepsze zrozumienie, planowanie i działanie poprzez budowanie skutecznej rehabilitacji zorientowanej na osobę w jej środowisku. Osoby niepełnosprawne intelektualnie nadal są pewną tajemnicą, którą próbujemy poznawać. Ważne w tym poznaniu jest uważne obserwowanie, wchodzenie w relacje, prowadzenie narracji i badań biograficznych, aby próbować zwiększyć wiedzę, przeciwdziałać stygmatyzacji, wykluczeniu społecznemu i współdziałać na rzecz budowania wspólnej przestrzeni życiowej.

Ważne, aby uwzględniać nie tylko perspektywę ograniczeń, ale dostrzegać perspektywę rozwojową i zmiany zachodzące pod wpływem środowiska oraz doświadczeń życiowych

Pojęcie „postrzeganie” używane jest w języku potocznym i naukowym. Postrzeganie w psychologii, tożsame z pojęciami spostrzeganie, percepcja, oznacza zdolność do odbierania, interpretowania bodźców stanowiących źródło informacji o otaczającym świecie. Jest procesem poznawczym polegającym na subiektywnym odzwierciedleniu przez człowieka przedmiotów, zjawisk i procesów (por. Zimbardo 1999). Percepcja jest również rozumiana jako swoisty sposób widzenia i czucia świata. Każdy z nas ma swój własny sposób postrzegania świata i swojej w nim obecności.

Postrzeganie rzeczywistości przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym nosi znamiona upośledzonego i stanowi najtrudniejszą przeszkodę w procesie rewalidacji (Baczała 2012: 70). Determinują ją dysfunkcje w zakresie sprawności aparatu odbiorczego i aparatu przetwarzania, co może prowadzić do swoistych zniekształceń. Jednak nawiązując do wcześniejszych postulatów pedagogiki specjalnej istotne jest badanie swoistego

sposobu widzenia i czucia świata osób odbiegających od uznanych przez społeczeństwo norm. Wszak każdy ma swój własny sposób postrzegania świata a niepełnosprawność intelektualna jest kategorią zmieniającą się w czasie.

## Badania własne

Jak osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym, które osiągnęły formalnie wiek dorosłości, postrzegają rzeczywistość? Jak postrzegają rzeczywistość funkcjonując w instytucji, która organizuje im większość aktywności życiowych? Czy można zaobserwować pewne prawidłowości postrzegania siebie w roli dorosłego, współmałżonka? Jaki udział w postrzeganiu siebie może mieć środowisko instytucjonalne ze zorganizowanym systemem kontroli i wsparcia? Te pytania stały się inspiracją podjętej eksploracji badawczej, której głównym celem było zwiększenie wiedzy na temat sposobów postrzegania rzeczywistości przez pryzmat postrzegania siebie w roli dorosłego oraz swoich możliwości w kontekście podejmowania pracy.

Próbując znaleźć odpowiedzi na powyższe pytania, przeprowadzono badania z osobami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym (stopień upośledzenia został zidentyfikowany na podstawie dokumentacji medycznej). Badania przeprowadzono w domach pomocy społecznej i środowiskowych domach samopomocy województw Polski centralnej i południowej. Warunkiem prowadzenia badań była zgoda dyrekcji placówek oraz rodziców lub opiekunów prawnych. Badania przeprowadzono techniką wywiadu przy użyciu autorskiego kwestionariusza zawierającego pytania otwarte.

Środowisko zamieszkania badanych postrzegane było przez lata w kategoriach instytucji totalnej (por. Tarkowska 1997), w której mieszkańcy mają radykalnie ograniczone możliwości autonomicznego funkcjonowania. Zmiany, jakie zaszły w wyniku wprowadzenia standardów domów pomocy społecznej, spowodowały znaczną poprawę sytuacji mieszkańców, nie tylko o charakterze bytowym, ale również funkcjonalnym. Zdaniem S. Kowalika (2011) dom pomocy społecznej stanowi element swoistego ekosystemu społecznego, stanowiąc dla mieszkańców rzeczywisty ekosystem społeczny, w którym zaspokajają wszystkie swoje potrzeby. Idąc tym tropem, można stwierdzić, że jest to swoista przestrzeń życiowa, w której jednostka funkcjonuje korzystając ze wsparcia w zakresie jej oferowanym. Dom pomocy społecznej jest jedną

z możliwości, czasem jedyną, gdzie może funkcjonować osoba, która nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb życiowych.

W badaniach uczestniczyło 67 osób, których komunikatywność wystarczała do przeprowadzenia rozmów kierowanych. Niekiedy rozmowa kierowana konkretnymi pytaniami przeradzała się w dłuższy dialog i poruszane były problemy, które w pytaniach zasygnalizowano.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badawczej ze względu na wiek, płeć, stopień upośledzenia umysłowego oraz miejsce pobytu

		DPS – 52 osób		ŚDS – 15 osób	
		Kobiety – 22	Mężczyźni – 30	Kobiety – 7	Mężczyźni – 8
Wiek	do 30 r.ż.	6	12	1	1
	do 40 r.ż.	8	5	3	6
	do 50 r.ż.	4	7	3	0
	powyżej 50 r.ż.	4	6	0	1
Stopień upośledzenia umysłowego	umiarkowany	18	21	6	8
	znaczny	4	9	1	0
Miejsce zamieszkania	miasto	7	16	7	7
	wieś	15	14	0	1

Źródło: badania własne

## Wyniki badań

### Postrzeżenie siebie w roli dorosłego

Dorosłość można rozpatrywać w kategoriach biologicznych, psychologicznych, prawnych i społecznych. Ustosunkowując się do propozycji R. Urbańskiej-Korż (1999), która przyjmuje trzy płaszczyzny: prakseologiczną, antropologiczną i recentywistyczną (aktualistyczną), B. Tylewska-Nowak uważa, że: „w sensie prakseologicznym osoby z niepełnosprawnością intelektualną w momencie ukończenia 18. roku życia uzyskują status osoby dorosłej, nabywają pełne prawa obywatelskie i teoretyczną możliwość decydowania o sobie, [...] podejście antropologiczne pozwala na traktowanie osoby z niepełnosprawnością intelektualną jako człowieka realizującego własną wizję dorosłości, przy czym wizja ta będzie zależała w dużej mierze od własnych doświadczeń, [...] podejście recentywistyczne (aktualistyczne) określa, czy

w danym momencie życia osoba funkcjonuje w rolach dorosłych” (Tylewska-Nowak 2011: 21).

Wszyscy badani określali siebie jako dorosłych. Dotyczyło to zarówno mieszkańców domów pomocy społecznej (DPS), jak również uczestników środowiskowych domów samopomocy (ŚDS). Wśród badanych mężczyzn jedynie dwóch wskazało aktywność związaną z podjęciem pracy jako wyznacznik dorosłości. Ciekawy argument dotyczył skojarzenia cech dorosłego człowieka z nieujawnianiem emocjonalności typu płacz i marudzenie, kojarzonymi z wiekiem dziecięcym. Interesująca wypowiedź dotyczyła identyfikacji z dorosłym przez pryzmat traktowania przez innych. W wypowiedziach pojawiało się stwierdzenie: „jestem dorosły, bo tak mnie tu traktują”. Znamiona biologiczne miała wypowiedź związana z zaobserwowanymi zmianami w wyglądzie zewnętrznym: „jestem dorosły, bo mam klatę owłosioną, duże ciuchy noszę”. Badane kobiety najczęściej odnosiły się do wieku metrykalnego lub wiązały ten fakt z posiadaniem dowodu osobistego. One odwoływały się również do subiektywnego poczucia swojej dorosłości „jestem dorosła, bo tak się czuję”. Nieliczni respondenci zwrócili uwagę na to, że mimo świadomości swojej dorosłości potrzebują pomocy. Wszyscy respondenci ze środowiskowych domów samopomocy zadeklarowali, że są osobami dorosłymi, także tu pojawiły się stwierdzenia, że dorosłym jest ten, kto skończył 18 lat. Ciekawe jest, że w tej grupie dorosłość skojarzyli badani z możliwością „robienia wszystkiego” i zmniejszonym udziałem rodziców w pomocy: „rodzice nie muszą już mi pomagać”. W tej grupie pojawiły się stwierdzenia, że dla rodziców jest się zawsze dzieckiem.

Wyniki badań wskazują, że mieszkańcy domów pomocy społecznej są świadomi dorosłości, ale nie zawsze potrafią określić jej wyznaczniki. W przypadku osób mieszkających w domu rodzinnym dorosłość jest postrzegana przez pryzmat mniejszego udziału rodziców w pomocy osobie. Można przypuszczać, że badane osoby otrzymują komunikat, że są dorosłe, jednak bez wskazania, jakie są atrybuty dorosłości. Same nie są w większości w stanie zidentyfikować wskaźników dorosłości.

W polskiej kulturze przejście w świat osób dorosłych wiąże się w sposób wyraźny ze zmianą formy określenia danej osoby. Celem podkreślenia atrybutu dorosłości używana jest zwyczajowo forma pan/pani. Stosowanie tej formy jest podkreśleniem granicy między dorosłością a wiekiem dziecięcym i odzwierciedla inny sposób postrzegania danej osoby.

Większość kobiet preferuje formę bezpośrednią zwracania się po imieniu. Dwie kobiety zwróciły uwagę, że i tak, i tak. Natomiast dwie zaznaczyły, że nie lubią, gdy dzieci pracowników mówią do nich po imieniu, bo one są przecież dorosłe. Podobnie deklarowali badani mężczyźni, z wyjątkiem sześciu, którzy preferowali formę oficjalną. Byli to mężczyźni w najstarszej grupie wiekowej. Przytoczę dość intrygującą wypowiedź, z której wynika, że na to określenie trzeba sobie zasłużyć: „aby mówić na pan, to trzeba mieć wygląd i pieniądze”.

Interesujące jest, że w kilku odpowiedziach podano formę, w jakiej się do badanych na co dzień zwracają inni (personel) i jest to forma bezpośrednia. W grupie uczestników środowiskowych domów samopomocy wszyscy zadeklarowali, że wolą bezpośrednią formę, gdyż „mówienie na pan/pani” postarza. „Czułabym się staro...” – stwierdziła jedna z respondentek.

Obserwacje poczynione podczas prowadzenia badań w domach pomocy społecznej skłaniają do dość ostrożnych wniosków, iż takie deklaracje mieszkańców są związane z zachowaniem personelu. Personel w relacjach z osobami z zewnątrz i mieszkańcami najczęściej używa formy pośredniej, zwracając się po imieniu zarówno do mieszkańca jak również w wypowiedziach opisujących go w różnych kontekstach. Tej prawidłowości nie zaobserwowano w odniesieniu do form używanych przez mieszkańców wobec personelu.

Rola dorosłego wiąże się z podejmowaniem pracy. Zdecydowana większość badanych przebywających w domach pomocy społecznej nie uczestniczy w warsztatach terapii zajęciowej, więc za wykonywane czynności nie otrzymuje gratyfikacji finansowej. Wśród osób ze środowiskowych domów samopomocy także żadna z badanych nie funkcjonowała w tej formie aktywizacji zawodowej. Prawie połowa badanych mieszkańców domów pomocy (21 osób) deklaruje, że woli pracować niż się bawić. Pracą określają zajęcia codzienne wpisujące się w życie placówki. Są to najczęściej różnego typu czynności porządkowe oraz zajęcia terapeutyczne. Jedynie 6 osób, w tym 4 kobiety, nie lubi pracować, a czas spędzałyby na zabawie lub „bezczynności”. Pozostałe chcą dzielić czas na pracę i zabawę. Przy tym warunkują to swoimi aktualnymi „chęciami”. W przypadku uczestników środowiskowych domów 7 osób zdecydowanie stwierdziło, że woli się bawić lub poleniuchować, dwie osoby dzieliłyby swój czas między pracę i zabawę. Pozostali badani deklarowali, że wolą pracować lub „coś robić”. Interesujące jest, że 4 osoby stwierdziły, że wykonują różne czynności (sprzątają), ale to nie jest praca.

Wniosek: większość badanych ma potrzebę aktywności, którą „określa się zewnętrznie” pracą, mimo że nie jest wynagradzana. Pogłębione rozmowy



z jednej strony wskazują na wyrabianie wśród mieszkańców domów pomocy społecznej poczucia tożsamości z placówką przez pryzmat „pracy na rzecz wspólnego domu”. Z drugiej strony można sądzić, że instytucjonalne formy opieki tworzą obraz pracy, która nie musi wiązać się z zarabkowaniem.

Dorosłość kojarzona jest również z wchodzeniem w rolę męża/żony. W polskim prawie zawieranie małżeństw osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym wiąże się z koniecznością uzyskania zgody sądowej.

Większość (15 osób) mężczyzn, niezależnie od wieku metrykalnego, nie chce wchodzić w rolę męża czy żony. Jedynie 4 osoby, które nie chciały wchodzić w tę rolę, nie potrafiły wyjaśnić, na czym polega małżeństwo. Pozostali badani kojarzyli je z posiadaniem dzieci (5 osoby), opieką nad żoną (4 osoby), dojrzałością, wypełnianiem obowiązków domowych i zarabianiem pieniędzy na utrzymanie rodziny (5 osób). Jeden mężczyzna stwierdził, że „mąż to kara dla żony”.

Zwolennicy zawarcia związku małżeńskiego w dwóch przypadkach nie potrafili sprecyzować, na czym polega małżeństwo. Pozostałe osoby głównie skupiały się na aspektach emocjonalnych i opiekuńczych: „trzeba się opiekować”, „wzajemnie dbać o siebie”, „kochać”, „nie zdradzać”, „szanować”, „trzymać się zasad”, „żyć w zgodzie”. W trzech przypadkach pojawił się wątek ekonomiczny związany z koniecznością zarabiania pieniędzy i utrzymania rodziny. Czterech badanych zwróciło uwagę na posiadanie dzieci.

Interesujące są wypowiedzi dwóch mężczyzn. Jeden z nich stwierdził, że chciałby się ożenić, ale nie tu (czyli w domu pomocy), inny, że przeszkodą jest jego choroba. Natomiast jeden z mieszkańców zdeterminowany stwierdził, że owszem chciałby się ożenić, ale jest to tu niemożliwe, bo „jestem tu tylko mieszkańcem”. Wszystkie badane kobiety chciały wyjść za mąż. Małżeństwo postrzegały przez pryzmat uczuć i wzajemnej pomocy. Dwie zwróciły uwagę na seks jako element związku. Jedynie dwie badane wskazały na obowiązki domowe jako wiążące się z rolą żony. Podobnie jak w grupie mężczyzn tylko jedna kobieta zwróciła uwagę, że chciałaby wyjść za mąż, ale nie w placówce.

Interesujące wyniki uzyskano w grupie uczestników środowiskowych domów samopomocy. Połowa badanych stwierdziła, że nie zastanawiała się nad małżeństwem. Pozostałe osoby zadeklarowały chęć wejścia w związki formalne.

Interesująca jest wyraźna różnica w postrzeganiu roli żony/męża. Większość badanych wskazuje na aspekt ekonomiczny małżeństwa, jednocześnie tradycyjnie percypując role małżonków: żona „sprząta, gotuje, opiekuje się

dziećmi”, mąż „zarabia na życie”. Tak więc badani tradycyjnie postrzegają rolę męża i żony. W postrzeganiu mężczyzn częściej ujawnia się wątek ekonomiczny, natomiast kobiety zdecydowanie częściej wskazują na wątek emocjonalny – „romantyczny”. Ujawniła się różnica w zakresie deklaracji małżeńskiej: osoby pozostające w domu rodzinnym wskazywały, iż nie zastanawiały się nad zawarciem związku małżeńskiego.

### Postrzeganie rzeczywistości w kontekście relacji z innymi

Dom pomocy społecznej z jednej strony daje możliwość stałego kontaktu z innymi współmieszkańcami, z drugiej strony utrudnia uzyskanie pełnej intymności. Nie sposób nie zgodzić się z tezami sformułowanymi przez B. Tylewską-Nowak (2011: 29):

są więc to środowiska, które zgodnie z założeniami psychologii ekologicznej nazwalibyśmy ośrodkami aktywności o zbyt dużej liczbie osób w stosunku do działań. Członkowie takich ośrodków (o zbyt dużej liczbie osób w stosunku do działań i pełnionych funkcji) zadania przydzielają na zasadzie kompetencji, a poczucie wartości w dużej mierze zależy od pozycji w grupie. Zgodnie z tą teorią w domach pomocy społecznej zadania i funkcje rozdzielone są przede wszystkim wśród personelu i nielicznej grupy najlepiej funkcjonujących pensjonariuszy. Tylko oni uzyskują więc wysoki status społeczny i tylko oni funkcjonują w dorosłych rolach. Reszta podopiecznych nie pełni właściwie żadnej określonej roli społecznej. Z punktu widzenia formalnego są w zasadzie dorośli, ale jedyna dostępna im rola to rola podopiecznego – mieszkańca domu pomocy społecznej. Jak już wcześniej wspomniano, obowiązujące przepisy uniemożliwiają instytucji stać się prawdziwym domem. Trudno tu bowiem o wspólnotę, poszerzoną rodzinę. Podopieczni przebywają w tym miejscu z konieczności, rzadko z wyboru, co niewątpliwie wzmaga poczucie zatłoczenia społecznego i brak prywatności.

Na ten stan rzeczy składa się wiele czynników. Personel wskazuje na konieczność dozoru i opieki, argumentując to niską samodzielnością mieszkańców, nieumiejętnością przewidywania skutków swojego postępowania oraz względami bezpieczeństwa. Ponadto wskazywana jest konieczność uspołeczniania i aktywizowania mieszkańców poprzez różnorodne formy rehabilitacji: ruchową, zajęciową, społeczną. Także infrastruktura placówki, ograniczenia lokalowe i standardy określające liczbę osób w pokojach utrudniają wchodzenie w sytuacje intymne i znajdowanie miejsc, w których można być samemu. Mimo wielu opracowań, w których wyraźnie wskazuje się na swoiste deficyty i ograniczenia, jakie niesie ze sobą przebywanie w tego typu

placówkach, większość badanych zadeklarowała, że chce pozostać w swoim aktualnym miejscu zamieszkania. W kilku rozmowach ujawnił się swoisty determinizm: „a gdzie miałbym mieszkać”. 6 mężczyzn i 2 kobiety chcą ją zmienić, ale tylko jeden mężczyzna chciałby wrócić do domu. Pozostałe osoby chciałyby zmiany. Wiązą ją z ewentualną zmianą swojego statusu – zawarciem związku małżeńskiego.

Pogłębione rozmowy wskazywały, że wiele osób mimo deklarowanej chęci pozostania w obecnym miejscu, gdyby pojawiła się taka możliwość, wolałyby jednak mieszkać gdzie indziej. Czasami samodzielnie, czasem z bliską osobą, która by się nimi zaopiekowała, czasem z rodziną. Dwóch mężczyzn zdecydowanie negatywnie wspominało swoje poprzednie miejsca pobytu. Wśród uczestników środowiskowych domów samopomocy jedynie jedna osoba zdecydowanie stwierdziła, że chciałaby mieszkać gdzie indziej.

Uzyskane wyniki mogą sugerować, że brak gotowości do zmian wiąże się z dotychczasowymi doświadczeniami życiowymi badanych oraz brakiem pomysłów na zmianę. Większość badanych miała już kilkuletnie doświadczenia pobytu w placówce i nie zna innych sposobów życia. Najbardziej skłonne do zmian były osoby z krótkim stażem pobytu w placówce (do 2 lat). One też dostrzegają najczęściej ograniczeń.

## Relacje z innymi

W grupie ze środowiskowych domów samopomocy tylko trzy osoby stwierdziły, że czasem wolą być same. Zdecydowana większość chętnie przebywa w grupie, bo „samemu nudno”, „razem jest wesoło”.

Liczni badacze wskazują na hierarchiczną strukturę relacji w domach pomocy. Wynika to z pojmowania roli opiekuna i mieszkańca oraz postaw społecznych wobec tej grupy osób. Infantylicyzacja i „protekcjonalizm”, budowanie tożsamości osób z niepełnosprawnością intelektualną na podstawie cech stereotypowych również nie sprzyjają budowaniu obrazu osoby z niepełnosprawnością w paradygmacie człowieczeństwa (por. Tylewska-Nowak 2011; Rzeźnicka-Krupa 2011).

Warto zaznaczyć, że jednym z kryteriów doboru grupy był poziom komunikacyjności, do badań zaproszono osoby, z którymi można było nawiązać kontakt werbalny. Większość badanych deklaruje, że lubi personel, często określa wybrane osoby z personelu (najczęściej terapeutów i rehabilitantów) mianem swoich przyjaciół. Zdarzały się sytuacje, że wybrane osoby uzyskiwały status

„mamy zastępczej”. Jednak pytania dotyczące stopnia zaangażowania personelu w te relacje ukazywały nieco inny obraz. Były też stwierdzenia typu „lubię, a co mam nie lubić”, albo „lubię, najbardziej panią Anię, bo daje mi paczki”. Część badanych mówiła właśnie w taki sposób o powodach swojej sympatii. Tylko dwie kobiety wyróżniły te osoby, z którymi mogą porozmawiać.

Wyniki badań wskazują, że mieszkańcy niejednokrotnie czują się przez osoby z otoczenia ignorowani. Warto byłoby kontynuować ten wątek badań, aby poznać powody takiego stanu rzeczy. Wśród najważniejszych osób w swoim otoczeniu na pierwszym miejscu mieszkańcy domów pomocy społecznej wymieniali: opiekunów, często podając ich imiona, 5 osób wymieniło rodziców bądź mamę, natomiast 10 osób wskazało na osobę dyrektora placówki. W dwóch wypowiedziach badani wskazali siebie jako najważniejsze osoby. Natomiast posłuchaliby zdecydowanie najczęściej ulubionych opiekunów. Wszyscy uczestnicy środowiskowych domów samopomocy za najważniejsze osoby w swoim otoczeniu uważają najbliższych członków rodziny. Ich by również zawsze posłuchały. Chociaż ujawniły się trzy interesujące wypowiedzi. Kobiety stwierdziły, że nie posłuchałyby nikogo, tylko same rozważyły swoje decyzje. Jedna z nich stwierdziła: „nie słucham nikogo, tylko siebie, pani też by posłuchała, jakby ktoś pani kazał wyskoczyć przez okno?”.

Większość badanych osób wskazywała, że personel raz ich słucha, a raz nie, zdarzają się również sytuacje, kiedy czują się przezeń ignorowana.

## Relacje z rówieśnikami i innymi współmieszkańcami

Uzyskane wyniki wskazują na ujawnianie się relacji koleżeńskich. Choć badani częściej w roli przyjaciela widzą opiekuna lub terapeutę, rzadziej jest to inna osoba z niepełnosprawnością intelektualną. Uczestnicy środowiskowych domów samopomocy jako przyjaciół i powierników wskazują najczęściej współuczestników lub osoby z kręgu rodziny. W domach pomocy społecznej najczęściej wymieniano opiekunów i dyrektorów.

## Podsumowanie

1. Dorosłość jest uświadomiona, ale pojawia się trudność określenia jej wyznaczników. Ważne, aby w toku oddziaływań rehabilitacyjnych zwracać uwagę na pozametrykalne jej wyznaczniki, wskazując także na inne, związane z budowaniem poczucia własnej tożsamości.

2. Badani mają potrzebę aktywności, potrzebę wykonywania pracy. Deklarują swoją wolę w jej podejmowaniu, mimo że nie wiąże się to z gratyfikacją finansową.

3. Stosunek do małżeństwa i sposób postrzegania ról męża i żony może być związany z wpływem środowiska zamieszkania oraz sposobu przedstawiania tych ról przez osoby z otoczenia.

4. Brak zwracania uwagi na aspekt ekonomiczny małżeństwa może wynikać ze specyfiki funkcjonowania placówek całodobowych, gdzie mieszkańcy otrzymują niezbędne zabezpieczenie podstawowych potrzeb.

5. Osoby z personelu są dla mieszkańców osobami znaczącymi, dlatego ważny byłby odpowiedni dobór i szkolenie tych kadr ze zwróceniem uwagi na znaczenie wzorców osobowościowych opiekunów w budowaniu sposobów postrzegania rzeczywistości przez osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.

## Postulaty

Zasadny wydaje się postulat przeprowadzenia badań porównawczych dotyczących związku stylu zarządzania i organizacji placówek pobytu całodobowego z postrzeganiem rzeczywistości przez mieszkańców. Tworzenie wizji współdziałania na rzecz wspólnego dobra jest na pewno istotne, jednak obserwując niejednokrotnie czas i wysiłek wkładany przez mieszkańców w czynności na rzecz domu pomocy społecznej, warto byłoby, stosując się do zasad rynkowych, wynagradzać choć w symboliczny sposób ich pracę. Można przypuszczać, że badane osoby otrzymują komunikat, że są dorosłe, jednak nie otrzymują wyraźnych informacji, jakie wiążą się z tym prawa i obowiązki. Same w większości nie są w stanie zidentyfikować wyznaczników dorosłości.

Ukazanie sposobów postrzegania rzeczywistości w kontekście specyfiki środowiska życia badanych ma charakter fragmentaryczny, głównie przez pryzmat środowiska instytucji. Mam świadomość, że zaprezentowane wyniki obejmują jedynie wąski obszar rzeczywistości osób z niepełnosprawnością intelektualną i dotyczą postrzegania wybranych jej aspektów związanych z postrzeganiem siebie i innych. Próba poznawania sposobu postrzegania istotnych elementów rzeczywistości dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną, bo związanych z relacjami społecznymi i swoim miejscem w nich, ma istotne znaczenie dla pojmowania niepełnosprawności intelektualnej

w kategoriach rozwojowych i ekologicznych. Powinna służyć refleksji nad wypracowaniem skutecznych działań rehabilitacyjnych, a także roli, jaką pełnią osoby z najbliższego otoczenia w budowaniu obrazu świata osób z niepełnosprawnością intelektualną.

## Bibliografia

- Baczała D. (2012), *Niepełnosprawność intelektualna a kompetencje społeczne*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń
- Głodkowska J. (2012), *Konstruowanie umysłowej reprezentacji świata. Diagnoza, możliwości rozwojowe i edukacyjne dziecka z lekką niepełnosprawnością intelektualną w aspekcie stałości i zmienności pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Kowalik S. (2011), *Funkcjonowanie domów pomocy społecznej w świetle nowych koncepcji rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*, red. B. Cytowska, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń
- Lachowicz-Tabaczek K. (2004), *Potoczne koncepcje świata i natury ludzkiej. Ich wpływ na poznanie i zachowanie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Rzeźnicka-Krupa J. (2011), *Niepełnosprawność i świat społeczny*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Tarkowska E. (1997), *Ludzie w instytucji totalnej. Przypadek domów pomocy społecznej w Polsce*, [w:] *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, red. A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys, Wydawnictwo „Żak”, Warszawa
- Tylewska-Nowak B. (2011), *Wypełnianie zadań rozwojowych przez osoby dorosłe z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*, red. B. Cytowska, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń
- Zimbardo Ph.G. (1999), *Psychologia i życie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa

## Perception of reality by the adult persons with severe or profound intellectual disability

### Summary

People with deep mental disability are often regarded in limited categories. Knowing them better not only allows noticing the possibility of their adaptation in the reality, but also enables planning a more effective rehabilitation. One of the ways enabling the process of

creation of the proper picture of a mentally disabled person is listening carefully to their own narratives about the surrounding reality.

The article includes both the analysis and the conclusions arising from the research on the ways of perceiving the reality by adults with mental disability. The research analysed and compared the ways in which the mentally disabled regarded their adulthood also from the perspective of a married person and interpersonal relations. The surveyed mentally disabled adults were also asked to see themselves as the inhabitants of social assistance houses and participants of the environmental mutual assistance groups. The results of the research induced coming to the conclusion that during the rehabilitation practises, more attention should be paid to the meaning of the social background while creating the proper picture of a mentally disabled person.

**Key words:** deep mental disability, regard oneself as, adulthood/maturity, social assistance house, family/social background

## **Wspieranie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie ich osiągnięć szkolnych z matematyki**

*Nauka w szkołach powinna być prowadzona w taki sposób,  
aby uczniowie uważali ją za cenny dar,  
a nie za ciężki obowiązek*

Albert Einstein

### **Streszczenie**

Artykuł omawia problem występowania u uczniów z niepełnosprawnością intelektualną trudności w zakresie nauki matematyki. W pierwszej części zawiera teoretyczne rozważania, w drugiej przedstawia wyniki badań przeprowadzonych w gimnazjach specjalnych w latach 2012–2013, dotyczących osiągnięć szkolnych z matematyki uczniów z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia. W zakres badań wchodziło określenie poziomu umiejętności matematycznych na podstawie przeprowadzonego testu oraz rozmowy z nauczycielem przedmiotowym. W końcowej części przedstawia możliwe przyczyny występujących trudności oraz sformułowano postulaty pedagogiczne dotyczące pracy z badaną grupą w celu podniesienia poziomu ich umiejętności matematycznych.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność intelektualna, kompetencje matematyczne, trudności szkolne

### **Wprowadzenie**

Jedną z trudności, jaka towarzyszy uczniom z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w gimnazjum, jest niski poziom przystosowania społecznego. Wynika to z faktu, iż od uczniów w szkole specjalnej oczekuje się wykonywania wielu czynności jednocześnie, od zadań typowo szkolnych począwszy, a kończąc na takich umiejętnościach jak przestrzeganie norm społecznych w kontaktach międzyludzkich oraz właściwe pełnienie powierzono-



nych ról i obowiązków (Jastrząb 2002). Niski poziom przystosowania społecznego we wszystkich wymienionych aspektach wpływa niekorzystnie na nabywanie umiejętności szkolnych, a przede wszystkim matematycznych, które przysparzają najwięcej trudności. Wynika to z charakteru tego przedmiotu, który wymaga od ucznia dużego zaangażowania procesów myślenia logicznego, hipotetycznego oraz abstrakcyjnego. W tym obszarze u uczniów z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia występują liczne ograniczenia.

Problem trudności w nabywaniu umiejętności matematycznych jest zagadnieniem, z którym powinien zapoznać się każdy nauczyciel pracujący z uczniem z niepełnosprawnością intelektualną od strony teoretycznej i praktycznej w celu nabycia umiejętności diagnozy i ustalenia przyczyn tych trudności.

### **Teoretyczne ustalenia na temat trudności w nabywaniu umiejętności matematycznych przez uczniów z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia**

Zaburzenia i ograniczenia w procesie uczenia się u osób z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia występują na każdym poziomie przyswajania wiedzy. Niepełnosprawności intelektualnej lekkiego stopnia towarzyszy szereg cech utrudniających funkcjonowanie zarówno w sferze społecznej jak poznawczej.

Uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia są niedokładni w odbieraniu informacji, które są niewyraźne i nie dość podkreślone, traktują je jako mało interesujące (Pasternak 1989). Zjawisko to nasila w warunkach szkolnych, szczególnie gdy zadanie wymaga wysiłku intelektualnego. Odnosi się również do nauki nowych umiejętności, które angażują zarówno koncentrację uwagi, jak i wymagają tego rodzaju wysiłku (Wyczesany, Gajdzica 2006). Ponadto problemy z koncentracją uwagi związane są z niewielkim zainteresowaniem bodźcami zewnętrznymi. Uczniów tych cechuje nadwybiórczość polegająca na koncentrowaniu się na mało istotnych detalach, zamiast na całości danego zagadnienia (Lovaas 1993). Jedną z poważniejszych przeszkód na drodze do nabycia i wykorzystania nowych umiejętności jest słaba pamięć (Wyczesany, Gajdzica 2006). W nowych sytuacjach zauważalny jest brak plastyczności i stereotypowość. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia lepiej radzą sobie w sytuacjach prostych, natomiast w złożonych wykazują brak umiejętności planowania oraz zmniejszoną umie-

jętność organizowania własnego działania. Przy rozwiązywaniu problemów posługują się najczęściej metodą prób i błędów, rzadziej wykorzystują zdobytą wiedzę (Wyczesany, Pilecki 1991).

Uczniom gimnazjum specjalnego w toku nauki matematyki wiele trudności sprawia proces wnioskowania, co wynika z dwóch powodów. Przede wszystkim braku umiejętności skupienia uwagi na przedmiocie przez dłuższy czas. Drugim czynnikiem jest brak dostrzegania związku między poszczególnymi przesłankami w zadaniu, co udaremnia właściwe jego rozwiązanie. Myślenie uczniów charakteryzuje bardziej przypisywanie cech niż doszukiwanie się między nimi związku, zwłaszcza gdy są to pojęcia abstrakcyjne (Sikora 1966).

Uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia napotykają duże trudności w zakresie rozumienia pojęcia ułamka. Jeszcze większą trudność stanowią zadania z treścią. Wynika to z faktu, iż osoby te cechuje zubożona wyobraźnia oraz zaburzenia myślenia abstrakcyjnego. Aby rozwiązać zadanie z treścią, uczeń musi wykonać kilka operacji umysłowych (Gruszczyk-Kolczyńska 1992). Z trudem przychodzi im właściwe zrozumienie instrukcji, co stanowi poważną przeszkodę w samodzielnym rozwiązywaniu zadań (Wyczesany 1985).

W trakcie rozwiązywania na etapie matematyzacji uczeń zmuszony jest ponadto przypomnieć sobie, w jaki sposób należy wykonać dany typ zadania. W przypadku uczniów z niepełnosprawnością intelektualną sytuacja może okazać się problematyczna, ponieważ mają oni trudności z odtworzeniem zapamiętanego materiału, a także zastosowania w nowej sytuacji już nabytej wiedzy. Ponadto, jak zauważa U. Oszwa (2006), trudności w nauce matematyki mają także podłoże emocjonalne. Wynika to z różnic między nauką w warunkach naturalnych oraz szkolnych. Uczeń w warunkach naturalnych nie stresuje się nauką, ponieważ nie czuje, że się uczy i jest to dla niego przyjemność. Nie ma ryzyka wyśmiania przez rówieśników, nie wymaga prezentowania swojej wiedzy na forum, co wyklucza aspekt lęku i stresu. E. Gruszczyk-Kolczyńska (1992) dodaje, iż rozumienie i pozytywne emocje spowodowane rozwiązaniem zadania i procesem poszukiwania odpowiedzi na postawiony problem stanowią podstawę dla zaspokojenia naturalnej potrzeby poznawczej. W związku z powyższym proces nauczania powinien być tak zorganizowany przez nauczyciela przedmiotowego, by uczeń mógł osiągnąć sukces, co ma pozytywny wpływ na jego samoocenę oraz poszczególne aspekty przystosowania społecznego, takie jak motywacja do nauki szkolnej.

## Specyfika nauczania matematyki w gimnazjum specjalnym

Proces nauczania matematyki w szkole specjalnej jest złożony i uzależniony od wielu powiązanych ze sobą czynników. Jednym z najważniejszych jest dobór metod nauczania, który rzutuje na powodzenie oraz efektywność procesu nauczania. Dotyczy to szczególnie szkoły specjalnej, w której podmiot zainteresowania – uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia wymagają specjalnego podejścia z uwzględnieniem ich ograniczeń w poszczególnych sferach.

Rozwiązaniem problemu, zdaniem Z. Krygowskiej (1979), jest wprowadzenie metody czynnościowego nauczania matematyki, które określa jako postępowanie dydaktyczne mające na celu stały i konsekwentnie operatywny charakter matematyki z uwzględnieniem psychologicznego procesu interioryzacji. Organizacja zajęć jest niezwykle ważna w aktywizacji uczniów i ma duży wpływ na rozwój ich zainteresowań. Przede wszystkim stwarza odpowiednie warunki do kształtowania się pojęć matematycznych. Aktywizacja uczniów odbywa się poprzez odpowiednie organizowanie jej działania na trzech płaszczyznach: konkretnym, wyobraźni oraz myśli (Muszyńska 1977).

Ważne w konstruowaniu lekcji jest stworzenie warunków jak najbardziej zbliżonych do naturalnych, w czym przydatne są odpowiednio dobrane środki dydaktyczne. Właściwie wykorzystane pomoce nie tylko zapobiegają przyswajaniu wyłącznie werbalnych informacji, które są typowe dla nauki szkolnej, ale umożliwiają poznanie polisensoryczne oraz działanie i rozwijanie procesów myślowych (Muszyńska 1977).

Nauczanie matematyki w szkole specjalnej to nie tylko przekazywanie wiedzy i umiejętności, ale również starania, by przebieg nauki przyczynił się do poprawy funkcjonowania ucznia w innych obszarach. Właściwie poprowadzony przez nauczyciela matematyki proces nauczania może mieć pozytywny wpływ na poziom przystosowania społecznego ucznia z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia oraz jego samoocenę. Jest to istotne ze względu na występowanie zaburzeń w wymienionych sferach u uczniów gimnazjum specjalnego.

## Procedura badawcza

Celem badań było określenie poziomu osiągnięć szkolnych w zakresie matematyki uczniów z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia w gimnazjum specjalnym. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego

oraz wykorzystano technikę: test osiągnięć szkolnych. W badaniach zastosowano narzędzie – Sprawdzian Kompetencji Matematycznych w opracowaniu własnym, który został skonstruowany na podstawie podręcznika do matematyki *Matematyka cz. 1* i *Matematyka cz. 2* dla klasy 1 gimnazjum autorstwa H. Siwek, wydane przez Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne w 2011 roku. Test składa się z 15 zadań matematycznych, z uwzględnieniem wszystkich działów zawartych w podręczniku. Z każdego działu, z wyjątkiem pól figur, skonstruowano po 2 zadania o zróżnicowanym stopniu trudności. Test był wykonywany przez uczniów samodzielnie, bez pomocy prowadzącej badania czy nauczyciela matematyki, z wyłączeniem wsparcia dotyczącego odczytywania poleceń oraz dodatkowego motywowania uczniów, którzy szybko się męczą lub zniechęcają.

Badaniami objęto 23 uczniów II klasy gimnazjum specjalnego: 65% osób z Krakowa i 35% z Jaworzna, w tym 52% chłopców i 48% dziewcząt. Wszyscy uczniowie mieli orzeczoną niepełnosprawność intelektualną lekkiego stopnia.

## Wyniki badań

### Poziom osiągnięć szkolnych w zakresie matematyki uczniów z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia w gimnazjum specjalnym w świetle badań własnych

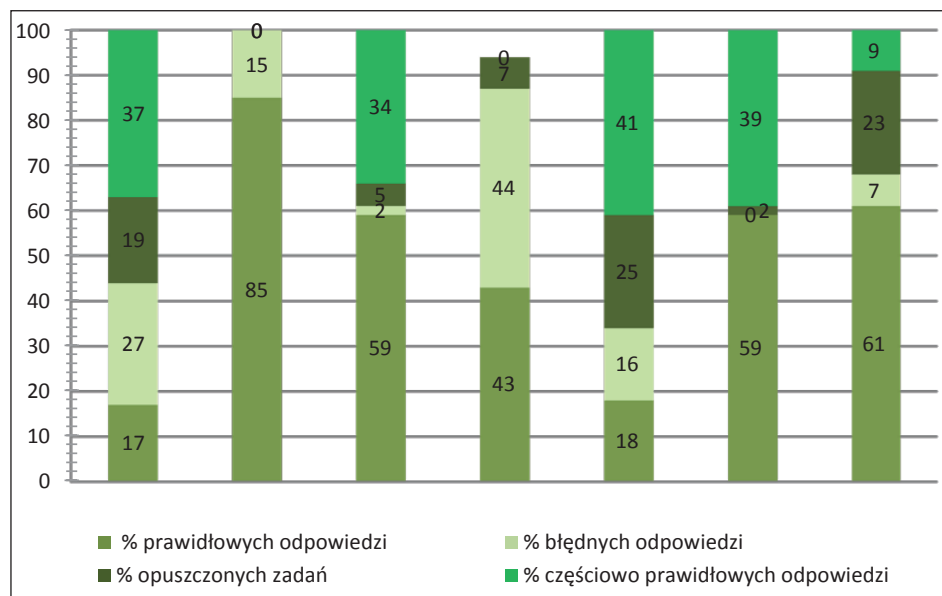
Sprawdzian Kompetencji Matematycznych zawierał zadania zebrane w siedem podgrup sprawdzających umiejętności matematyczne w zakresie 10 działów matematyki. Maksymalna liczba punktów możliwa do uzyskania wynosiła 56,5. Tabela 1 zawiera zestawienie uzyskanych przez uczniów wyników w przeprowadzonym teście.

Z danych zaprezentowanych w tabeli 1 wynika, że tylko jeden uczeń udzielił więcej niż 90% prawidłowych odpowiedzi. Niższy wynik mieszczący się w przedziale 75%–89% prawidłowych odpowiedzi uzyskał również tylko jeden uczeń. Przeciętny wynik mieszczący się w przedziale 55%–74% osiągnęło 48% uczniów, co świadczy o tym, iż największą grupę badanych stanowią uczniowie o przeciętnym poziomie umiejętności matematycznych. 26% badanych rozwiązało prawidłowo 40%–54% zadań w sprawdzianie, pozostałe 17% rozwiązało prawidłowo tylko 0–39% ćwiczeń. Jedna z uczennic, mimo wielokrotnego motywowania do wypełnienia sprawdzianu, nie podjęła się wykonania zadania.

Tabela 1. Wyniki uzyskane w Sprawdzianie kompetencji matematycznych przez uczniów gimnazjum specjalnego

Geometria	Porównywanie	Czas, kalendarz	Dodawanie	Mnożenie	Temperatury	Ułamki	Razem	% poprawnych odpowiedzi
1,5	3	4	2	2	6	5	23,5	42
7,5	3	3	0	1	6	3	23,5	42
1	2	4	0	2	5	4	18	32
4	1	5	0	5	5	5	25	44
11	3	6	4	6,5	9	9	48,5	86
9	3	4	2	1	9	9	37	65
7	3	3	2	2	6	5	28	50
9	3	6	3	2	8	9	40	71
7,5	2	5	0	5	8	9	36,5	65
7	2	6	3	1,5	8	9	36,5	65
3	3	4	0	0	7	2	19	34
5	2	3	2	0	3	5	20	35
7,5	3	5	1	5	8	5	34,5	61
4,5	3	5	1	4	5	5	27,5	49
3,5	1	5	0	5	8	2	24,5	43
0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	3	5	2	6	7	5	37	65
7,5	2	5	2	7	9	5	37,5	66
15,5	3	5	4	8	7	9	51,5	91
7,5	3	5	2	7	9	6	39,5	70
3	2	4	2	7	9	5	32	57
3,5	3	4	3	5	9	6	33,5	59
7,5	3	6	3	0	9	9	37,5	66

Źródło: badania własne

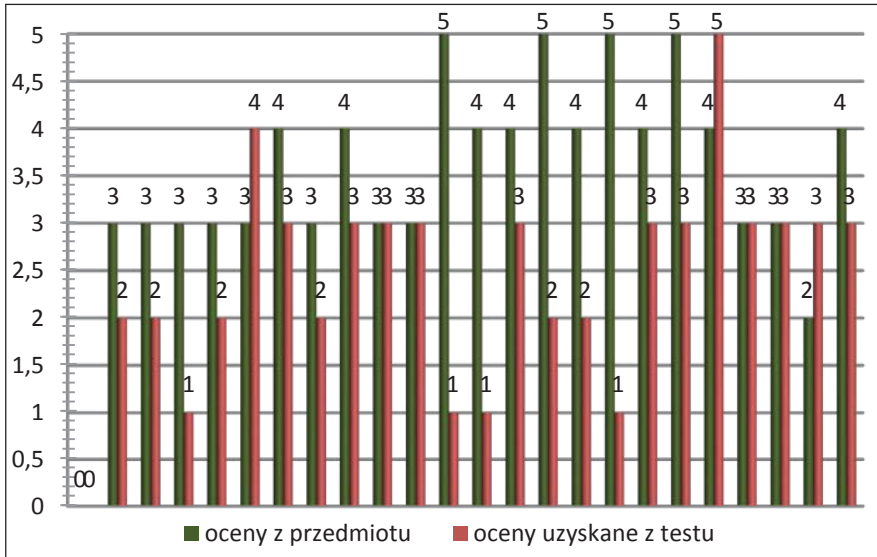


Wykres 1. Poziom rozwiązanych zadań w zakresie poszczególnych grup ćwiczeń

Źródło: badania własne

Na wykresie 1 przedstawiono poziom rozwiązanych zadań w poszczególnych obszarach z uwzględnieniem zadań rozwiązanych prawidłowo, nieprawidłowo, częściowo prawidłowo bądź opuszczonych. Z analizy danych wynika, iż najczęściej prawidłowo rozwiązanych zadań dotyczyło porównywania, nieco mniej orientacji w czasie i kalendarzu dotyczyło wskazywania oraz porównywania temperatur i zadań na ułamkach zwykłych. Najmniej właściwych rozwiązań miały zadania dotyczące geometrii i mnożenia. Najwięcej błędnych odpowiedzi uczniowie udzielili w zadaniach sprawdzających umiejętność dodawania w zakresie 100. Wysoki procent błędnych rozwiązań odnotowano w zadaniach z geometrii, natomiast najmniej nieprawidłowych odpowiedzi uczniowie udzielili w zakresie porównywania i określania temperatur. Uczniowie opuścili najczęściej zadań dotyczących mnożenia i ułamków zwykłych. W niektórych zadaniach w sposób szczególny występuje tendencja badanych gimnazjalistów do rozwiązywania zadań częściowo prawidłowo. Odpowiedzi częściowo prawidłowych uczniowie udzielali najczęściej w zadaniach sprawdzających znajomość geometrii, mnożenia oraz określania temperatur. Uzyskane przez uczniów wyniki z testu zostały porównane z ocenami semestralnymi wystawionymi przez nauczyciela matematyki. Zestawienie prezen-

tuje wykres 2. Na osi y zostały zaznaczone oceny, natomiast na osi x liczba uczniów.



Wykres 2. Ocen semestralne z przedmiotu a oceny uzyskane z testu matematycznego

Źródło: badania własne

Z powyższego zestawienia wynika, iż uczniowie, którzy otrzymali ocenę bardzo dobrą na semestr, dużo gorzej zostali ocenieni na podstawie testu, np. uczeń został oceniony przez nauczyciela matematyki na ocenę bardzo dobrą, natomiast jego wynik z testu oceniono na ocenę niedostateczną, dopuszczającą lub dostateczną. Kilku osób, którym na semestr wystawiono ocenę niższą, lepiej napisały Sprawdzian Kompetencji Matematycznych. W badanej grupie występują trzy osoby, które są w takiej właśnie sytuacji. Analizując powyższe zestawienie można wyciągnąć wniosek, iż uczniowie częściej pisali test matematyczny gorzej, niż wynikało to z ich oceny semestralnej, ponieważ był on niezapowiedziany, uczniowie nie mogli przygotować się do niego, przypomnieć odpowiednich partii materiału. Test miał charakter sprawdzający i dotyczył umiejętności z zakresu matematyki, które powinny być już opanowane przez uczniów szkoły specjalnej w klasie pierwszej gimnazjum. Jednak trzeba pamiętać, iż u uczniów z niepełnosprawnością intelektualną występują zaburzenia pamięci również na etapie odtwarzania zapamiętanych wcześniej treści.

Niska liczba punktów uzyskana w teście może być spowodowany faktem, iż pisanie było stresujące dla uczniów z powodu obecności nowej, niezna-

nej im osoby. Zniechęcająca okazała się także liczba zadań do rozwiązania, uczniowie w większości szybko się zniechęcali, próbowali skierować rozmowę na inny temat bądź w ogóle nie chcieli wypełniać testu, jak było w przypadku jednej z uczennic.

## Podsumowanie. Wnioski i postulaty pedagogiczne

Uczniów z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia biorących udział w badaniu charakteryzuje wysoki poziom przyhamowania oraz zachowań antyspołecznych. Praca z badaną grupą powinna opierać się na podwyższeniu dwóch pierwszych aspektów przystosowania społecznego: motywacji do nauki szkolnej i uspołecznienia oraz obniżeniu pozostałych, czyli przyhamowania i zachowań antyspołecznych.

Dla uczniów mających problem z motywacją do nauki szkolnej, który został zaobserwowany podczas badań, niezwykle istotne są pozytywne wzmocnienia. Mogą mieć charakter pochwał ustnych, ale też nagród w postaci możliwości podjęcia ulubionej aktywności na wybranym przedmiocie. Jeśli uczniowie lubią rozwiązywać krzyżówki lub zagadki, ich praca może być nagrodzona pod koniec lekcji wspólnym lub indywidualnym rozwiązywaniem krzyżówki dotyczącej omawianych na lekcji treści. Ponadto nauczyciel powinien uwzględnić podczas realizowania materiału poziom umiejętności każdego z uczniów indywidualnie, by dopasowane do jego predyspozycji zadania dawały szansę na odniesienie przez niego sukcesu. Zgodnie z zasadą: „Do rzeczy przyjemnych nie trzeba motywować”, najlepszą motywacją dla uczniów jest takie organizowanie procesu nauczania przez nauczyciela matematyki, by przekazywane treści były bliskie gimnazjalistom, a przez to przyjemne i mniej nużące, co jest szczególnie pożądane w przypadku uczniów z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia. Nauczyciel powinien znać zainteresowania, hobby uczniów. Np. jeśli aktualnie uczniowie interesują się jakimś zespołem muzycznym, w zadaniu polegającym na obliczaniu odległości z uwzględnieniem skali na mapie można wykorzystać trasę koncertową tego zespołu i najpierw pracować na prawdziwej mapie, by w dalszej części lekcji zająć się gotowymi ćwiczeniami z podręcznika.

Uczniowie często niechętnie przystępują do nauki nowych umiejętności, ponieważ nie widzą korzyści, jakie płyną z ich nabycia. Pomocne byłoby przed wprowadzeniem nowego zagadnienia, np. mnożenia, wyjaśnienie, jak można tę umiejętność wykorzystać w praktyce, czyli podczas robienia zakupów, li-



czenia pieniędzy. Badani uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną mają szczególne trudności w zakresie dodawania i mnożenia w zakresie 100. Umiejętność mnożenia można kształtować w praktyce podczas robienia zakupów. Ćwiczenie może odbywać się w szkole z użyciem pieniędzy do zabawy lub na wycieczce do sklepu. Uczniowie sporządzają listę zakupów, na której znajdują się np. 3 bloki rysunkowe, każdy po 2 zł i 2 bibuły po 3 zł. Zadaniem jest obliczenie na początku, ile pieniędzy potrzebują na dane zakupy lub sprawdzenie, czy otrzymana kwota jest wystarczająca. Dodatkowo w klasie/pracowni matematycznej w widocznym miejscu powinna wisieć tabliczka mnożenia. Nad dodawaniem należałoby dłużej popracować, ponieważ uczniowie przejawiają w tym obszarze duże trudności, a pewna grupa pozostaje nadal na drugim etapie czynnościowego nauczania matematyki.

Uwzględniając zaburzenia pamięci uczniów z niepełnosprawnością intelektualną, materiał powinien być jak najczęściej i w atrakcyjnych formach powtarzany. W związku z tym, że powtarzanie jest matką nauki, nauczyciel powinien jak najczęściej przypominać wcześniej omówione zagadnienia. Badani uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną wykazują trudności w zakresie geometrii, szczególnie problematyczne okazało się wskazywanie i zaznaczanie osi symetrii. Nauczyciel powinien wykorzystać w nauce tej umiejętności ćwiczenia praktyczne, w których uczeń musi konstruować, działać, np. wycinanie serwetki ze złożonej kartki papieru lub wycinanie schematycznego motyla z kartonu. Wskazując na tych dwóch ćwiczeniach istotę osi symetrii, uczeń poprzez działanie i tworzenie szybciej zapamięta dane treści.

Badani uczniowie wykazują również trudności w zakresie orientacji w czasie i kalendarzu. Pomocne we wspomaganie tej umiejętności i jej rozwijaniu mogłoby okazać się wykonywanie codziennie przed rozpoczęciem zajęć z matematyki z użyciem kalendarza poleceń, np. wskaż, jaki dziś dzień, jaki to dzień tygodnia, miesiąc; Asia ma urodziny 20 maja, ile dni zostało do jej urodzin.

## Bibliografia

- Gruszczyk-Kolczyńska E. (1993), *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki: przyczyny, diagnoza, zajęcia korekcyjno-kompensacyjne*, WSiP, Warszawa
- Jastrząb J. (2002), *Jak rozwijać społeczne przystosowanie u dzieci*, „Wychowanie na co Dzień”, nr 9

- Krygowska Z. (1979), *Na czym polega modernizacja nauczania początkowego matematyki*, red. B. Wilgocka-Okoń, Edukacja Wczesnoszkolna, WSiP, Warszawa
- Lovaas O.I. (1993), *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo*, WSiP, Warszawa
- Muszyńska I. (1977), *Organizacja nauczania matematyki w szkole specjalnej*, PZWS, Warszawa
- Oszwa U. (2006), *Zaburzenia rozwoju umiejętności arytmetycznych: problem diagnozy i terapii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Pasternak E. (1989), *Materiały z metodyki...*, [w:] *Pedagogika specjalna*, red. J. Doroszewska, t. II, Wrocław-Warszawa-Kraków etc.
- Sikora A. (1966), *Wnioskowanie logiczne u dzieci szkolnych o normalnej i obniżonej sprawności umysłowej*, PZWS, Warszawa
- Wyczęsany J. (1995), *Czynniki efektywnego nauczania matematyki w klasach początkowych szkoły specjalnej*, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Kraków
- Wyczęsany J., Gajdzica Z. (2006), *Uwarunkowania edukacji i rehabilitacji uczniów o specjalnych potrzebach w rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków
- Wyczęsany J., Pilecki J. (1991), *Aktualne trendy w nauczaniu i wychowaniu dzieci upośledzonych umysłowo*, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Kraków

## Advancement of pupil with intellectual incompetence in range of school achievement from mathematics

### Summary

The article presents a problem in learning mathematics appearing among students with mental retardation. The first part of the article contains theoretical contemplation about subject above, in the second part instead, the research made in a special junior high school during 2012–2013, is presented. The research involves school achievements in mathematics of students with slight degree of intellectual disability. Research contains establishment of the mathematics abilities' level, basing on made-up test and conversation with the teacher. In the last part of the article, the possible reasons of difficulties in learning the discussed subject appearing among tested students, were mentioned and the pedagogical postulates, involving work with tested group which aim was to raise the level of students' mathematical abilities, were formed.

Key words: mental retardation, mathematical abilities, difficulties at school

## Samotność u osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną

*Samotnym jest się także wśród ludzi*  
Antoine de Saint-Exupéry

### Streszczenie

Samotność definiowana jest jako stan emocjonalny, w którym jednostka przebywa sama (i jest tego świadoma), ale jednocześnie potrzebuje kontaktu z drugim człowiekiem (za: Kirenko 2006). Istnieją liczne rodzaje samotności. Wskazują one na wielość spojrzeń i kontekstów, w jakich można rozpatrywać to zjawisko. W artykule rozważane są trzy rodzaje samotności: społeczna, emocjonalna, egzystencjalna (Dołęga 2003).

Większość badaczy za przyczynę samotności uznaje brak związków pomiędzy jednostką a grupą (Kirenko 2006) bądź też nieprawidłowości w relacjach z drugim człowiekiem (za: Bukowska 2008).

Samotność w niepełnosprawności jest szczególnie dotkliwa. Nie jest jednak czymś odmiennym niż samotność osób pełnosprawnych, a różnica jest widoczna w stopniu nasilenia tego zjawiska. Wynika to z sytuacji zdrowotnej, w jakiej znajdują się osoby niepełnosprawne. Często obserwowana na zewnątrz odmiennność tworzy barierę, która prowadzi do izolacji.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że poziom samotności społecznej jest nieco wyższy w grupie uczniów pełnosprawnych ze szkoły ogólnodostępnej niż u uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Wykazano, że poziom samotności emocjonalnej jest wyższy w grupie uczniów ze szkoły specjalnej. Dokonując porównania w obrębie samotności egzystencjalnej stwierdzono, że jest ona nieco wyższa u uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną. W zakresie samotności globalnej badani z lekką niepełnosprawnością intelektualną przejawiają wyższy poziom tego rodzaju samotności.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, samotność społeczna, samotność emocjonalna, samotność egzystencjalna

### Wprowadzenie

Korytarze każdej szkoły pełne są uczniów. Niewielkie sale lekcyjne wypełnione po brzegi. Hałaśliwe przerwy. Rozbiegani uczniowie. Za chwilę dzwo-

nek i kolejna lekcja. Potem znowu przerwa. I tak wciąż od nowa. Aż skończą się wszystkie lekcje w danym dniu tygodnia. Tak samo toczy się życie w szkole specjalnej. Jednak skala problemów obejmuje większy zakres. Biorąc pod uwagę kwestię poczucia samotności u uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną, zauważyć można tendencję do podnoszenia się poziomu samotności tej grupy osób. Problem wspomagania uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w jej przewyżczeniu jest przedmiotem rozważań teoretycznych i badań własnych niniejszego opracowania.

## Teoretyczne rozważania na temat samotności

Samotność jest terminem specyficznym, często określanym jako termin „pusty”. Choć jest zjawiskiem powszechnym, to mało uwagi poświęca się jej badaniu. Szczególnie niewiele badań odnosi się do samotności w niepełnosprawności. Nie istnieje żaden opozycyjny termin do słowa *samotność*. Mówiąc na przykład dobry, możemy z łatwością przytoczyć antonim do tego terminu. Niestety, nie jest to możliwe w przypadku samotności (Rurawski 1988). Czy można człowieka nie będącego samotnym określić opozycyjnie jako żyjącego wśród ludzi? Czy jednostka żyjąca w otoczeniu innych osób nie może być samotna?

Pojęcie samotności często bywa utożsamiane z izolacją, biernością społeczną, alienacją bądź też osamotnieniem. Mówiąc o tym zjawisku można podać przykład wielu sytuacji, w jakich człowiek czuł lub czuje się samotny. Można także opisać odczucia i różnego rodzaju stany emocjonalne jej towarzyszące. Każda taka sytuacja oraz każde doświadczane w tym stanie uczucia są subiektywne i nie należy ich uogólniać, poczucie samotności ma bowiem charakter indywidualny (Izdebska 2004). Są jednostki, dla których np. nieposiadanie partnera życiowego nie jest źródłem samotności, natomiast dla kogoś innego może być to kwestia trudna i prowadząca do podwyższonego poczucia samotności. Wszystko należy indywidualizować i odnieść do konkretnego człowieka i jego perspektywy postrzegania samotności.

Wydawać by się mogło, że osoby samotne, to przede wszystkim osoby starsze. Jednak ta grupa potrafi określić, dlaczego tak się czuje – często nie mają nikogo bliskiego, ich partner życiowy zmarł, nie posiadają dzieci lub te mieszkają daleko, a zmiany zachodzące w otaczającym ich świecie są zbyt szybkie, aby za nimi nadążyć. Osoby młode bardzo często nie potrafią określić dokładnie przyczyn swojej samotności. Zagubieni w świecie, nie wiedzą,

do kogo się zwrócić i jak wyjaśnić powód swoich zmartwień (Kirenko 2006). Według K. Kmieciak-Baran grupami najbardziej narażonymi na pojawienie się samotności są osoby nieposiadające partnera życiowego, osoby starsze, samotnie wychowujące dzieci, podróżnicy, więźniowie, studenci i adolescenti (za: Kościelak 1996). Badania CBOS z czerwca 2013 roku dotyczące sukcesu życiowego oraz jego determinantów wskazują, że dla 29% badanych sukces życiowy związany jest z posiadaniem dobrej rodziny ([http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K\\_089\\_13.PDF](http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_089_13.PDF), dostęp 13.10.2013).

Idący wciąż do przodu świat i rozwój techniki powodują, że coraz częściej jedynym przyjacielem człowieka jest komputer, a własne myśli przekazuje się wirtualnie, a nie podczas bezpośredniego kontaktu z drugim człowiekiem. Drastycznym przykładem może być śmierć 83-letniej staruszki znalezionej przez sąsiadkę po kilku miesiącach od zgonu. Był przy niej tylko komputer... Nadal podłączony do sieci. Nieodłączną towarzyszką aż po ostatnie chwile życia okazała się także samotność. Jak stwierdził socjolog Eric Klinenberg, blisko 45% skandynawskich gospodarstw domowych jest jednoosobowych, co wskazuje, że życie w pojedynkę staje się atrakcyjne. Zwraca uwagę także na to, że człowiek ma potrzebę odejścia od tradycyjnego modelu życia z kimś drugim na rzecz pozostania indywiduum. Wielu z nas dąży do zachowania wolności – w jak najszerszym tego słowa znaczeniu. Tak zwana cyberprzestrzeń tworzy miejsce niezależności dla jednostki, ale wykorzystywana w sposób pozbawiony wyobraźni staje się miejscem wręcz niebezpiecznym. Choć niektórzy badacze przekonują, że tzw. sieciowi indywidualiści posiadają w realnym świecie więcej przyjaciół i znajomych niż osoby nieposiadające dostępu do Internetu, to jednak trudno nie przyznać racji stwierdzeniu, że przestrzeń wirtualna sptycha relacje międzyludzkie – tak ważne dla prawidłowego funkcjonowania jednostki głównie w sferze emocjonalnej (<http://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1528879,1,czy-facebook-uczyni-nas-rozbitkami.read>, <http://www.polityka.pl/>, dostęp 13.10.2013).

Analizując pojęcie samotności zauważyć można w jego obrębie dwa nieutożsamiane ze sobą przez niektórych terminy – bycie samym oraz samotność. I tak na przykład D. Wolf jest zdania, że bycie samym oznacza chwilowy brak kogoś, nieobecność (często sytuacyjną) drugiej osoby. Często uznaje się to nawet za stan pozytywny. Jednak bycie samym może mieć również charakter negatywny. Autorka samotność określa jako życie z kimś lub w pojedynkę, ale w poczuciu opuszczenia (za: Izdebska 2004). Także J. Szczepański odróżnia termin samotność od pojęcia osamotnienie. Uważa on, że osamotnienie jest

dla człowieka doświadczeniem ciężkim i trudnym. W osamotnieniu jednostka pozbawiona jest kontaktu nie tylko z otoczeniem, ale i z sobą samą. Osamotnienie określane bywa często jako „negatywna postać samotności”. W samotności natomiast jednostka obcuje wyłącznie sama ze sobą (Szczepański 1978).

Samotność definiowana jest jako stan emocjonalny, w którym jednostka przebywa sama (i jest tego świadoma), ale jednocześnie potrzebuje kontaktu z drugim człowiekiem (za: Kirenko 2006). Każdy chciałby być jednocześnie kimś wyjątkowym i niepowtarzalnym, ale oprócz tego ma potrzebę przynależności. Często trudno znaleźć „złoty środek” i pogodzić te dwie naturalne potrzeby. Prowadzić to może do wewnętrznego rozdarcia pomiędzy dwiema istotnymi wartościami.

K. Kaczmarek (1994) uważa, że samotność jest warunkiem koniecznym, aby osiągnąć pełnię dojrzałości. To całkiem odmienne spojrzenie na samotność – często kojarzoną jedynie z negatywnym odczuciem – pozwala uzyskać szerszy obraz omawianego problemu, dostrzec jej aspekt rozwojowy.

Istnieją liczne podziały samotności. Wskazują na wielość spojrzeń i kontekstów, w jakich można rozpatrywać to zjawisko. Niektórzy z badaczy są zdania, że nie potrzebuje ona żadnych podziałów ze względu na to, że to zjawisko zawsze ma wymiar negatywny. Chciałabym jednak przywołać tutaj jedną z klasyfikacji wyróżniającą trzy rodzaje samotności:

- społeczną
- emocjonalną
- egzystencjalną (Dołęga 2003).

Samotność społeczna związana jest z poczuciem odrzucenia oraz niezajomością swojej grupowej roli. Jednostka samotna społecznie nie potrafi nawiązać relacji, a jeśli je nawiązuje, to czuje, że jest izolowana i marginalizowana. Odczuwa smutek oraz niepokój w kontakcie z innymi ludźmi (Dołęga 2003).

Samotność emocjonalna nie pozwala jednostce tworzyć relacji z drugim człowiekiem. Blokują go przed otwartością na drugiego człowieka. Jednostka samotna emocjonalnie jest zdania, że jej kompetencje społeczne są bardzo niskie, że nie jest akceptowana przez innych ludzi – dlatego trudno wytworzyć jej bliskie relacje (Dołęga 2003).

Samotność egzystencjalna związana jest z brakiem własnego miejsca w świecie. Jednostka nie widzi sensu własnej egzystencji (nie egzystencji jako takiej). W świecie czuje obcość i nie dostrzega jasnych, sprawiedliwych reguł społecznego funkcjonowania. Ponadto jest zdania, że każdy człowiek jest samotną wyspą, co prowadzi do zagubienia i skrajnego wręcz pesymizmu (Dołęga 2003).

Większość badaczy za przyczynę samotności uznaje brak związków pomiędzy jednostką a grupą (Kirenko 2006) bądź też nieprawidłowości w relacjach z drugim człowiekiem (za: Bukowska 2008). W rozważaniach na temat przyczyn samotności R. Kościelak (1996) powołuje się na stanowisko badaczy, którzy są zdania, że źródeł samotności można doszukiwać się już w okresie niemowlęstwa. Dotyczy to dzieci zaniedbywanych, odrzuconych, pozbawionych opieki i czułości rodziców i najbliższego otoczenia. Dystans rodziców nie pozwala na wykształcenie się u dziecka kompetencji społecznych koniecznych do nawiązania prawidłowych relacji interpersonalnych.

Jako jedną z przyczyn samotności podaje się także czynnik socjologiczny związany z pędzącym naprzód światem, gdzie pośpiech jest czymś naturalnym, a brak czasu na nawiązanie prawdziwych i głębokich relacji normą. Współczesny człowiek dąży do anonimowości i zachowania jak najszerzej pojmowanej niezależności. Żyjąc w tłumie, żyje sam. Człowiek w tłumie bywa raczej przedmiotem niż podmiotem (za: Izdebska 2004).

Ogólnie rzecz ujmując przyczyny samotności podzielić można na te, które tkwią w środowisku życia jednostki (zewnętrzne) oraz te, które tkwią w samej jednostce (wewnętrzne). Te ostatnie mają zwykle subiektywny charakter. Mówiąc o czynnikach wewnętrznych, wskazuje się na osoby mające pewne predyspozycje do samotności. Mogą to być jednostki wycofane, o niskiej, nieustabilizowanej samoocenie. Można tutaj wymienić introwertyków, którzy często są nadwrażliwi, trudno im się otworzyć na innych. Także osoby mające tzw. trudny charakter, które swoim zachowaniem zniechęcają do nawiązania trwałych kontaktów. Od takich osób często można usłyszeć, że ich samotność jest z wyboru – co nie zawsze jest prawdą, a jedynie wytłumaczeniem, a nawet wypieraniem trudności w kontaktach z innymi. Także osoby skupione wyłącznie na sobie mogą mieć znaczne trudności w relacjach międzyludzkich (Izdebska 2004; Skrzypczak 2005).

Czynniki zewnętrzne w niewielkim stopniu są zależne od jednostki. Zwykle nie ma ona na to żadnego wpływu, a jedyne, co może zrobić, to podporządkować się wpływom środowiskowym. I w tym miejscu przywołać można kulturę współczesną, sposób życia, który znacznie zmienił się w ostatnich latach. Człowiek większość czasu spędza w pracy, wciąż szuka nowych źródeł zarobkowania, wyjeżdża za granicę lub do odległego miasta. Mimo tak wielu społecznych kampanii i uświadamiania społeczeństwa wciąż liczne są przypadki dyskryminacji – ze względu na religię, rasę czy też orientację seksualną. Również ciężkie choroby przyczyniają się do izolacji od społeczeństwa

i ograniczają wcześniejsze kontakty. Podobnie jest z osobami wykluczonymi społecznie i zagrożonymi marginalizacją, np. bezdomnymi, imigrantami, więźniami (Izdebska 2004).

Samotność w niepełnosprawności jest szczególnie dotkliwa. Nie jest jednak czymś odmiennym niż samotność osób pełnosprawnych. Różnica może być tutaj widoczna w stopniu nasilenia tego zjawiska. Wynika to z sytuacji zdrowotnej, w jakiej znajdują się osoby niepełnosprawne. Często widoczna na zewnątrz odmienność tworzy barierę trudną do pokonania. Wynika to również ze stereotypowych opinii na temat osób z niepełnosprawnością, które mają związek z niedostateczną wiedzą na temat różnego typu niepełnosprawności i ich specyfiki. Osoby pełnosprawne nie wiedząc, jak zareagować i co zrobić w kontakcie z niepełnosprawnością, wybierają oddalenie. Obawiają się konfrontacji i kontaktu z innością. Dzieje się i tak, że osoby niepełnosprawne – w przekonaniu o swojej mniejszej wartości – odsuwają się od świata, tworząc w ten sposób mur odgradzający je od reszty społeczeństwa (Kirenko 2006).

Przywołując słowa M. Grzegorzewskiej – „nie ma kaleki, jest człowiek” – chcę zwrócić uwagę na społeczny odbiór niepełnosprawności oraz na potrzebę szacunku dla jednostki bez względu na jej sprawność i możliwości. Pozwala to osobie niepełnosprawnej zaakceptować siebie i wejść do świata taką, jaka jest. W niezwykle sposób zachował się kiedyś Janek Mela, który żegnając się lewą ręką z przeprowadzającym z nim rozmowę dziennikarzem (który nie do końca wiedział, jak ma podziękować za rozmowę) powiedział, że to, iż nie ma prawej ręki, nie przesądza o jego wartości. Dystans, jaki zachowuje ten młody chłopak, pozwala mu nie zamknąć się na świat i otwiera innych ludzi na niepełnosprawność.

Osoby niepełnosprawne intelektualnie charakteryzują się nasilonym egocentryzmem, co utrudnia relacje z otoczeniem i powodować może liczne konflikty (Pawłowska, Jundziłł 2000).

Badania R. Kościelaka wskazują na osamotnienie w rodzinie osób niepełnosprawnych intelektualnie. Dwie trzecie badanych miało trudności w relacjach z osobami znaczącymi (nie wliczając w to rodziców). Aż 75% badanych czuje się opuszczonych w wyniku niewielkiej ilości czasu, jaki poświęcają im rodzice. Chłopcy czują osamotnienie w relacjach koleżeńskich. Wszyscy badani określili swoje relacje z rówieśnikami jako nieprawidłowe, jednocześnie mając również niewłaściwe stosunki z rodzicami. Jako przyczynę samotności uznawali czynniki zewnętrzne. Te same badania przeprowadzone w grupie uczniów pełnosprawnych wykazują, że zaledwie 10% badanych czuło osamot-



nienie w relacjach z rodzicami i kolegami (Kościelak 1996). Na wyższy poziom samotności u uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną zwraca także uwagę A. Mikrut (2009) powołując się na badania przeprowadzone wśród uczniów szkół specjalnych i ogólnodostępnych w Krakowie.

## Procedura badawcza

Ogółem badaniem zostały objęte 64 osoby, w tym 30 uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim oraz 34 uczniów w normie intelektualnej. Problemy badawcze dotyczyły poziomu samotności i jej dominującego typu u osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną oraz roli płci w pojawianiu się samotności. Dodatkowo analizie poddano różnice pomiędzy występowaniem samotności u osób w normie intelektualnej oraz osób z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia.

Jako narzędzie badawcze posłużyła Skala do Badania Samotności (SBS) Z. Dołęgi. Autorka narzędzia wyróżniła trzy rodzaje samotności: społeczną, emocjonalną i egzystencjalną. Wszystkie te rodzaje tworzą samotność globalną. Wyróżnione zostały następujące poziomy samotności: bardzo niski, niski, przeciętny, wysoki oraz bardzo wysoki.

## Wyniki badań

Z analizy poziomu samotności społecznej u uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim wynika, że u 47% badanych jest on przeciętny. Biorąc pod uwagę płeć jest podobnie – zarówno dziewczęta, jak i chłopcy ze szkoły specjalnej wykazują przeciętny poziom samotności społecznej (zob. tabela 1).

Tabela 1. Poziom samotności społecznej u uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim (n=30)

Samotność społeczna	Ogółem		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo niska	1	3	-	-	1	6
Niska	4	13	3	23	1	6
Przeciętna	14	47	5	38	9	53
Wysoka	10	33	4	31	6	35
Bardzo wysoka	1	3	1	8	-	-
RAZEM	30	100	13	100	17	100

Zestawiając te wyniki z wynikami badanych uczniów pełnosprawnych można zauważyć, że w tejże grupie najczęściej wykazuje również przeciętny poziom samotności społecznej, ale jest to tylko 23%. U dziewcząt ze szkoły ogólnodostępnej także przeważa przeciętny poziom samotności (29%). Z kolei u chłopców – poziom bardzo niski (25%) oraz bardzo wysoki (25%). Wyraźnie wyższy poziom samotności społecznej w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną stopnia lekkiego może świadczyć o ich większych trudnościach w relacjach społecznych.

Tabela 2. Poziom samotności społecznej u uczniów w normie intelektualnej (n=34)

Samotność społeczna	Ogółem		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo niska	7	20	2	14	5	25
Niska	6	18	3	21	3	15
Przeciętna	8	23	4	29	4	20
Wysoka	6	18	3	21	3	15
Bardzo wysoka	7	20	2	14	5	25
RAZEM	34	100	14	100	20	100

Samotność emocjonalna u uczniów szkoły specjalnej znajduje się na poziomie przeciętnym (47%). Podobnie jest u chłopców, gdzie 41% prezentuje przeciętny poziom tejże samotności. U dziewcząt dominuje przeciętny (54%) oraz wysoki (31%) poziom samotności emocjonalnej (zob. tabela 3).

Tabela 3. Poziom samotności emocjonalnej u uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim (n=30)

Samotność emocjonalna	Ogółem		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo niska	3	10	1	8	2	12
Niska	2	7	-	-	2	12
Przeciętna	14	47	7	54	7	41
Wysoka	8	27	4	31	4	23
Bardzo wysoka	3	10	1	8	2	12
RAZEM	30	100	13	100	17	100

Wyniki osób w normie intelektualnej prezentują się nieco inaczej. Największy odsetek badanych (tj. 26%) wykazuje bardzo niski oraz niski (26%) poziom samotności emocjonalnej. Podobna tendencja ma miejsce przy podziale ze względu na płeć badanych – 36% dziewcząt wykazuje poziom niski i 30% chłopców poziom bardzo niski (zob. tabela 4).

Tabela 4. Poziom samotności emocjonalnej u uczniów w normie intelektualnej (n=34)

Samotność Emocjonalna	Ogółem		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo niska	9	<b>26</b>	3	21	6	30
Niska	9	<b>26</b>	5	36	4	20
Przeciętna	6	18	2	14	4	20
Wysoka	6	18	2	14	4	20
Bardzo wysoka	4	12	2	14	2	10
RAZEM	34	100	14	100	20	100

Odnosząc się do wyników dotyczących samotności egzystencjalnej należy zauważyć, że blisko połowa (47%) uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną wykazuje przeciętny poziom tego typu samotności. Również przy podziale na płeć przeważa poziom przeciętny: dziewczęta – 54%, chłopcy – 41% (tabela 5).

Tabela 5. Poziom samotności egzystencjalnej u uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim (n=30)

Samotność egzystencjalna	Ogółem		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo niska	-	-	-	-	-	-
Niska	4	13	2	15	2	12
Przeciętna	14	<b>47</b>	7	54	7	41
Wysoka	6	20	3	23	3	18
Bardzo wysoka	2	7	1	8	1	6
RAZEM	30	100	13	100	17	100

Nieco zaskakujące wyniki poziomu samotności egzystencjalnej prezentują uczniowie szkoły ogólnodostępnej. Dominuje tam wysoki poziom samotności egzystencjalnej (23%). Podobnie jest u chłopców w normie intelektualnej, gdzie przeważa wysoki poziom tego typu samotności (25%). Z kolei u dziewcząt wyniki są następujące: 21% – poziom bardzo wysoki, 21% – wysoki, 21% – przeciętny, 21% – niski (zob. tabela 6).

Dokonując porównania w obu grupach należy stwierdzić, że uczniowie szkoły ogólnodostępnej wykazują wyższy poziom samotności egzystencjalnej. Podsumowując kwestię samotności egzystencjalnej w obu grupach można dostrzec, że żaden uczeń niepełnosprawny intelektualnie nie przejawia bardzo niskiego poziomu samotności egzystencjalnej, natomiast w grupie uczniów ze szkoły ogólnodostępnej takich uczniów jest 18%.

Tabela 6. Poziom samotności egzystencjalnej u uczniów w normie intelektualnej (n=34)

Samotność egzystencjalna	Ogółem		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo niska	6	18	2	14	4	20
Niska	7	20	3	21	4	20
Przeciętna	6	18	3	21	3	15
Wysoka	8	<b>23</b>	3	21	5	25
Bardzo wysoka	7	20	3	21	4	20
RAZEM	34	100	14	100	20	100

Samotność globalna (czyli samotność społeczna, emocjonalna i egzystencjalna ujęte wspólnie) u uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną osiąga poziom wysoki (43% badanych). Podobnie jest u chłopców, gdzie ponad połowa (53%) wykazuje wysoki poziom samotności globalnej. Natomiast uczennice szkoły specjalnej przejawiają przeciętny (54%) poziom samotności globalnej (zob. tabela 7). Uczniowie szkoły ogólnodostępnej wykazują bardzo niski (26%) oraz przeciętny – również 26% – poziom samotności globalnej. U dziewcząt dominuje poziom przeciętny – 26%, u chłopców – poziom bardzo niski 35% (zob. tabela 8).

Tabela 7. Poziom samotności globalnej u uczniów niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim (n=30)

Samotność globalna	Ogółem		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo niska	3	10	1	8	2	12
Niska	3	10	1	8	2	12
Przeciętna	10	33	7	54	3	18
Wysoka	13	43	3	23	10	59
Bardzo wysoka	1	3	1	8	-	-
RAZEM	30	100	13	100	17	100

Tabela 8. Poziom samotności globalnej u uczniów w normie intelektualnej (n=34)

Samotność globalnej	Ogółem		Dziewczęta		Chłopcy	
	n	%	n	%	n	%
Bardzo niska	9	<b>26</b>	2	14	7	35
Niska	4	12	3	21	1	5
Przeciętna	9	<b>26</b>	5	36	4	20
Wysoka	5	15	1	7	4	20
Bardzo wysoka	7	20	3	21	4	20
RAZEM	34	100	14	100	20	100

Dla dokładniejszego porównania wyników osób z obu grup w tabeli 9 zestawione zostały średnie arytmetyczne.

Tabela 9. Średnie arytmetyczne (M) dla samotności społecznej, emocjonalnej, egzystencjalnej i globalnej

Osoby badane		Samotność			
		społeczna	emocjonalna	egzystencjalna	globalna
		M	M	M	M
Uczniowie niepełnosprawni intelektualnie w stopniu lekkim	Ogółem	41,6	44,2	45,4	130,9
	Dziewczęta	41,0	43,6	44,3	128,3
	Chłopcy	42,0	44,6	46,2	132,8
Uczniowie w normie intelektualnej	Ogółem	42,1	41,0	45,3	128,6
	Dziewczęta	42,2	41,2	45,1	129,6
	Chłopcy	42,1	40,9	45,4	128,0

Dokonując szczegółowej analizy samotności w obu badanych grupach, zauważyć należy, że poziom samotności społecznej jest nieco wyższy w grupie uczniów szkoły ogólnodostępnej. Biorąc pod uwagę płeć badanych jest podobnie – wyższy poziom samotności prezentują zarówno chłopcy, jak i dziewczęta w normie intelektualnej. Należy podkreślić, że różnice te nie są bardzo duże.

Jeśli chodzi o samotność emocjonalną, to jej poziom jest wyższy w grupie uczniów ze szkoły specjalnej. Przy podziale ze względu na płeć jest podobnie – uczennice i uczniowie z lekką niepełnosprawnością intelektualną prezentują wyższy poziom samotności emocjonalnej.

Dokonując porównania w obrębie samotności egzystencjalnej widać, że jest ona nieco wyższa u uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Natomiast w grupie dziewcząt w normie intelektualnej jest wyższa niż u dziewcząt ze szkoły specjalnej. Wyższy poziom samotności egzystencjalnej prezentują uczniowie z lekką niepełnosprawnością intelektualną niż chłopcy w normie intelektualnej.

W zakresie samotności globalnej badani z lekką niepełnosprawnością intelektualną przejawiają wyższy poziom tego rodzaju samotności. Przy zestawieniu badanych pod względem płci, dziewczęta niepełnosprawne intelektualnie w stopniu lekkim prezentują niższy poziom samotności globalnej. Natomiast u chłopców jest odwrotnie – wykazują oni wyższy niż uczniowie szkoły ogólnodostępnej poziom samotności globalnej.

## Podsumowanie

Pedagog specjalny – jako kreator rzeczywistości pedagogicznej – powinien dostrzegać problemy wychowanków i pomagać je rozwiązywać, zwłaszcza wychowankom, którzy zagrożeni są samotnością i/lub znajdują się już w izolacji od innych. Dlaczego niekiedy – my pedagodzy specjaliści – nieustannie uczulani na empatyczne podejście do drugiego człowieka, wolimy przejść obojętnie, zaprzeczyć istnieniu problemu lub w ogóle go nie widzieć? Co czyni z nas osoby bezwzględne i pozbawione ludzkich uczuć? To naszym zadaniem jest być oparciem, siłą i podporą dla osób z niepełnosprawnością. To w nas szuka się pomocnej dłoni, dobrego słowa, przyjaznego gestu. Nieustanne podnoszenie poziomu inteligencji emocjonalnej oraz w efekcie autorefleksji nad swoim działaniem powinno stanowić podstawę dla samorozwoju oraz rozwoju kompetencji psychologicznych pedagoga specjalnego.

Dokonując podsumowania kwestii samotności, chcę odwołać się do motta niniejszego artykułu: „Samotnym jest się także wśród ludzi”. Samotni możemy być w każdym miejscu – nawet w otaczającym nas tłumie. Nie jest konieczna pustka mieszkania, zupełna izolacja od społeczeństwa bądź też świat wirtualny. Możemy żyć otoczeni rodziną, współpracownikami, ludźmi, a mimo to nasze poczucie samotności może stale rosnać.

Na koniec przytoczę słowa greckiego filozofa Talesa z Miletu: „Lekarstwem dla chorej duszy jest dobro słowo”. To dobre słowo pozwala często wyrwać się z zamknięcia, jakie niesie samotność. Pozwala odejść w zapomnienie przygnębieniu. I może nadać sens istnieniu – szczególnie temu, które naznaczone jest innością.

## Bibliografia

- Bukowska M. (2008), *Zagadnienie samotności we współczesnej polskiej literaturze naukowej*, Wydawnictwo MCDN, Kraków
- Dołęga Z. (2003), *Samotność młodzieży*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice
- Izdebska J., *Dziecko osamotnione w rodzinie*, Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 2004
- Kaczmarek K. (1994), *Samotność jako egzystencjalny problem dojrzałości*, [w:] *Nieobecne dyskursy*, red. Z. Kwieciński, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń
- Kirenko J. (2006), *Oblicza niepełnosprawności*, Wydawnictwo Akademickie, Lublin

- Kościelak R. (1996), *Funkcjonowanie psychospołeczne osób niepełnosprawnych umysłowo*, WSiP, Warszawa
- Mikrut A. (2009), *Samotność młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*, „Nasze Forum”, nr 1–2, s. 33–34
- Pawłowska R., Jundziłł E. (2000), *Pedagogika człowieka samotnego*, Wydawnictwo Uczelniane Gdańskiej Wyższej Szkoły Humanistycznej, Gdańsk
- Rurawski J. (1988), *Presja społeczna a samotność*, [w:] *Samotność i osamotnienie*, red. M. Szyszkowska, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa
- Skrzypczak J. (2005), *Samotność i osamotnienie ludzi starszych jako kategorie aksjologiczne*, [w:] *Przeciw samotności*, red. J. Twardowska-Rajewska, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań
- Szczepański J. (1978), *Sprawy ludzkie*, Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa
- [http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K\\_089\\_13.PDF](http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_089_13.PDF)
- <http://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/1528879,1,czy-facebook-uczyni-nas-rozbitkami.read>

## Support for students with special needs in overcoming their loneliness

### Summary

Loneliness is defined as an emotional state, in which an individual is alone (and they are conscious of it) but at the same time needs contact with the other human beings (Kirenko 2006). There are many kinds of loneliness. They indicate an amount of revisions and contexts in which we can observe this occurrence. I would like to show one of the classification that embraces these kinds of loneliness: social loneliness, emotional loneliness, existential loneliness (Dolega 2003). While analyzing the causes of the problem I am speaking of, you can notice that majority of researchers accepts lack of connection between an individual and a group (Kirenko 2006) or also incorrect relations with another human being (Bukowska 2008) as a cause of loneliness. Loneliness in disability is particularly tough, though it is not different from loneliness that able people experience. The difference can be seen in an intensity of this phenomenon. It is a result of health conditions of a disable person. Very often a visible difference in appearance creates a barrier that leads to isolation.

My findings, based on my research, show that level of social loneliness is slightly higher in a group of students in a mainstream school than in a group of students with a slight mental disability. If we consider emotional loneliness the level of it is higher in a group of students with special needs. Comparing already mentioned groups in a spectrum of existential loneliness we can see that it is slightly higher in a group of students with special needs. In a scope of global loneliness, studied group of people with a slight mental disability show higher level of this kind of loneliness.

**Key words:** disability, social loneliness, emotional loneliness, existential loneliness

## Program nauki pływania i nurkowania jako środek wspierania rozwoju dzieci po leczeniu choroby nowotworowej

### Streszczenie

Artykuł przedstawia zastosowanie nauki pływania i nurkowania w pracy z dziećmi po leczeniu choroby nowotworowej. Po wyleczeniu objawów choroby dzieci te potrzebują wielowymiarowego i indywidualnego wspomaganie rozwoju psychospołecznego. Rozwój ten nierzadko ulega zakłóceniu pod wpływem długiej terapii i konieczności poddawania się zabiegom leczniczym. Celem wspomaganie rozwoju jest osiągnięcie stanu nazywanego przez Van Eysa „dzieckiem naprawdę wyleczonym” (*truly cured*). Projekt „Słońce i przygoda”, z którym współpracują autorzy artykułu, ma na celu prowadzenie rehabilitacji psychospołecznej za pomocą nauki pływania i nurkowania. Jak wskazują badania własne przeprowadzone na obozie w Chorwacji, nabywanie nowych umiejętności może mieć pozytywny wpływ na poprawę jakości życia, zmniejszenie lęku oraz rozwój umiejętności interpersonalnych uczestników. Artykuł stanowi też próbę odpowiedzi na pytanie, jakie oddziaływania i doświadczenia związane z pobytem w grupie na obozie są najbardziej znaczące i pomocne w podnoszeniu jakości życia i poprawie funkcjonowania.

Słowa kluczowe: nowotwór, leczenie, rehabilitacja psychospołeczna, jakość życia, lęk, edukacja poprzez przygodę.

### Wprowadzenie

Po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego u dzieci najważniejszym celem strategicznym jest zapewnienie im możliwie najlepszej jakości życia. Według M. Samardakiewicz (2011) wymagają one wielowymiarowego, planowego i zindywidualizowanego wspomaganie rozwoju psychospołecznego. Dzieci z przewlekłymi chorobami somatycznymi powinny być traktowane jako grupa ryzyka, w której istnieje możliwość wystąpienia trudności w przystosowaniu, w szczególności funkcjonowaniu emocjonalnym, samoocenie, przystosowaniu społecznym, kontaktach z rówieśnikami i osiągnięciach szkolnych (Pilecka 2002).



Podstawą do podejmowania działań adresowanych do dzieci po terapiach przeciwnowotworowych jest koncepcja dziecka „naprawdę wyleczonego”, stworzona przez van Eysa (1991). Ujmuje on w sposób kompleksowy leczenie i konsekwencje choroby oraz terapii. Według tego autora o pełnym wyleczeniu można mówić wtedy, gdy funkcjonowanie dziecka w sferze somatycznej, psychologicznej i społecznej nie odbiega w znaczący sposób od funkcjonowania zdrowych rówieśników. Etapy postępowania na drodze do pełnego wyleczenia to: doprowadzenie do braku objawów choroby, następnie braku następstw psychicznych i – finalnie – braku następstw społecznych. Van Eys uważał także, że ważnym wskaźnikiem likwidacji następstw społecznych choroby i terapii jest reintegracja szkolna dziecka. Doprowadzenie do braku następstw medycznych i psychologicznych jest zawsze oczywistym priorytetem leczenia. Koncentracja na celach medycznych oraz częste ograniczenia ekonomiczne sprawiają, że do likwidowania następstw społecznych nie zawsze przywiązuje się należną wagę, tymczasem jest to ważny cel, który także powinien zostać osiągnięty na drodze do tworzenia trwałego dobrostanu psychospołecznego dziecka.

Nurkowanie najczęściej kojarzy się z koniecznością posiadania bardzo dobrego stanu zdrowia, długotrwałym szkoleniem oraz wysokimi kosztami. Niewątpliwie są to skojarzenia prawidłowe, niemniej jednak w ostatnich latach można obserwować coraz liczniejsze próby zastosowania nurkowania w działalności rekreacyjnej oraz w podnoszeniu jakości życia. Od 1999 możliwość nurkowania otworzyła się przed osobami niepełnosprawnymi dzięki działaniom polskiego oddziału organizacji HSA (Handicapped Scuba Association). Nurkowanie stało się szerzej dostępną formą terapeutyczną, będącą aktywnością o cechach całościowej rehabilitacji. Zawiera ona elementy fizykoterapii i rehabilitacji społecznej, odbywa się w naturalnych warunkach, przez co wyzwała duże zaangażowanie (Kujawska-Lis, Lis-Kujawski 2008). Przykładem takiej działalności jest projekt „Słońce i przygoda”, skierowany przede wszystkim do dzieci po przebytej terapii przeciwnowotworowej (Lis-Kujawski 2011), którego celem jest pomoc w procesie likwidacji następstw społecznych długotrwałej choroby i terapii. Polega on na umożliwieniu dzieciom, u których usunięto już objawy medyczne, nauki pływania i prób nurkowania z akwalungiem podczas obozu w Chorwacji. Wybrzeże Chorwacji jest odpowiednim miejscem z uwagi na klimat, bezpieczny dla byłych pacjentów o nierzadko obniżonej odporności na infekcje.

Doświadczenia wcześniejszych obozów realizowanych w ramach programu okazały się zachęcające i motywujące do zorganizowania kolejnej edycji. Artykuł przedstawia obserwacje psychologiczne poczynione w trakcie V edycji programu w roku 2012. Projekt został zrealizowany przez wolontariuszy we współpracy ze Szpitalem Dziecięcym w Olsztynie oraz Wojewódzkim Szpitalem Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Ameryce koło Olsztynka. W obozie wzięło udział siedmioro dzieci w wieku 11–14 lat. Wśród nich znajdowało się pięcioro dzieci po terapii ostrej białaczki limfoblastycznej oraz dwoje dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Grupa dzieci po terapii przeciwnowotworowej składała się z 4 chłopców ([A] i [B] – 12 lat, [C] – 11 lat, [D] 13 lat) – i jednej dziewczynki ([E] – 14 lat). Wszystkie dzieci w tej grupie przeszły chemioterapię, większość także radioterapię, a ponadto w pojedynczych przypadkach zabieg usunięcia guza śródpiersia (E) i przeszczep szpiku (A). Łączny czas spędzony w szpitalu w związku z terapią wahał się od 8 do 36 miesięcy, średni czas wszystkich hospitalizacji poszczególnych uczestników wynosił 17 miesięcy. Obecnie dzieci kontaktują się ze szpitalem z częstotliwością od jednej wizyty rocznie do jednej miesięcznie, odpowiednio do czasu, który upłynął od zakończenia terapii.

Dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym ([F] – dziewczynka w wieku 12 lat i [G] – chłopiec, 11 lat) spędziły łącznie w szpitalu odpowiednio 60 i 30 tygodni, biorąc udział w rehabilitacji, obecnie kontaktują się ze szpitalem 2–4 razy w roku.

Z uwagi na eksperymentalny charakter projektu, grupa uczestnicząca w obozie została dobrana w sposób celowy we współpracy ze szpitalami, przy czym najważniejszymi kryteriami były aktualny stan zdrowia, wiek oraz gotowość dziecka i rodziców do uczestnictwa w projekcie. Organizatorzy obozu nie mieli bezpośredniego wpływu na dobór uczestników. Warto podkreślić, że żadne z dzieci nie umiało pływać, co także można potraktować jako deficyt umiejętności spowodowany długotrwałym leczeniem.

Podczas dziesięciodniowego obozu na wybrzeżu Adriatyku dzieci uczestniczyły w intensywnym kursie nauki pływania, który miał przygotować je do zanurzenia z akwalungiem. Po pierwszych krokach w wodzie uczestnicy stopniowo oswajali się z podstawowym sprzętem do snorkelingu (tzw. zestaw ABC, składający się z maski, rurki oddechowej i płetw). Zajęcia w wodzie uzupełnione były codziennymi ćwiczeniami jogi oraz zajęciami plastycznymi i teatralnymi.

Realizacja V edycji projektu stała się okazją do przeprowadzenia badania dotyczącego socjoterapeutycznych walorów opisywanej inicjatywy i korzyści psychospołecznych, jakie odnosić mogą jej uczestnicy. Postępowanie badawcze miało na celu udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaka jest jakość życia dzieci biorących udział w projekcie?
2. Czy uczestnictwo w programie „Słońce i przygoda” może wpłynąć na podniesienie jakości życia?
3. Czy uczestnictwo w projekcie może pomóc w zmniejszeniu poziomu odczuwanego lęku?
4. Czy udział w projekcie wywołuje zmiany w funkcjonowaniu dzieci?
5. Czy w przypadku dzieci biorących udział w projekcie można mówić o zupełnym wyleczeniu?

## Zastosowane narzędzia pomiarowe

Podstawowym problemem okazał się dobór odpowiednich narzędzi, które mogłyby pomóc w udzieleniu odpowiedzi na pytania badawcze. Po dłuższych poszukiwaniach zdecydowaliśmy się na użycie nieznacznie zmodyfikowanej polskiej wersji kwestionariusza QOLCE (Health – Related Quality of Life In Childhood Epilepsy) (Mathiak i in. 2007). Kwestionariusz ten powstał jako jedna z wielu metod badania jakości życia pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe. Pomimo że oryginalnie kwestionariusz przeznaczony został dla osób chorujących na padaczkę, użyliśmy tego narzędzia ze względu na jego liczne zalety. W praktyce pomiar jakości życia zawsze odbywa się z uwzględnieniem subiektywnej perspektywy respondenta. QOLCE czyni wyjątek od tej reguły – kwestionariusz przeznaczony jest dla dzieci, ale wypełniają go rodzice, co zapewnia większą rzetelność uzyskanych informacji. Narzędzie bada jakość życia dziecka w odniesieniu do 5 kategorii: funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego, poznawczego, społecznego oraz zachowania. Kwestionariusz w unikalny sposób pozwala badać w szerokim zakresie funkcjonowanie dziecka oraz wieloczynnikowy i złożony wpływ choroby i jej konsekwencji na różne aspekty jego życia. Jediną modyfikacją dokonaną w kwestionariuszu było zastąpienie nazwy „padaczka” terminem „choroba przewlekła”, co umożliwiło badanie wszystkich dzieci. Kwestionariusz QOLCE zastosowany został dwukrotnie – przed wyjazdem na obóz i 4 tygodnie po powrocie.

Drugim zastosowanym w badaniu narzędziem była polska adaptacja kwestionariusza Spielberga w wersji dla dzieci STAI – C, który pomagał ocenić

nasilenie lęku – stanu i lęku – cechy. Łącznie dokonano 3 pomiarów nasilenia lęku – przed obozem i dwukrotnie w czasie pobytu w Chorwacji, trzeciego oraz ostatniego dnia pobytu.

Wyniki wymienionych metod uzupełnione zostały wywiadem przeprowadzonym z uczestnikami obozu podczas jego trwania.

### Jaka była jakość życia dzieci biorących udział w projekcie?

Jak już wspomniano, kwestionariusz QOLCE pozwala na ocenę jakości życia dzieci w odniesieniu do pięciu sfer funkcjonowania psychospołecznego. Z uwagi na dokonaną modyfikację oraz brak polskich norm dla różnych grup pacjentów możliwa była jedynie szacunkowa ocena, okazała się jednak zadziwiająco zgodna z obserwacjami funkcjonowania dzieci poczynionymi podczas obozu. Kwestionariusz pozwala na ocenę jakości życia w skali 1–5, gdzie 5 oznacza najwyższy możliwy poziom funkcjonowania. Wyniki badania kwestionariuszowego zestawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Wyniki początkowego pomiaru jakości życia za pomocą kwestionariusza QOLCE

Uczestnik	Aktywność fizyczna	Samopoczucie	Funkcjonowanie poznawcze	Aktywność towarzyska	Zachowanie	Średni wynik	Słowne określenie jakości życia uczestnika	Słowne określenie stanu zdrowia uczestnika
A	3,3	3,79	3,52	3,12	3,39	3,42	doskonała	dobre
B	3,4	3,79	3,52	4	3,43	3,63	bardzo dobra	dobre
C	2,8	3,21	3,43	3	2,69	3,03	bardzo dobra	średnie
D	4,1	4,79	4,04	4,37	4,30	4,32	bardzo dobra	doskonałe
E	3,5	4,18	4,79	3	3,92	3,88	bardzo dobra	bardzo dobre
F	2,9	3,68	4,61	3,44	3,5	3,63	bardzo dobra	dobre
G	3,3	4,32	4,04	4,11	3,43	3,84	dobra	dobre
Średni wynik w całej grupie	3,33	3,97	3,99	3,58	3,52	-		

Wyniki zamieszczone w tabeli pozwalają ocenić zarówno funkcjonowanie poszczególnych osób, jak i średni wynik uzyskany w całej grupie. Średnie wyniki całkowite poszczególnych osób mieściły się w przedziale od 3,03 do 4,32. Odnosząc się do pięciostopniowej skali użytej w kwestionariuszu ogólną jakość życia badanej grupy można ocenić jako dobrą (przedział 3–4) i bardzo dobrą (powyżej 4). W przedziale powyżej 4 punktów znalazła się tylko jedna osoba z grupy. Jakkolwiek różnice w wynikach kwestionariusza mogą

wydawać się nieznaczące, to pokazały one wewnętrzne zróżnicowanie grupy i pozwoliły określić osoby borykające się z większą liczbą problemów. Indywidualne zróżnicowanie wyników uczestników w poszczególnych skalach pozwala zorientować się w rodzaju problemu.

Kwestionariusz QOLCE pozwala także porównać bardziej obiektywne informacje zawarte w poszczególnych pozycjach z globalną subiektywną oceną jakości życia dziecka dokonaną przez rodzica. Tylko w jednym przypadku rodzic wypełniający kwestionariusz ocenił jakość życia swego dziecka jako dobrą, pozostałe oceny to oceny bardzo dobre i jedna doskonała.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzić można, że wyjściowa jakość życia dzieci była na poziomie dobrym i bardzo dobrym. Nie oznacza to, że nie można było jej poprawić, co widać w średnich wynikach poszczególnych skal. Wyraźnie daje się zauważyć, że stosunkowo słabsze wyniki uczestnicy obozu uzyskali w skalach aktywności fizycznej, zachowania i aktywności towarzyskiej. Są to najważniejsze sfery, w których jakość życia uczestników obozu może zostać potencjalnie poprawiona. Zauważalne jest też, że rodzice prawdopodobnie skłonni są do przeszacowywania jakości życia własnych dzieci – świadczy o tym widoczny rozdźwięk między wynikami poszczególnych pozycji kwestionariusza i oceną globalną (globalna ocena bardzo dobra dotyczyła zarówno dzieci, które w kwestionariuszu uzyskiwały wynik 3,03, jak i takich, które uzyskały 4,32). Zaobserwować można także rozbieżności między oceną stanu zdrowia dziecka i jakości jego życia (najwyraźniej w przypadku dziecka C) pokazujące, że potoczna ocena jakości życia nie jest uzależniona wyłącznie od stanu zdrowia. Ostatnią obserwacją dokonaną na podstawie kwestionariusza jest stwierdzenie, że w badanej grupie jakość życia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym nie różniła się w zauważalny sposób od dzieci po kuracji przeciwnowotworowej.

### Czy uczestnictwo w projekcie może wpłynąć na podniesienie jakości życia?

Po ponownym zastosowaniu kwestionariusza porównano wyniki poszczególnych osób oraz całej grupy z wynikami pomiaru początkowego. Powtórnego pomiaru dokonano po 4 tygodniach od powrotu z obozu. Okres cztero-tygodniowy związany jest z konstrukcją kwestionariusza QOLCE, który bada jakość życia w ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie, pozwolił także rodzicom dzieci na obserwację ich funkcjonowania po powrocie.

Jakkolwiek jakość życia uczestników przed wyjazdem kształtowała się na poziomie dobrym i bardzo dobrym, powtórnym pomiar ujawnił pozytywne zmia-

ny. Wszyscy uczestnicy obozu uzyskali wyższe wyniki w drugim pomiarze jakości życia, chociaż w przypadku uczestników C i G różnice były symboliczne. Na podstawie wyników kwestionariusza przyjąć można, że największe zmiany w jakości życia zaszły u uczestników B i E.

Tabela 2. Porównanie średnich wyników uczestników za pomocą kwestionariusza QOLCE przed i po obozie

Uczestnik	Średni wynik uczestnika przed wyjazdem	Średni wynik uczestnika po powrocie
A	3,42	3,74
B	3,63	4,17
C	3,03	3,04
D	4,32	4,49
E	3,88	4,44
F	3,63	3,91
G	3,84	3,86

Analogicznie dokonano porównania średnich wyników całej grupy. Tylko w jednej skali (aktywności fizycznej) wynik drugiego pomiaru był nieznacznie niższy od wyniku początkowego sprzed wyjazdu.

Tabela 3. Porównanie średnich wyników grupy uczestników za pomocą kwestionariusza QOLCE przed i po obozie

Skala kwestionariusza QOLCE	Średni wynik grupy przed wyjazdem	Średni wynik grupy po powrocie
Aktywność fizyczna	3,33	3,26
Samopoczucie	3,97	4,38
Funkcjonowanie poznawcze	3,99	4,16
Funkcjonowanie towarzyskie	3,58	4,08
Zachowanie	3,52	3,87

Tabela 4. Porównanie globalnych określeń jakości życia i stanu zdrowia uczestników przed i po obozie

Uczestnik	Słowne określenie jakości życia uczestnika		Słowne określenie stanu zdrowia uczestnika	
	Przed wyjazdem	Po wyjeździe	Przed wyjazdem	Po wyjeździe
A	doskonała	bardzo dobra	dobry	dobry
B	bardzo dobra	bardzo dobra	dobry	bardzo dobre
C	bardzo dobra	dobra	średni	dobry
D	bardzo dobra	doskonała	doskonały	doskonały
E	bardzo dobra	bardzo dobra	bardzo dobry	bardzo dobry
F	bardzo dobra	bardzo dobra	dobry	dobry
G	dobra	bardzo dobra	dobry	doskonały

Na podstawie porównań wyników pomiaru jakości życia przed i po wyjeździe na obóz można zaobserwować poprawę jakości życia mierzoną za pomocą kwestionariusza QOLCE. Największą poprawę wykazali uczestnicy B i E. Poza skalą aktywności fizycznej wyniki uczestników w pozostałych skalach podwyższyły się, największe zmiany zaszły w skalach samopoczucia i zachowania. Uczestnictwo w projekcie zatem może mieć wpływ na poprawę jakości życia uczestników, jednak z uwagi na wyjściowy dobry i bardzo dobry poziom jakości życia zaobserwowany efekt należy uznać w niektórych przypadkach za niewielki lub umiarkowany.

### Czy uczestnictwo w projekcie może pomóc w zmniejszeniu poziomu odczuwanego lęku?

Jako uzupełnienie do określenia jakości życia dokonano pomiaru nasilenia doznań lękowych przed obozem i w trakcie jego trwania.

Tabela 5. Wartości lęku – cechy (C2) i lęku – stanu (C1) u uczestników obozu przed wyjazdem i w czasie trwania obozu. W tabeli zamieszczono wyniki surowe (ws) i przeliczone na skalę stenową

	Przed wyjazdem				1 pomiar na obozie				2 pomiar na obozie			
	C1		C2		C1		C2		C1		C2	
	ws	steny	ws	steny	ws	steny	ws	steny	ws	steny	ws	steny
A	37	7	36	7	20	2	21	2	20	2	22	3
B	50	9	43	8	24	4	35	7	23	4	40	8
C	27	5	51	10	46	9	56	10	54	10	59	10
D	21	3	31	6	21	3	31	6	20	2	32	6
E	20	1	24	3	20	1	23	2	20	1	23	2
F	26	5	37	7	23	4	38	7	22	3	39	7
G	20	2	24	4	20	2	21	2	20	2	21	2
	28,71		35,14		24,86		32,14		25,57		33,71	

Pomiar przeprowadzono za pomocą kwestionariusza STAI-C dla dzieci, stworzonego na bazie koncepcji lęku rozwijanej przez Spielberga. Koncepcja ta wyraźnie różnicuje lęk rozumiany jako stan uwarunkowany sytuacyjnie (lęk–stan) oraz lęk rozumiany jako względnie stała cecha osobowości. Z psychologicznego punktu widzenia ważniejsze dla funkcjonowania jednostki jest nasilenie lęku – cechy. Spielberger definiował lęk – cechę jako motyw lub nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do

wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa (Wrześniewski, Sosnowski 1996). Perspektywa ewentualnego obniżenia wartości leku – cechy byłyby zatem bardzo pożądanym rezultatem uczestnictwa w projekcie „Słońce i przygoda”.

Wyniki badań testowych ujawniły znaczne zróżnicowanie wartości leku – cechy i leku – stanu w badanej grupie. W grupie znajdowali się uczestnicy o niskim natężeniu tych wskaźników (D, E, G) oraz uczestnicy, którzy uzyskali wyniki podwyższone (A, B, C, F).

Tabela 6. Porównanie nasilenia leku – stanu C1 u uczestników (steny)

Uczestnik	Przed wyjazdem	Po 3 dniu obozu	Ostatni dzień pobytu	4 tygodnie po powrocie
A	7	2	2	5
B	9	4	4	3
C	5	9	10	3
D	3	3	2	2
E	1	1	1	1
F	5	4	4	3
G	2	2	2	6

W grupie uczestników, którzy mieli niskie wyjściowe nasilenie leku – stanu, u dwóch osób nie zanotowano zmian (E, G), u jednej (D) nastąpiło dodatkowe obniżenie poziomu aktualnie doznawanego niepokoju. W grupie o podwyższonych wynikach wyjściowych u trzech osób nastąpiło obniżenie wartości leku – stanu (A, B, F). U jednej osoby w całej grupie zauważono podwyższenie wskaźnika przeżywanego sytuacyjnie leku. Pomiar w 4 tygodnie po powrocie wykazał obniżenie się poziomu leku – stanu u 5 uczestników w porównaniu z pomiarem przeprowadzonym przed wyjazdem na obóz.

Tabela 7. Porównanie nasilenia leku – cechy u uczestników (steny)

Uczestnik	Przed wyjazdem	Po 3 dniu obozu	Ostatni dzień pobytu	4 tygodnie po powrocie
A	7	2	3	6
B	8	7	8	5
C	10	10	10	10
D	6	6	6	4
E	3	2	2	2
F	7	7	7	5
G	4	2	2	7

Jak już zaznaczono, istotniejszym czynnikiem jest nasilenie leku – cechy, bo wpływa przez cały czas na zachowanie i funkcjonowanie psychologiczne.



Podczas trwania obozu zaobserwowano obniżenie się lęku – cechy u 4 uczestników (A, B, E, G). U jednej osoby efekt ten zanikł pod koniec obozu (B), u uczestnika A poziom lęku na koniec obozu się podwyższył, ale i tak był niższy niż wyjściowy. Zmiany takie miały zapewne związek z perspektywą powrotu do codziennego funkcjonowania. U trzech osób (D, F, G) nie zauważono zmian w nasileniu lęku – cechy podczas trwania obozu. Pomiar po czterech tygodniach po powrocie ujawnił zmniejszenie poziomu lęku – cechy u 5 uczestników. Podwyższenie wskaźników lęku u uczestnika G po powrocie najprawdopodobniej związane było z kolejnym pobytem w szpitalu.

Uzyskane wyniki wskazują, że możliwe jest obniżenie poziomu przeżywanego lęku i niepokoju u uczestników projektu. Na efekt ten zapewne złożyło się wiele czynników, natomiast najważniejszym efektem jest zmniejszenie się lęku – cechy.

### Czy udział w projekcie wywołuje zmiany w funkcjonowaniu dzieci?

Ewaluacja przeprowadzona 4 tygodnie po powrocie z obozu wykazała, że rodzice zauważali zmiany w zachowaniu dzieci. Według odpowiedzi zamieszczonych w ankietach uczestnik A „stał się bardziej odpowiedzialny”, uczestnik C „zrobił się pewny siebie, uważa, że wszystko mu wolno, czuje się dorosły”. Podobną zmianę zaobserwowała matka uczestniczki E, która stała się „dużo pewniejsza siebie, odważniejsza, nie przejmuje się tym, że ktoś coś mówi o niej”. Uczestniczka F stała się „bardziej samodzielna”. Rodzice uczestników G i B nie zauważyli zmian w zachowaniu swoich dzieci.

Niektórzy rodzice zauważali także zmiany w samopoczuciu dziecka – np. matka uczestnika C zaobserwowała, że „po obozie zaakceptował siebie, przestał się wstydzić, że jest otyły, blizna, którą ma na piersi, nie przeszkadza mu, nie wstydzi się na plaży, gdy się rozbiera, jest na luzie”. Uczestniczka F „stała się weselsza”. Niesprecyzowane zmiany zaszły także u uczestniczki E (odpowiedź na pytanie ankiety brzmiała tylko „tak”). Uczestnik G stał się „bardziej śmiały i samodzielny”. Rodzice uczestnika B nie zauważyli wpływu uczestnictwa w obozie na samopoczucie dziecka.

Podobnie zróżnicowane były odpowiedzi na pytanie, czy obóz wpłynął w zauważalny sposób na kondycję fizyczną i aktywność dziecka. Uczestnik C od czasu obozu „chętnie chce grać w piłkę, spacerować, jeździć na rowerze”. Pozytywny, ale niesprecyzowany wpływ zauważyli rodzice uczestników E i G. U uczestniczki F rodzice nie zauważyli takiego wpływu, podobnie rodzice dziecka B, „ponieważ syn był zawsze bardzo aktywnym dzieckiem”.

Na pytanie, czy zdaniem rodziców jakość życia dziecka polepszyła się, uzyskano zaledwie 4 odpowiedzi. Wśród nich dwie były twierdzące (dotyczące uczestników E i G), kolejna brzmiała „może trochę” (F), ostatnia była przecząca (uczestnik B).

Uzyskane odpowiedzi wskazują jednak, że przynajmniej w niektórych przypadkach możliwe są zmiany w funkcjonowaniu dzieci pod wpływem doświadczeń zebranych na obozie. Na uwagę zasługuje fakt, że pozytywne zmiany zaszły u uczestników silniej przeżywających problemy związane z samoakceptacją lub reakcjami otoczenia.

Omówienie całości wyników ankiety ewaluacyjnej skierowanej do rodziców napotkało na trudność, ponieważ nie wszystkie ankiety zostały wypełnione w całości. Wszyscy uczestnicy wyjazdu byli z niego zadowoleni, w tym 5 uczestników bardzo zadowolonych. Zadowolenie dzieci wynikało głównie z opanowania umiejętności pływania (5 osób), próby nurkowania (3), dla jednego z uczestników osiągnięciem dającym zadowolenie był samodzielny wyjazd, dla jednego z chłopców powodem zadowolenia było opłynięcie półwyspu z opiekunem przy dużej fali (ok. 1,5 km). W pojedynczych przypadkach powodem zadowolenia były zajęcia jogi, opanowanie umiejętności stania na głowie, zakupy, wycieczka. W ankietach nie pojawiły się żadne wzmianki o niezadowoleniu. Po powrocie wszystkie dzieci chętnie opowiadały o obozie, zwłaszcza rodzinie, większość (5) zachęcała także do oglądania zdjęć z projektu na facebooku.

### **Czy w przypadku dzieci biorących udział w projekcie można mówić o zupełnym wyleczeniu?**

W tej części przedstawione zostaną spostrzeżenia dotyczące funkcjonowania dzieci wyleczonych z choroby nowotworowej. Opierając się na koncepcji Van Eysa jako kryteria zupełnego wyleczenia można uznać brak subiektywnego poczucia choroby, niezaburzone relacje społeczne oraz brak obaw przed ewentualnym nawrotem choroby. Opierając się na takich kryteriach, na podstawie wywiadów przeprowadzonych z uczestnikami, można wyróżnić dwie podgrupy.

Pierwsza składała się z uczestników A, B i D. Uważali oni, że ich życie oraz kontakty społeczne nie różnią się obecnie niczym od życia i kontaktów społecznych ich rówieśników. Uważali się za osoby dobrze traktowane przez otoczenie i nie uskarżali się na przykrości ze strony rówieśników. Nie odczuwali obaw, że choroba może w przyszłości powrócić (lub były one bardzo rzadkie)

i byli przekonani, że efekty leczenia będą trwałe. Charakterystyczne dla nich wypowiedzi to stwierdzenia, że „wszystko tak samo robię”, „czuję się zupełnie zdrowy”, „jestem szczęściarzem, chorobę udało się wyleczyć”. Zgodnie z przyjętymi wcześniej kryteriami ta trójka uczestników może być uznana za dzieci zupełnie wyleczone.

Druga grupa to uczestnicy C i E. Uczestnik C jakkolwiek subiektywnie czuł się zupełnie zdrowy, wyraźnie odczuwał różnicę pomiędzy sobą i rówieśnikami: „różnię się chorobą, że przeżyłem tyle rzeczy, a oni inaczej, dlatego im zazdroszczę”. Uczestnik ten dodatkowo doświadczał różnych form dokuczania, związanych ze swoim wyglądem i chorobą, co poważnie zakłócało jego kontakty społeczne oraz wpływało na nastrój. Często także doświadczał obaw, że choroba może powrócić. Jakość życia tego uczestnika mierzona kwestionariuszem QOLCE nie zmieniła się, ponadto wszystkie pomiary lęku wskazywały na ciągłe utrzymywanie się maksymalnego natężenia lęku – cechy. Wskazuje to na znaczne problemy adaptacyjne, niemniej jednak rodzice zauważyli duże zmiany w jego funkcjonowaniu po powrocie do domu.

Uczestniczka E czuła się fizycznie zdrowa, niestety także doświadczała różnego typu przykrości ze strony rówieśników, które nie pozwalały jej zapomnieć o przebytej chorobie. Podobnie jak uczestnik C doświadczała powtarzających się obaw przed ewentualnym nawrotem choroby: „tylko już będzie ten strach, że jeszcze mogę zachorować, ale tej myśli nie dopuszczam do siebie”. W przeciwieństwie do uczestnika C u uczestniczki E zaobserwowano jedną z największych pozytywnych różnic w kwestionariuszu jakości życia oraz utrzymujące się niskie wskaźniki lęku.

Powyższy przegląd prowadzi do wniosku, że w odniesieniu do uczestników obozu można mówić w niektórych przypadkach o pełnym wyleczeniu, inni jednak borykają się nadal z różnymi problemami będącymi odroczoneymi następstwami przebytej choroby. Co ciekawe, to właśnie u uczestników C i E rodzice zauważyli po powrocie z obozu duże zmiany i zwiększoną pewność siebie.

## Próba stworzenia modelu oddziaływań terapeutycznych

Omówienie wyników takiego eksperymentalnego programu byłoby niewystarczające bez próby wskazania na czynniki, które najprawdopodobniej miały wpływ na uczestników i pomagały im w podnoszeniu jakości życia i osłabianiu doznań lękowych.

Na pierwszym miejscu umieścić trzeba samo doświadczenie dłuższego pobytu poza domem. Dla 5 uczestników projektu był to pierwszy pobyt za granicą, a dla prawie wszystkich pierwszy dłuższy pobyt poza domem bez rodziców. Jak wspominał uczestnik B, sama wiadomość o tym, że wyjedzie na obóz, była dla niego stresem, ponieważ nigdy do tej pory nie wyjeżdżał sam. Z jednej strony doświadczenie samodzielnego wyjazdu mogło być deprymujące, z drugiej było jednak okazją do rozwijania samodzielności oraz umiejętności radzenia sobie, które są ważnym elementem wewnętrznego poczucia kontroli.

Istotne było także doświadczenie bycia w grupie. Wszystkie dzieci w wywiadach podkreślały, że świadomość, że wszyscy uczestnicy obozu mieli za sobą doświadczenie choroby i leczenia, stanowiła ważny czynnik integrujący grupę. Wypowiedzi uczestników nie pozostawiały wątpliwości, że poczucie wspólnego losu i doświadczeń pomagało w nawiązywaniu wzajemnych kontaktów i tworzeniu grupy: „łatwiej się zaprzyjaźnić z rówieśnikami, którzy mają podobne doświadczenia choroby” (B), „oni są po tym samym leczeniu co ja i czuję, że z nimi jest tak normalnie” (C), „mamy wspólne doświadczenia, bo na to samo chorowaliśmy” (E).

Ważnym czynnikiem mającym wpływ na uzyskiwanie korzyści z uczestnictwa w projekcie było poczucie sukcesu w opanowaniu nowej umiejętności, czyli sztuki pływania. Ze względu na właściwości fizyczne wody morskiej dużo łatwiej jest nauczyć się w niej pływać, miało to pozytywny wpływ na poczucie własnej sprawności i powiększenia swoich możliwości. Wszystkie dzieci wskazały jako jedną z największych wartości obozu nauczenie się pływania. Innym czynnikiem, poza słoną wodą, który to ułatwił, było środowisko podwodne wybrzeża Adriatyku, dostarczające dużej ilości nowych bodźców, a przez to silnie stymulujące i wyzwalające naturalną ciekawość.

Uwieńczeniem uczestnictwa w programie było zanurzenie się w akwalungu pod opieką instruktora. Uczestnicy projektu mieli możliwość spróbowania aktywności, która wydawała im się niedostępna i trudna. Próby nurkowania wzmocniły efekt przygody i niezwykłości osiągnięty dzięki nauce pływania i pozwoliły po raz kolejny poczuć, że się poszerzają ich możliwości. Nauka pływania i nurkowanie pomogły także dzieciom nauczyć się radzenia sobie ze stresem w kontrolowanych warunkach, co zapewne w efekcie wpłynęło na obniżenie wskaźników lęku.

## Ocena projektu i wskazania na przyszłość

Program „Słońce i przygoda” niewątpliwie spełnił swoje zadanie w zakresie poprawy jakości życia uczestników oraz łagodzeniu doznań lękowych. Uzyskane efekty są stosunkowo niewielkie ze względu na wysoki początkowy poziom jakości życia uczestników. Niemniej jednak udział w programie może przyczynić się do korzystnych zmian w funkcjonowaniu dzieci po terapii choroby nowotworowej.

W perspektywie następnych edycji konieczne jest precyzyjne określenie kryteriów doboru uczestników projektu, aby zmaksymalizować efekt uzyskiwania potencjalnych zmian. Okazuje się, że zastosowanie takich kryteriów jak dobry stan zdrowia i chęć udziału w obozie nie wystarczają, aby optymalnie dobrać grupę. Zaproszenie do udziału w programie „Słońce i przygoda” powinno opierać się także na analizie sytuacji rodzinnej i materialnej uczestnika oraz psychologicznych skutków leczenia choroby nowotworowej (np. stany lękowe, depresyjne, trudności w przystosowaniu do grupy).

Być może projekt i jego działanie przyczyni się do tego, że w nieodległej przyszłości lekarze będą swoim wyleczonym podopiecznym wypisywali ostatnią receptę – duże dawki słońca, przygody i morskiej wody.

## Bibliografia

- Kujawska-Lis E., Lis-Kujawski A. (2008), *Nurkowanie jako forma terapii i rekreacji osób z niepełnosprawnością nabytą*, [w:] *Aktywność ruchowa osób niepełnosprawnych*, red. J. Migasiewicz, E. Bolach, t. 3, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, Wrocław
- Lis-Kujawski A. (2011), „*Na dnie ale szczęśliwi*”. *Nauka nurkowania jako możliwość podnoszenia jakości życia dzieci po chorobie nowotworowej*, [w:] *Dziecko przewlekle chore – problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne*, red. B. Antoszewska, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń
- Pilecka W. (2002), *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne*, Kraków
- Samardakiewicz M. (2011), *Wspomaganie rozwoju dzieci z chorobą nowotworową*, [w:] *Dziecko przewlekle chore – problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne*, red. B. Antoszewska, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń
- Van Eys J. (1991), *The truly cured child?*, “*Pediatrican*”, vol. 18
- Mathiak K., Karzel K., Mathiak K., Ostaszewski P., Łuba M., Wolańczyk T. (2007), *Kwestionariusz Jakości Życia w Padacze Dziecięcej – polska adaptacja i walidacja*

*kwestionariusza Health – Related Quality of Life In Childhood Epilepsy Questionnaire*, „Neurologia i Neurochirurgia Polska”, 41, 3, s. 203–214

Wrześniewski K., Sosnowski T. (1996), *Inwentarz stanu i cechy lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa

## Swimming and diving course as a means of supporting the development of children after cancer treatment

### Summary

This paper discusses the employment of swimming and diving exercises while working with those children cured from cancer. Once such children have been cured from the symptoms of their diseases, they need a multi-dimensional approach and individual assistance and support for their psychosocial development. Such development is frequently disturbed by long-term therapy and the necessity of undergoing specialist treatment. The provided assistance in psychosocial development aims at achieving “a truly cured child” as defined by Van Eys. The project “Sun and Adventure,” in which the authors of this paper are involved, focuses on psychosocial rehabilitation through teaching children how to swim and dive. The results of research conducted during the camp in Croatia organized within the framework of this project indicate that learning new skills can positively affect the quality of life, decrease anxiety and fear and improve the interpersonal skills of participants. This paper also attempts to answer the question as to which activities and experiences associated with group life during the camp are most significant and helpful in improving both the quality of life and social functioning.

Key words: cancer, treatment, psychosocial rehabilitation, quality of life, fear, outdoor education

# Ocena funkcjonalna umiejętności z zakresu orientacji przestrzennej u dzieci niewidomych w wieku wczesnoszkolnym – doniesienia z przeprowadzonych badań pilotażowych

## Streszczenie

Artykuł dotyczy funkcjonalnej oceny umiejętności z zakresu orientacji przestrzennej u niewidomych dzieci w wieku wczesnoszkolnym. Składa się z dwóch zasadniczych części. Pierwsza koncentruje się wokół wyników badań na temat różnych aspektów orientacji przestrzennej osób niewidomych na przestrzeni ostatnich 30 lat w Polsce. Drugą stanowią doniesienia z własnych badań na temat rozumienia i używania pojęć przestrzennych przez dzieci niewidome w wieku przedszkolnym oraz prezentacja użytego w celu przeprowadzenia badań narzędzia badawczego.

Słowa kluczowe: osoby z dysfunkcją wzroku, osoby niewidome, osoby słabowidzące, orientacja przestrzenna, samodzielne poruszanie się

## Wprowadzenie

Wzrok jest podstawowym zmysłem umożliwiającym poznanie zewnętrznego środowiska fizycznego i społecznego oraz pozyskiwanie informacji niezbędnych do codziennego funkcjonowania. Brak lub poważne osłabienie wzroku utrudnia dostęp do różnych informacji cechujących przedmioty, osoby, zjawiska i sytuacje, samodzielne i bezpieczne poruszanie się oraz orientację w przestrzeni, wykonywanie codziennych czynności, a także stwarza problemy w sferze społecznej i emocjonalnej (Majewski 2002; Czerwińska 2007a, 2007b; Konarska 2010; Paplińska 2010).

Głównym obszarem narażonym na zaburzenia na skutek utraty wzroku, wymienianym przez licznych autorów oraz przez same osoby z problemami wzrokowymi, jest orientacja przestrzenna i samodzielne poruszanie się. Zagadnienie to jest definiowane w różny sposób. Orientację przestrzenną określa się jako sprawność jednostki w zakresie poznawania swojego otoczenia

oraz zachodzących w nim stosunków czasowych i przestrzennych. Zasadniczą rolę odgrywają tu procesy poznawcze, zasób pojęć, znajomość schematu ciała, wyobraźnia przestrzenna, wiedza o otoczeniu, operowanie relacjami odległości i czasu. Natomiast lokomocję określa jako przemieszczanie się jednostki z miejsca na miejsce (Kwapisz 1990). Inna definicja określa orientację przestrzenną jako proces poznawczy, wykorzystujący informacje wszystkich zmysłów dla określenia własnej pozycji w przestrzeni i w stosunku do innych osób lub przedmiotów. Natomiast mobilność określa jako zdolność ruchu w sensie przemieszczania się z jednego miejsca w drugie (Walthes 2007). Kolejny sposób na zdefiniowanie orientacji przestrzennej to zdawanie sobie sprawy, gdzie się jest w przestrzeni w relacji do rzeczy, które nas otaczają. A mobilność określana jest jako bezpieczne przemieszczanie się z jednego miejsca w inne miejsce (Scott 2012).

Zdolność samodzielnego i bezpiecznego poruszania się stanowi podstawowy warunek samodzielnego życia osób z dysfunkcją wzroku. Nabycie tej umiejętności wymaga uczestnictwa w długotrwałym i systematycznym treningu, podczas którego rozwijane są m.in. umiejętności wykrywania i interpretowania rozmaitych informacji pozawzrokowych płynących z otoczenia, znajomość profesjonalnych technik poruszania się z białą laską czy psem przewodnikiem itp. (Walkiewicz-Krutak 2008).

Naukę orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się powinno się rozpoczynać jak najwcześniej, kiedy dziecko z dysfunkcją wzroku zaczyna chodzić. Nauka powinna rozwijać różne kompetencje potrzebne do samodzielnego poruszania się, przy czym ważna jest odpowiednia kolejność całego procesu nauczania. Początkowy etap treningu stanowią ćwiczenia związane z rozwojem schematu ciała (używanie i wskazywanie na siebie, a także innych osobach poszczególnych części ciała). Kolejny etap polega na nauce pojęć przestrzennych określających relacje osoba–przedmiot. Po nim następuje nauka pojęć przestrzennych określających relacje przedmiot–przedmiot.

Po tych etapach przygotowawczych można przejść do ćwiczeń związanych z technikami poruszania się z przewodnikiem, a następnie do technik poruszania się z białą, długą laską (u dzieci ważnym etapem są także ćwiczenia dotyczące poruszania się z pomocami przedlaskowymi, np.: koło hula-hop).

Nauka orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się u osób z dysfunkcją wzroku ma w Polsce ponadtrzydziestoletnią tradycję. Przez te lata zagadnienia dotyczące orientacji przestrzennej były obiektem zainteresowania różnych grup naukowców: psychologów, pedagogów, lekarzy. Badano rozwój



orientacji przestrzennej głównie u dzieci w wieku przedszkolnym w normie intelektualnej, ale także z niepełnosprawnością intelektualną czy z mózgowym porażeniem dziecięcym. Przedmiotem badań były również zaburzenia orientacji przestrzennej oraz ich związek z umiejętnościami językowymi, matematycznymi oraz z dysleksją.

Na świecie największy wkład w rozwój wiedzy na temat kształtowania się orientacji w przestrzeni mieli Jean Piaget oraz N.C. Kephart. Pierwszy z nich w wyniku licznych badań wyodrębnił stadia odnoszące się do rozumienia i postrzegania przez dziecko przestrzeni od urodzenia do około ósmego roku życia (stadium widzenia świata z własnej perspektywy, stadium widzenia świata z perspektywy innego człowieka oraz stadium widzenia rzeczy) (Piaget 1993). Z kolei N.C. Kephart stwierdził, że w procesie powstawania struktury przestrzeni najważniejszy jest ruch (odczucie kinestetyczne lub mięśniowe) oraz własna aktywność dziecka. Tylko osobiste doświadczenia mogą wpłynąć na umysłowy obraz przestrzeni. Dzięki niemu dziecko będzie mogło sprawnie się poruszać w świecie przedmiotów i ludzi oraz kreować świat według obrazów i zamysłów, które wcześniej powstały w jego umyśle (Kephart 1970).

W Polsce badania na temat orientacji przestrzennej u dzieci prowadziła Anna Szemińska oraz w szerszym zakresie Edyta Gruszczyk-Kolczyńska. Pierwsza badała umiejętności określania położenia i odległości między przedmiotami w przestrzeni u dzieci w wieku od czterech do dziesięciu lat. Badania polegały na odwzorowywaniu przez dzieci ustawienia mebli w makiecie pokoju oraz na opisie drogi pokonywanej do przedszkola lub szkoły. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż dzieci między czwartym a szóstym rokiem życia rozumieją proste relacje sąsiedztwa, ale nie interesują się odległością między przedmiotami i stronami. Dopiero dzieci między siódmym a ósmym rokiem życia przywiązują uwagę do właściwego umieszczania obiektów znajdujących się blisko siebie i nie popełniają już w tej kwestii zasadniczych błędów. Natomiast dopiero dziewięciolatki i dziesięciolatki potrafią wykonać opisane powyżej zadania prawidłowo, rozumiejąc niezmiennosc stosunków między przedmiotami (Szemińska 1991).

Badania przeprowadzone przez E. Gruszczyk-Kolczyńską i E. Czaplewską dotyczyły ustalenia rzeczywistych kompetencji w zakresie orientacji przestrzennej u dzieci od trzeciego do ósmego roku życia, z uwzględnieniem różnic indywidualnych. Uzyskane wyniki pozwoliły na ustalenie modelu rozwojowego w zakresie orientacji przestrzennej. Okazało się, że badane kompetencje kształtują się w rozwoju w stałej kolejności: od znajomości schematu ciała

i umiejętności wytyczania kierunków w przestrzeni od swego ciała, poprzez umiejętność przeniesienia schematu własnego ciała na lalkę oraz na inną osobę i wytyczania kierunków od niej, do umiejętności orientacji przestrzennej na kartce papieru. Badania te przyczyniły się do skonstruowania prób diagnostycznych do badania kompetencji z zakresu orientacji przestrzennej oraz na sformułowanie koncepcji rozwoju orientacji przestrzennej.

Specyficzną grupę dzieci, u których badano różne aspekty orientacji przestrzennej, stanowią dzieci z dysfunkcją wzroku (niewidome i słabowidzące). W ich przypadku prawidłowe orientowanie się w przestrzeni jest jednym z podstawowych warunków sprawnego, samodzielnego poruszania się. Ponieważ zakres zagadnienia orientacji przestrzennej jest obszerny, poszczególni badacze koncentrowali się na wybranych umiejętnościach z orientacji przestrzennej u dzieci z problemami wzrokowymi np.: na rozwoju świadomości schematu ciała, rozwoju lateralizacji itp.

W latach sześćdziesiątych badacze amerykańscy B.J. Cratty, C. Peterson, J. Harwis, R. Schoner w warunkach naturalnego eksperymentu pedagogicznego przeprowadzili trening w zakresie kształtowania się schematu ciała u dzieci niewidomych. Swoimi badaniami objęli 30 niewidomych dzieci w wieku od siedmiu do czternastu lat. Trwające osiem tygodni ćwiczenia polegały na wykonywaniu i określaniu słownym kierunków ruchów. Po tym czasie zaobserwowano poprawę u dzieci orientacji w schemacie własnego ciała na poziomie statystycznie istotnym (Cratty, Sams 1968).

Na gruncie polskim podobne badania, ale o szerszym zakresie prowadziła pod koniec lat siedemdziesiątych W. Pilecka. Badania przeprowadziła w dwóch grupach: w grupie eksperymentalnej, którą stanowiły dzieci niewidome oraz w grupie kontrolnej, która obejmowała dzieci widzące. Przebadła 65 dzieci niewidomych w normie intelektualnej w wieku od czterech do trzynastu lat z czterech ośrodków dla dzieci niewidomych w Polsce (Laski k. Warszawy, Kraków, Owińska k. Poznania i Wrocław). Do badań wykorzystano test B.J. Cratty'ego i B. Sams sprawdzający rozróżnianie płaszczyzn ciała, wykonywanie ruchów ciała w przestrzeni, lateralizację oraz orientację kierunkową w przestrzeni. Porównując wyniki obu grup okazało się, że grupa dzieci niewidomych osiągnęła nieznacznie lepsze wyniki niż grupa kontrolna. Autorka badań sugeruje, iż taka sytuacja zapewne wynika z intensywnej stymulacji dzieci niewidomych na zajęciach z orientacji przestrzennej (Pilecka 1981).

W zakresie prowadzenia badań nad orientacją przestrzenną osób z dysfunkcją wzroku przełomowym był rok 1979, kiedy do Polski przyjechał prof. Stanley Suterko i przeprowadził szkolenie dla nauczycieli orientacji przestrzennej według nowych metod nauczania. Kilka lat po jego wizycie oraz po wprowadzeniu nowej metody nauczania orientacji przestrzennej do szkół dla dzieci niewidomych i słabowidzących profesor J. Kuczyńska-Kwapisz przeprowadziła rozległe badania sprawdzające efektywność nauczania orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się wśród młodzieży z dysfunkcją wzroku. Badaniami objęto 162 uczniów z dysfunkcją wzroku, uczących się w pięciu ośrodkach dla osób niewidomych i słabowidzących na terenie Polski. Badania przybrały formę eksperymentu pedagogicznego, w wyniku którego sprawdzano bezpośredni i pośredni wpływ indywidualnie dobranego dla każdego ucznia programu z zakresu orientacji przestrzennej na samodzielne funkcjonowanie.

Wyniki badań pokazały, iż stosowane w badaniach: program nauczania, metody i formy są skuteczne (Kuczyńska-Kwapisz 1996).

Kolejne badania dotyczące zagadnień związanych z orientacją przestrzenną były prowadzone przez E. Łobacz-Kloosterman. Badaczka objęła badaniami 12 funkcjonalnie niewidomych dzieci (5 dziewczynek i 7 chłopców) w wieku od jedenastu miesięcy do trzech lat. W celu przeprowadzenia badań stworzyła autorski pakiet metod diagnostycznych „Jak niewidome dziecko uczy się poznawania świata. Od pełzania do chodzenia” oraz program wspierania rozwoju dla tychże dzieci „Przyjemność w odważnym poznawaniu świata: nie widzę, ale dotykam i słyszę, chodzę i radzę sobie z przeszkodami”. W wyniku przeprowadzonych badań (prowadziła zajęcia terapeutyczne ze zdiagnozowanymi dziećmi przez 10 miesięcy) wykazała skuteczność skonstruowanego programu (skraca on bowiem czas potrzebny na naukę chodzenia w przypadku pojedynczych dzieci od 1 do około 6 miesięcy) (Łobacz-Kloosterman 2008).

Zaprezentowane powyżej badania na temat orientacji przestrzennej osób z dysfunkcją wzroku zostały osadzone w obszarze pedagogiki specjalnej i psychologii. Jednak rozwój orientacji przestrzennej w ostatnich pięciu latach stał się także obiektem zainteresowań naukowców z zakresu sztuk pięknych, informatyki oraz akustyki.

W 2007 roku magistrantka Wydziału Projektowego ASP w Katowicach Marta Więckowska pod kierunkiem prof. Jerzego Wuttke, we współpracy z SOSW dla dzieci niewidomych w Krakowie opracowała zestaw środków edukacyjnych wspomagających rozwój poznawczy i sensoryczny oraz orientacji

przestrzennej dzieci niewidomych. Dzięki skonstruowanym i wykonanym narzędziom dzieci niewidome uczą się poznawać przestrzeń, a także przyswajają pojęcia ją opisujące, aby w końcowej fazie umieć się w niej poruszać (<http://www.asp.katowice.pl/academy/diploma/view/slug/marta-wieckowska>).

Od 2009 roku Rafał Kozik, doktorant Uniwersytetu Technologiczno-Przyrodniczego w Bydgoszczy, pod kierunkiem prof. Ryszarda Chorasia realizuje projekt badawczy „Złożone algorytmy przetwarzania obrazów i komputerowej wizji dla celów wspomagania osób niewidomych”. Badania te mają na celu wspomaganie orientacji przestrzennej u osób niewidomych poprzez opracowanie urządzenia, które będzie lokalizować i identyfikować napotykanne podczas poruszania się obiekty ([http://zst.utp.edu.pl/rafal.kozik/opis\\_pracy.html](http://zst.utp.edu.pl/rafal.kozik/opis_pracy.html)).

Natomiast w latach 2008–2012 w SOSW dla dzieci niewidomych w Owińskach k. Poznania we współpracy z Uniwersytetem Adama Mickiewicza w Poznaniu był realizowany projekt badawczo-rozwojowy „Opracowanie metody nauki orientacji przestrzennej w dużym mieście dla osób niewidomych z wykorzystaniem dźwięków środowiska”. W ramach badań ustalono najczęstsze problemy osób niewidomych podczas poruszania się w aglomeracji miejskiej, zbadano parametry akustyczne, które posłużą opracowaniu nowych standardów (norm) dotyczących sygnalizacji świetlno-dźwiękowej na przejściach dla pieszych, opracowano metodę pozyskania oraz odtwarzania dźwięków środowiska, opracowano bibliotekę zdarzeń akustycznych dla wyróżnionych miejsc i sytuacji niezbędnych w orientacji miejskiej oraz zbudowano na terenie ośrodka w Owińskach Park Orientacji Przestrzennej (<http://www.niewidomi-orientacja.pl>).

Przedstawione powyżej badania pokazują, że orientacja przestrzenna w odniesieniu do dzieci z dysfunkcją wzroku była badana wyrywkowo (badania dotyczyły albo bardzo małych dzieci albo młodzieży), a badania dotyczyły przede wszystkim aspektu ruchowego, czyli wykonania określonego ruchu – poruszania się. Również w praktyce pedagogicznej główny nacisk położony jest na ćwiczenia związane z poznaniem odpowiednich technik poruszania się oraz na samodzielne poruszanie się w przestrzeni. Natomiast początkowy etap kształtowania się pojęć przestrzennych w umysłach dzieci jest niejako pomijany bądź poświęca się mu mało miejsca. Z tego powodu dzieci niewidome znacznie częściej niż ich widzący rówieśnicy rozpoczynając naukę w szkole wykazują poważne deficyty dotyczące rozumienia i używania pojęć odnoszących się do oceny dystansu, wielkości czy stosunków przestrzennych (Gałkowski 1975; Mikołajczak-Matyja 2008) oraz rozumienia relacji przestrzennych między obiektami w otoczeniu (Więckowska 2008).

Z tego też powodu prawidłowa ocena oraz wspomaganie umiejętności z zakresu orientacji przestrzennej wymaga zastosowania odpowiednio skonstruowanych narzędzi i procedur diagnostycznych. W odniesieniu do dzieci widzących tego typu narzędzia zostały skonstruowane i zweryfikowane (Gruszczyk-Kolczyńska 1994; Głodkowska 2000). Natomiast w przypadku dzieci z dysfunkcją wzroku, a w szczególności dzieci niewidomych, dostępne na rynku narzędzia diagnostyczne wymagają modyfikacji, głównie z powodu nadmiernej koncentracji na ocenie umiejętności związanych ze znajomością schematu ciała (Cratty, Sams 1968; Kuczyńska-Kwapisz 1994; Harley, Wood, Merlbler 1993; Model Insite 2007).

## Procedura badawcza

Opisana powyżej sytuacja skłoniła mnie do podjęcia badań w tym zakresie. W roku 2012 w ramach projektu badawczego „Ocena funkcjonalna umiejętności z zakresu orientacji przestrzennej u dzieci niewidomych w wieku wczesnoszkolnym na terenie województwa mazowieckiego – badania pilotażowe”, którego głównym celem było opracowanie narzędzi diagnostycznych, a następnie przeprowadzenie diagnozy u wybranych uczniów niewidomych na terenie województwa mazowieckiego, objęłam badaniami 10 dzieci niewidomych w normie intelektualnej w wieku wczesnoszkolnym, korzystających z różnych form edukacji. Piątka z nich pobierała naukę w Specjalnym Ośrodku Wychowawczym dla dzieci niewidomych w Laskach. Pozostałe uczyły się w systemie integracyjnym w miejscu zamieszkania. Jako ramy wiekowe dla uczestników badań przyjąłm wiek od szóstego do dwunastego roku życia. Przyjęte ramy wiekowe zostały wyznaczone z kilku powodów. Po pierwsze, aktualnie wdrażana reforma systemu edukacji umożliwia pobieranie nauki w klasie pierwszej szkoły podstawowej uczniom siedmioletnim i sześcioletnim. W związku z tym „bezpieczne” dla celów badawczych wydaje się przyjęcie właśnie takiego dolnego kryterium wiekowego. Po drugie, edukacja uczniów niewidomych na początkowym etapie nauki szkolnej może być rozłożona na 4 lata (materiał dydaktyczny z klasy pierwszej zostaje rozłożony na dwa lata i jest realizowany w klasie „0” oraz w klasie pierwszej). Po trzecie, bardzo często ze względu na opóźnienia rozwojowe, długotrwałą hospitalizację bądź niedojrzałość szkolną uczniowie niewidomi mają odraczany obowiązek szkolny. W związku z tym dzieci niewidome kończąc klasę trzecią szkoły podstawowej mają zazwyczaj dziesięć, jedenaście, a nawet dwanaście lat.

Prowadzone przeze mnie badania pilotażowe składały się z dwóch części. Pierwsza polegała na zebraniu jak najszerszych informacji o badanych uczniach poprzez analizę dokumentów osobistych uczniów (analiza dokumentacji medycznej, psychologicznej, pedagogicznej), przeprowadzenie wywiadów z nauczycielami/wychowawcami klas początkowych, wychowawcami internatowymi lub rodzicami oraz z nauczycielami orientacji przestrzennej. Druga z nich polegała na przeprowadzeniu prób diagnostycznych składających się na „Funkcjonalną ocenę umiejętności w zakresie orientacji przestrzennej dla dzieci z dysfunkcją wzroku. Próby diagnostyczne”. Narzędzie to służy do oceny umiejętności z zakresu orientacji przestrzennej w wybranych czterech obszarach: orientacja przestrzenna w schemacie ciała, orientacja przestrzenna dotycząca relacji pomiędzy obiektami, orientacja przestrzenna na kartce papieru oraz umiejętność opisu przestrzeni. Wszystkie próby diagnostyczne zostały utrzymane w konwencji schematu badania przyjętego przez E. Gruszczyk-Kolczyńską (faza uczenia się, próby diagnostyczne – zadania do wykonania dla dziecka) i oceniane były według poziomu A, B, C – wyznaczonego przez strefę najbliższego rozwoju według L.S. Wygotskiego. Poziom A oznacza, że badane umiejętności nie mieszczą się w strefie najbliższego rozwoju. Dziecko nawiązuje kontakt z dorosłym, ale traci zainteresowanie tym, co dorosły proponuje. Poziom B oznacza, że badane kompetencje mieszczą się już w strefie najbliższego rozwoju. Dziecko jest zainteresowane badaniem, ale myli się i potrzebuje pomocy dorosłego. Może to być pomoc słowna lub dotykowa. Poziom C oznacza, iż proponowane zadanie jest dla dziecka łatwe, wykonuje je sprawnie.

Skonstruowane przeze mnie narzędzie diagnostyczne składa się z czterech zasadniczych części: pierwsza z nich to zadania sprawdzające rozumienie i używanie pojęć odnoszących się do relacji przestrzennych pomiędzy przedmiotami (ławka, krzesło, walizka), drugą stanowią zadania sprawdzające rozumienie i używanie pojęć odnoszących się do relacji przestrzennych pomiędzy obiektami (makieta pokoju dla lalek wykonana z drewna), trzecia dotyczy umiejętności opisu znanej przestrzeni, a konkretnie drogi z sali lekcyjnej do drzwi wyjściowych z budynku szkoły oraz drogi od drzwi wyjściowych ze szkoły do sali lekcyjnej, a ostatnia to zadanie sprawdzające rozumienie pojęć przestrzennych na kartce.

Badania zostały przeprowadzone na terenie SOSW w Laskach k. Warszawy w 2012 roku (od października do grudnia). Do badań pilotażowych zostali wybrani uczniowie klasy trzeciej (3 dzieci) i drugiej (2 dzieci). Spotkania z po-

szczególnymi dziećmi odbywały się po południu na terenie internatu w pracowni orientacji przestrzennej. Badanie jednego dziecka trwało około 2–3 godzin i ograniczało się zazwyczaj do dwóch spotkań. Taki podział był konieczny ze względu na możliwości percepcyjne dzieci. Badanie miało formę rozmowy i zabawy z dzieckiem przy użyciu różnych zabawek dźwiękowych (piłka z dzwoneczkiem, telefon zabawkowy, grający długopis itp.) oraz przedmiotów codziennego użytku (ławka, krzesło, walizka itp.). Podczas badania dzieci najbardziej były zainteresowane zadaniami diagnostycznymi z wykorzystaniem domku dla lalek z meblami (zadania polegające na ustawianiu i opisywaniu ustawienia mebli). Wyniki wykonanych prób zostały zapisane w specjalnie skonstruowanych kartach. Sama czynność zapisywania była niezwykle trudna ze względu na specyficzny charakter badania, często wymagało bowiem bezpośredniego kontaktu z dzieckiem (technika „ręce na ręce” lub „ręce pod ręce”). W założeniach metodologicznych i ich technicznych uwarunkowaniach planowałam nagrywanie przeprowadzanych prób diagnostycznych przy pomocy kamery, ale ze względu na brak zgody rodziców nagrywanie spotkań okazało się niemożliwe.

## Wyniki badań

W wyniku przeprowadzonych badań ustaliłam, iż w zakresie orientacji w schemacie ciała większość badanych uczniów nie ma problemów z określeniem płaszczyzn własnego ciała oraz z poruszaniem ciałem według poleceń. Natomiast ponad połowa z badanych uczniów ma problem z poprawnym wskazaniem przedramienia, ramienia i barku – bark i ramię traktują tożsamo. Ponad połowa uczniów ma także problem z rozróżnianiem prawej i lewej strony własnego ciała. Ponadto większość ma problem z określeniem kierunku w odniesieniu do innych osób, zwłaszcza gdy osoba badająca siedziała naprzeciwko dziecka. Wykonywane przeze mnie badanie sprawdzało także stronność czyli lateralizację. W zakresie funkcjonalnej oceny lateralizacji (ucho, ręka, noga) 75% przebadanych uczniów ma lateralizację skrzyżowaną.

Podstawowy i najważniejszy trzon badań stanowiły zadania sprawdzające rozumienie i używanie pojęć przestrzennych odnoszących się do relacji z przedmiotami w małej przestrzeni (próby z domkiem dla lalek). Analizując wyniki przeprowadzonych prób diagnostycznych stwierdzam, że większość przebadanych dzieci nie ma trudności z rozumieniem pojęć przestrzennych (prawidłowo ustawiały meble według podanej instrukcji słownej). Natomiast

większość uczniów ma problemy z zadaniami sprawdzającymi używanie pojęć przestrzennych (określeniem ustawienia mebli). Największą trudność sprawiało dzieciom prawidłowe użycie przyimka „za” oraz „przed”, zarówno w odniesieniu do zadań z dużymi przedmiotami, jak i w małej przestrzeni. Pojawiły się też problemy z przyimkiem „pomiędzy”, ale tylko w próbach dotyczących małej przestrzeni. Prawie wszyscy badani niepoprawnie określali położenie przedmiotów, używając wyrażenia „z prawej strony”, „z lewej strony”. Kolejne zadanie diagnostyczne polegało na opisie znanej przestrzeni, w tym konkretnym przypadku na opisie drogi od drzwi wejściowych do szkoły do ławki w klasie. Prawie wszyscy uczniowie mieli trudność z rozpoczęciem opisu. Proponowany opis był bardzo krótki, trwał od 1 min. i 30 sek. do 3 min. Poza tym podczas opisu dzieci niewidome bardzo rzadko używały pojęć przestrzennych, nie wymieniały także mijanych podczas poruszania się daną trasą punktów orientacyjnych oraz wskazówek orientacyjnych np.: idę, idę prosto, potem skręcam, idę parę kroków, aż dochodzę do holu. Natomiast w zakresie orientacji na kartce papieru większość uczniów niewidomych nie miała problemów w tym zakresie. Sytuacja taka może wynikać z faktu, iż uczniowie w klasach 1–3 uczęszczają na zajęcia z rysunku w wymiarze 1 godziny tygodniowo.

Ponieważ w trakcie planowania badań pojawiły się trudności ze zdobyciem informacji na temat szkół, w których uczą się uczniowie niewidomi w miejscu swojego zamieszkania, ta część badań przeprowadzona zostanie w późniejszym terminie.

## Zakończenie

Przedstawione badania pilotażowe stanowią pierwszy etap badań o zasięgu ogólnopolskim, które będą realizowane w następnych latach. Badania te pozwoliły na stworzenie i weryfikację narzędzi badawczych, służących do funkcjonalnej oceny umiejętności z zakresu orientacji przestrzennej.

## Bibliografia

- Chojecka A., Magner M., Szwedowska E., Wieckowska E. (2008), *Nauczanie niewidomych dzieci rysunku. Przewodnik dla nauczyciela*, TON, Łaski
- Cratty B.J., Sams T.A. (1968), *The body-image of blind children*, American Foundation for the Blind, New York



- Czaplewska E. (1998), *Rozwój kompetencji w zakresie orientacji przestrzennej u dzieci od lat 3 do 8. Zakres różnic indywidualnych*, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, nieopublikowana praca doktorska, Warszawa
- Czerwińska K. (2007), *Adaptacja pomocy tyflodydaktycznych w szkołach ogólnodostępnych*, „Szkoła Specjalna”, nr 3
- Czerwińska K. (2007a), *Potrzeby i możliwości osób słabowidzących*, [w:] *Poznajemy ludzi z niepełnosprawnością*, red. D. Gorajewska, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa
- Czerwińska K. (2007b), *Potrzeby i możliwości osób niewidomych*, [w:] *Poznajemy ludzi z niepełnosprawnością*, red. D. Gorajewska, Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa
- Galkowski T. (1975), *Trudności rozwojowe u dzieci niewidomych w okresie niemowlęcym*, „Przegląd Tyflogiczny”, nr 1/3
- Głodkowska J. (2000), *Pomóżmy dziecku z upośledzeniem umysłowym doświadczać przestrzeni*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej, Warszawa
- Gruszczyk-Kolczyńska E., Czaplewska E. (1996), *Orientacja przestrzenna: kompetencje dzieci, koncepcja kształtowania orientacji przestrzennej*, [w:] *Rehabilitacja niewidomych i słabo widzących, tendencje współczesne*, red. J. Kuczyńska-Kwapisz, Wydawnictwo Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa
- Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E., Dobosz K. (1992), *Kształtowanie w umysłach dzieci świadomości schematu własnego ciała i umiejętności orientowania się w przestrzeni*, „Wychowanie w Przedszkolu”, nr 2, 3, 4
- Gruszczyk-Kolczyńska E., Zielińska E. (1994), *Edukacja matematyczna dzieci*, WSiP, Warszawa
- Harley R.K., Wood T., Merlbler J.B. (1993), *Program rehabilitacji w zakresie orientacji i poruszania się słabowidzących dzieci z dodatkowo ograniczoną sprawnością*, oprac. merytoryczne J. Kuczyńska-Kwapisz, Polski Związek Niewidomych, Warszawa
- Kephart N.C. (1970), *Dziecko opóźnione w nauce szkolnej*, PWN, Warszawa
- Klimasiński K. (1997), *Rola wyobrażeń przestrzennych w rozwoju myślenia dzieci niewidomych*, Ossolineum, Wrocław
- Konarska J. (2010), *Rozwój i wychowanie rehabilitujące dziecka niewidzącego w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków
- Kuczyńska-Kwapisz J. (1994), *Efektywność kształcenia młodzieży niewidomej i słabowidzącej w zakresie orientacji przestrzennej i poruszania się*, WSiP, Warszawa
- Kuczyńska-Kwapisz J. (1996), *Rehabilitacja niewidomych i słabo widzących*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej, Warszawa
- Kuczyńska-Kwapisz J. (2001), *Orientacja przestrzenna w usamodzielnianiu osób niewidomych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej, Warszawa

- Kwapisz J., Kwapisz J. (1990), *Orientacja przestrzenna oraz poruszanie się niewidomych i słabo widzących – poradnik metodyczny*, WSiP, Warszawa
- Łobacz-Kloosterman E. (2008), *Kształtowanie orientacji przestrzennej u małych niewidomych dzieci*, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, nieopublikowana praca doktorska, Warszawa
- Majewski T. (2002), *Tyflopsychologia rozwojowa. Psychologia dzieci niewidomych i słabo widzących*, Polski Związek Niewidomych, Warszawa
- Mikołajczak-Matyja N. (2008), *Hierarchiczna struktura leksykonu umysłowego. Relacje semantyczne w leksykonie widzących i niewidomych użytkowników języka*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań
- Model Insite. (2007) *Model wczesnej interwencji przeprowadzonej w domu. Program dla dzieci od 0 do 6 lat z niepełnosprawnościami sensorycznymi i dodatkowymi uszkodzeniami*, t. 1
- Paplińska M. (2010), *Konsekwencje wynikające z braku wzroku*, [w:] *Praca socjalna z osobami marginalizowanymi w społeczności lokalnej – doświadczenia polskie i norweskie*, red. M. Łuszczynska, R. Lappen, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa, s. 129–135
- Piaget J. (1966), *Narodziny inteligencji dziecka*, PWN, Warszawa
- Piaget J. (1966), *Studia z psychologii dziecka*, PWN, Warszawa
- Piaget J. (1981), *Równoważenie struktur poznawczych*, PWN, Warszawa
- Piaget J. (1992), *Mowa i myślenie u dziecka*, PWN, Warszawa
- Piaget J., Inhelder B. (1993), *Psychologia dziecka*, Wydawnictwo „Siedmioróg”, Wrocław
- Pilecka W. (1980), *Kształtowanie się orientacji w schemacie własnego ciała u dzieci niewidomych*, „Szkoła Specjalna”, nr 3
- Scott B. (2012), *I am starting to walk – I can use a can! Introducing orientation and mobility skills to very Young children who are blind or have low vision*, USA
- Szemińska A. (1991), *Niezmiennosc stosunków między przedmiotami w przestrzeni*, [w:] *Nauczanie początkowe matematyki. Podręcznik dla nauczyciela*, red. Z. Semadeni, t. 1, WSiP, Warszawa
- Walkiewicz-Krutak M. (2008), *Jak pomóc dziecku niewidomemu w poruszaniu się?*, [w:] *Edukacja równych szans. Uczeń i student z dysfunkcją wzroku – nowe podejście, nowe możliwości*, red. M. Paplińska, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 37–48
- Walther R. (2007), *Tyflopädagogika*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Więckowska E. (2005), *Orientacja przestrzenna na stoliku ucznia*, „Laski”, nr 3/4
- Więckowska M. (2008), *Zestaw środków edukacyjnych wspierających rozwój poznawczy i sensoryczny oraz orientacji przestrzennej dzieci niewidomych*, praca dyplomowa, Akademia Sztuk Pięknych, Katowice
- Wygotski L.S. (2002), *Problem wieku rozwojowego*, [w:] tegoż, *Wybrane prace psychologiczne*, red. A. Brzezińska, M. Marchow, t. II, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań

<http://www.asp.katowice.pl/academy/diploma/view/slug/marta-wieckowska>

[http://zst.utp.edu.pl/rafal.kozik/opis\\_pracy.html](http://zst.utp.edu.pl/rafal.kozik/opis_pracy.html)

<http://www.niewidomi.edu.pl/index.php/component/content/article/18-zakladki/60-park-orientacji-przestrzennej>

## Functional evaluation of skills in scope of spatial orientation in primary school blind children – reports on conducted pilot research

### Summary

The article concerns the assessment of functional skills in spatial orientation of blind children in early school age. It consists of two main parts. In the first part the author reviews the research on various aspects of spatial orientation of blind people in the last 30 years in Poland. The second part of the article presents a research tool, and the results of their research on the understanding and use of spatial concepts by blind children in early school age.

**Key words:** people with a visual impairment, blind people, visually impaired people, orientation and mobility, assessment of functional skills in spatial orientation

## **Wspomaganie rozwoju małego dziecka szansą na dobry start – konteksty wyzwań – komunikat z badań**

### **Streszczenie**

Tekst wyjaśnia kwestie terminologiczne dotyczące wczesnej interwencji oraz wczesnego wspomagania. Wymienia cele wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju. Omawia zasady wczesnego wspomagania rozwoju dziecka niepełnosprawnego i charakteryzuje zasoby osobiste, które odgrywają szczególne znaczenie w funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych. Przedstawia wyniki badań dotyczących zmian obserwowanych w ciągu 4 lat od wejścia w życie rozporządzenia o wczesnym wspomaganiu.

Słowa kluczowe: interwencja, wczesne wspomaganie, profilaktyka, organizacja wczesnego wspomagania, formy i zasady wczesnego wspomagania

### **Wprowadzenie**

Podstawą rozwoju dziecka niepełnosprawnego jest jego wspomaganie, które ma na celu wyrównanie istniejących niedoborów i zmniejszenie ograniczeń. Wspomagać – to postrzegać dziecko całościowo, respektować jego emocje, przeżycia oraz doświadczenia. Wspomagać – to być obok dziecka, proponować mu różne formy aktywności i rejestrować płynące od niego sygnały. Wspomagać – to budować i tworzyć otoczenie dziecka, w którym będzie mogło zdobywać różnorodne doświadczenia, rozwijać swoją autonomię, ze szczególnym uwzględnieniem samodzielności oraz odporności emocjonalnej (Wiśniewska 2010). „Proces wspomagania jest [...] wspomaganie rozwoju, jeżeli uwzględnia istotne cechy zmian rozwojowych: ich względną trwałość i miejsce w sekwencji procesów rozwojowych w poszczególnych sferach” (Kielar-Turska 2003: 20). I. Obuchowska (1997) uważa, że wspomaganie jest wzmocnieniem tego, co jest i co uważamy za korzystne oraz stanowi poszukiwanie nowych możliwości i włączanie ich w już istniejące. Wiśniewska (2010)

za fundament procesu wspomagania uważa poznanie i wykorzystanie mocnych stron dziecka, dlatego wspomaganie powinno uwzględniać jego wiek, symptomy zaburzeń, codzienne życie rodziny, obejmować sferę somatyczną, intelektualną, motoryczną, społeczną i emocjonalną, a także uwzględniać indywidualne potrzeby i możliwości dziecka.

## Interdyscyplinarne podejście do wczesnego wspomagania rozwoju małego dziecka

Wczesna, wielospecjalistyczna, kompleksowa i skoordynowana pomoc to „równoczesne, uzupełniające się wzajemnie oddziaływania medyczno-rehabilitacyjno-terapeutyczne (wczesna interwencja) oraz rewalidacyjno-wychowawcze (wczesne wspomaganie rozwoju) objęte jednym programem, wspólnie opracowanym, realizowanym i objętym ewaluacją przez odpowiednio przygotowanych specjalistów niezbędnych dla danego dziecka” (Program Rządowy WWKSC, [www.menis.gov.pl](http://www.menis.gov.pl)).

Interwencja to szczególna droga wspomagania. Każde wspomaganie rozwoju może być związane z interwencją, jednak nie każda interwencja jest wspomaganiem (Walczak 2009: 233). Wczesna to określenie odnoszące się do czasu i momentu, w którym powinno rozpocząć się stymulowanie rozwoju dziecka. W przypadku interwencji i wspomagania będą to formy oddziaływań proponowane rodzinie i dziecku od chwili rozpoznania zagrożenia niepełnosprawnością do rozpoczęcia realizowania obowiązku szkolnego.

H. Gresnigt (1997: 151) utożsamia wczesną interwencję z całokształtem działań rehabilitacyjnych skierowanych na dziecko oraz formami wsparcia rodziców dziecka. Ich celem powinno być stworzenie takich warunków, które umożliwią optymalny rozwój niepełnosprawnego dziecka, ale także wesprą rodziców w odnalezieniu miejsca w nowej sytuacji oraz wskażą im metody i formy pomocy.

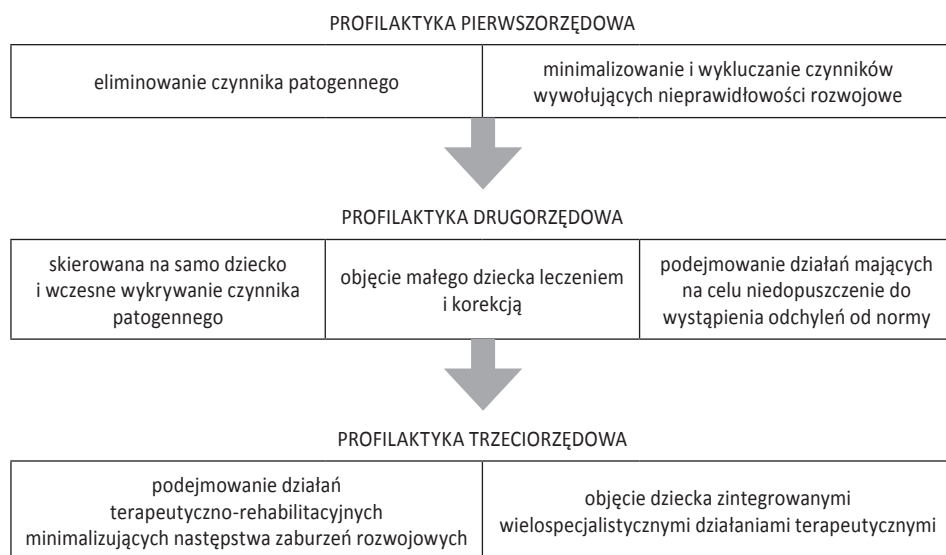
Wczesna interwencja stanowi obszar interdyscyplinarnych zainteresowań medycznych, psychologicznych, pedagogicznych oraz logopedycznych. To wszelkie wielospecjalistyczne, profesjonalne i zorganizowane działania zmierzające do tworzenia optymalnych warunków sprzyjających rozwojowi dziecka niepełnosprawnego lub zagrożonego niepełnosprawnością we wczesnym okresie jego życia, a tym samym zapobieganiu negatywnym skutkom deficytów rozwojowych. Działania interwencyjne powinny objąć także rodzinę dziecka w celu opanowania chaosu postraumatycznego związanego z wiadomo-

mością o niepełnosprawności, wsparcia jej w czynnościach opiekuńczo-terapeutycznych, w wyniku których rodzic stanie się terapeutą – specjalistą własnego dziecka.

D. Wolska (2010: 250) nawiązując do powyższego wskazuje trzy grupy rodziców, różnie radzących sobie w nowej sytuacji:

1. rodzic otaczający dziecko niepełnosprawne parasolem ochronnym oraz stwarzający warunki życia w świecie beztroski i iluzji – żadnych wymagań i obowiązków;
2. rodzic ograniczający kontakt ze światem zewnętrznym, by ochronić dziecko przed zagrożeniami i nierozmawiający z dzieckiem, ponieważ kieruje się zasadą – porozmawiamy jak dorośniesz;
3. rodzic będący blisko dziecka i przygotowujący go do życia w realnym świecie, udzielający wsparcia i wierzący w możliwości dziecka.

Cz. Kosakowski (2000: 20–21) pisze o trzech etapach profilaktyki, które powinny odgrywać szczególną rolę w stwarzaniu dziecku sprzyjających warunków rozwojowych oraz minimalizowaniu negatywnych czynników wynikających z deficytów (zob. schemat 1).



**Schemat 1. Etapy profilaktyki**

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kosakowski 2000: 20–21

Organizowanie interdyscyplinarnej pomocy, której adresatem ma być dziecko zagrożone nieprawidłowym rozwojem lub nieprawidłowo się rozwijające, to wymóg współczesnych czasów, w których „profilaktyka staje się wyznacznikiem prawidłowości w myśleniu o owych utrudnieniach czy zaburzeniach” (Cytowska 2008: 16). Dlatego oprócz działań diagnostyczno-terapeutycznych w pracy z dzieckiem szczególne miejsce powinny zajmować również działania profilaktyczne nastawione na dziecko i wsparcie jego rodziny.

## Podstawy organizacji wczesnego wspomaganie i wsparcia rozwoju małego dziecka

O ważności i zasadności podejmowania wczesnego wspomaganie rozwoju decyduje duża podatność dziecka na działania terapeutyczno-usprawniające wynikające z:

- dużej plastyczności ośrodkowego układu nerwowego;
- najintensywniejszego „uczenia się” mózgu w tym okresie rozwoju;
- powstawania liczniejszych i wzajemnie zależnych od siebie połączeń nerwowych nazwanych „zagęszczaniem” układu nerwowego.

Wczesne dzieciństwo to szczególnie czas w rozwoju mózgu, ponieważ w wyniku stymulacji oraz aktywności intelektualnej dochodzi do tworzenia połączeń mózgowych, odpowiedzialnych również za uczenie się. Jest to także czas, kiedy zdrowe obszary mózgu są w stanie przejąć funkcje obszarów uszkodzonych. Należy tu podkreślić, że „obszary te nie są ośrodkami danej funkcji, a dopiero liczba i rodzaj połączeń stanowi o możliwości wykonywania określonych czynności. [...] każda złożona czynność wymaga koordynacji wielu prostych funkcji, które się na nią składają” (Kaczmarek 2009: 30).

A. Borkowska i Ł. Domańska (2009: 113) wyjaśniają i wskazują szczególną rolę plastyczności mózgu w rozwoju człowieka, odnoszącą się do „zmian strukturalnych i funkcjonalnych w obrębie OUN, leżących u podłoża mechanizmów adaptacyjnych organizmu (jego rozwoju i zmian w zachowaniu), służących przystosowaniu się do zmieniających się warunków zewnętrznych i wewnętrznych. Optymalizacja organizacji połączeń neuronalnych, wytwarzanie uprzywilejowanych dróg obiegu informacji polega na: (a) selekcji neuronów, (b) zwiększaniu lub redukowaniu liczby połączeń między nimi, (c) uwalnianiu zwiększonej ilości substancji przynoszących sygnał (neuroprzekaźników)”. Dlatego wczesne rozpoczęcie usprawniania i podjęcie celowych działań pomocowych odgrywa szczególną rolę w rozwoju dziecka i pokonywaniu przez

nie trudności, także tych o znacznym nasileniu. Plastyczność kompensacyjna stanowi swoisty biologiczny mechanizm związany z wycofywaniem objawów chorobowych i słabnięciu deficytów w wyniku podjętej rehabilitacji i pracy terapeutycznej. „Kompensacyjne formy zachowania są możliwe dzięki substytucji zaburzonych funkcji, uruchamianiu zapasowych aferencji, przebudowie funkcji, reintegracji połączeń nerwowych, włączaniu nowych sposobów wykorzystania zasobów mózgowych i optymalizacji aktywności neuronalnych” (Borkowska, Domańska 2009: 122).

Warunki organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka szczegółowo zostały określone w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci<sup>1</sup> oraz rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określania szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli<sup>2</sup>. Głównym celem zajęć, o których mowa, jest „pobudzanie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole”. Zajęcia z wczesnego wspomaganie mogą być organizowane w przedszkolu i szkole podstawowej, w tym placówkach specjalnych oraz publicznej i niepublicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, a także poradni specjalistycznej pod warunkiem, placówka dysponuje odpowiednimi środkami dydaktycznymi i sprzętem.

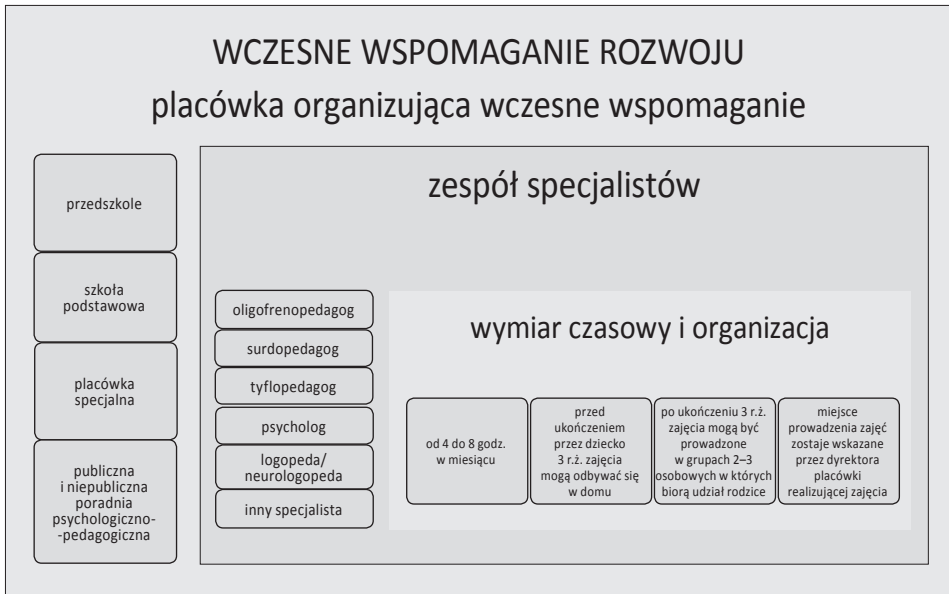
Szczegółne miejsce w procesie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju zajmuje zespół, w skład którego wchodzi specjaliści posiadający odpowiednie kwalifikacje:

- pedagog, w szczególności: oligofrenopedagog, tyflop pedagog lub surdopedagog;
- psycholog;
- logopeda/neurologopeda;
- inni specjaliści – w zależności od potrzeb dziecka i jego rodziny.

<sup>1</sup> Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci, Dz. U. Nr 23, poz. 133.

<sup>2</sup> Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z 19 kwietnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określania szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli, Dz. U., poz. 426.





Schemat 2. Organizacja wczesnego wspomagania

Źródło: opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci, Dz. U. Nr 23, poz. 133

Do zadań zespołu należy przede wszystkim<sup>3</sup>:

1. ustalenie na podstawie opinii i możliwości psychofizycznych dziecka kierunku i harmonogramu jego wspomaganie i wsparcia;
2. nawiązanie współpracy z placówkami medycznymi lub ośrodkami pomocowymi, które są w stanie podjąć rehabilitację, terapię lub inne formy wsparcia dziecka, stosownie do jego potrzeb i możliwości psychofizycznych;
3. opracowanie i realizowanie indywidualnego programu wczesnego wspomaganie, z uwzględnieniem działań wspomagających rodzinę dziecka w zakresie realizacji programu, koordynowania działań specjalistów prowadzących zajęcia z dzieckiem oraz oceniania postępów dziecka;
4. analizowanie i ewaluacja skuteczności podjętych działań pomocowych oraz wprowadzanie zmian w indywidualnym programie wczesnego wspomaganie stosownie do potrzeb dziecka i jego rodziny oraz planowanie dalszych działań w zakresie wczesnego wspomaganie;

<sup>3</sup> Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci, Dz. U. Nr 23, poz. 133.

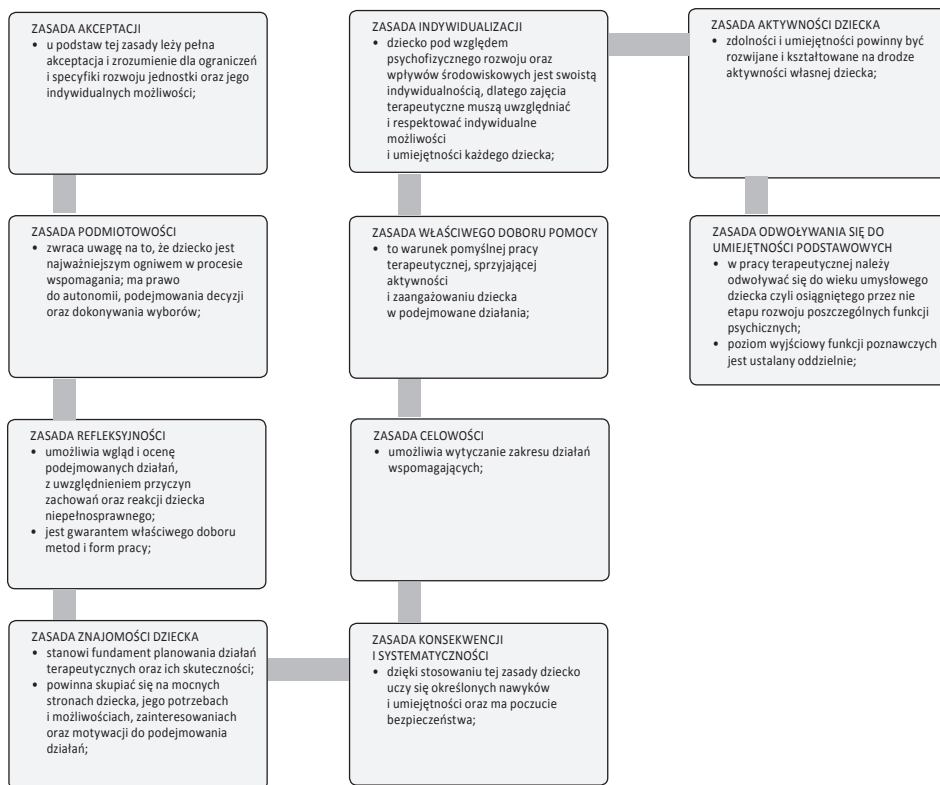
5. udzielanie pomocy w zakresie kształtowania postaw i zachowań pożądaných w kontaktach z dzieckiem;
6. wzmacnianie więzi emocjonalnej pomiędzy rodzicami i dzieckiem, rozpoznawanie zachowań dziecka i utrwalanie właściwych reakcji na te zachowania;
7. udzielanie wskazówek – instruktażu i porad oraz prowadzenie konsultacji w zakresie pracy z dzieckiem;
8. pomoc w przystosowaniu warunków w środowisku domowym do potrzeb i możliwości dziecka oraz w pozyskaniu i wykorzystaniu w pracy z dzieckiem odpowiednich środków dydaktycznych i niezbędnego sprzętu.

Wspomaganie rozwoju małego dziecka może przyjmować różne formy, mające na celu (Wiśniewska 2010: 13; Cytowska 2008: 19–20; Kwaśniewska 2007: 97; Piszczek 2007: 154; Kielar-Turska 2003: 20):

- pomoc dziecku i jego rodzinie udzielaną przez zespół współpracujących ze sobą specjalistów;
- ustalenie wielospecjalistycznej diagnozy;
- opracowywanie, wdrażanie i ewaluację wielospecjalistycznego i kompleksowego programu;
- minimalizowanie trudności rozwojowych i zapobieganie pogłębianiu się niepełnosprawności;
- zapewnianie optymalnego rozwoju poprzez stosowanie specjalnych metod;
- usuwanie nieprawidłowości na drodze korekcji i podejmowanych działań terapeutycznych;
- przywracanie utraconego dobrostanu poprzez udział dziecka w zajęciach reedukacyjnych i rewalidacyjnych oraz rehabilitacji;
- opracowywanie i realizowanie programów wsparcia rodziny dziecka niepełnosprawnego;
- informowanie rodziców o formach pomocy oraz organizowanie grup wsparcia.

Podstawą organizacji pracy terapeutycznej z dzieckiem z deficytami rozwojowymi powinno być przestrzeganie zasad wspomagania (schemat 3), mających na celu podniesienie skuteczności oddziaływań oraz efektywności osiągnięcia celów.

Wspomagając rozwój dziecka, szczególnie z deficytami rozwojowymi, należy zwrócić szczególną uwagę na kształtowanie umiejętności sprzyjających jego niezależności, ponieważ „częstym problemem [...] wychowania i rewa-



Schemat 3. Zasady wspomagania rozwoju

Źródło: opracowanie własne na podstawie Wiśniewska 2010: 23–24; Cieszyńska, Korendo 2007: 17

lidacji dziecka jest wtórne upośledzenie jego rozwoju. Dzieje się to w skutek wyręczania go, zwalniania ze wszystkich obowiązków, niestawiania przed nim żadnych wymagań, ograniczania ruchu, kontaktów z otoczeniem. Prowadzi to do hamowania rozwoju psychicznej autonomii, do blokowania właściwej oceny swoich możliwości” (Wiśniewska 2010: 28). Pracując z małym dzieckiem niepełnosprawnym (lub o specjalnych potrzebach rozwojowych) musimy pamiętać, że w rozwoju człowieka największe znaczenie ma wewnętrzny potencjał, tzw. zasoby osobiste, wśród nich szczególne znaczenie w sytuacji dziecka niepełnosprawnego odgrywa akceptacja siebie oraz własnej niepełnosprawności. Pozostałe zasoby poznawcze pozwalają na orientację we własnej osobowości, przekonanie i wiarę we własne siły i możliwości oraz motywują do podejmowania działań. Do najważniejszych umiejętności społecznych nale-

żą: empatia – zdolność odczuwania stanów psychicznych drugiego człowieka oraz uwzględnianie we własnych reakcjach i zachowaniach motywów, potrzeb i życzeń drugiego; umiejętność komunikacji werbalnej i pozawerbalnej; umiejętność wglądu społecznego, czyli zdolność różnicowania procesów wyznaczających społeczne wydarzenia oraz ich wartościowanie. Natomiast wśród zasobów osobistych szczególnie miejsce zajmuje autonomia, czyli zdolność do odpowiedzialnego kierowania swoim zachowaniem, dokonywania wyborów oraz kształtowania relacji społecznych opartych na zasadzie wzajemności (Majewicz 2009: 175–176).

## Procedura badawcza

Wczesne wspomaganie odgrywa szczególną rolę w pracy profilaktyczno-terapeutycznej z małym dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym, a tym samym ma duży wpływ na to, jak będzie przebiegać dalszy jego rozwój. W celu poznania zmian w rozkładzie ilościowym dzieci objętych wczesnym wspomaganiami od wejścia w życie w 2009 r. rozporządzeń MEN w sprawie organizacji tego rodzaju wsparcia przeprowadzono badania z wykorzystaniem analizy dokumentów. Sformułowano problem badawczy: *Czy i w jakim stopniu na przełomie kilku lat zaszły ilościowe zmiany w uczestnictwie dziecka zagrożonego niepełnosprawnością lub niepełnosprawnego w zajęciach wczesnego wspomagania?* W związku z tym, że problem przybrał postać pytania – nie sformułowano hipotezy.

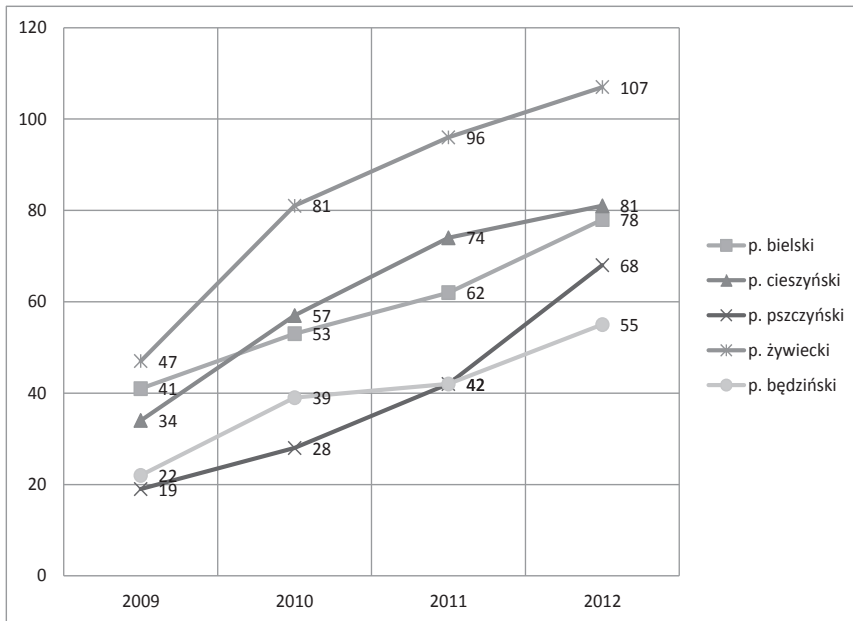
## Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka wobec wyzwań współczesności – raport z badań

Analiza zgromadzonego materiału pozwoliła na prześledzenie zmian w rozkładzie ilościowym, które zaszły na przełomie czterech lat od 2009 r. do końca 2012 r. (zob. tabela 1 oraz wykres 1).

Tabela 1. Liczba dzieci objętych wczesnym wspomaganiami rozwoju w latach 2009–2012

Powiat	2009	2010	2011	2012
bielski	41	53	62	78
cieszyński	34	57	74	81
pszczyński	19	28	42	68
żywiecki	47	81	96	107
będziński	22	39	42	55

Źródło: badania własne



Wykres 1. Liczba dzieci korzystających z wczesnego wspomagania w danym powiecie

Źródło: badania własne

Zgromadzone dane pokazują tendencję wzrostową, z jaką mieliśmy do czynienia na przełomie ostatnich lat w odniesieniu do prowadzenia zajęć w ramach wczesnego wspomagania. W 2009 roku na terenie wybranych powiatów woj. śląskiego wczesnym wspomaganie było objętych 163 dzieci – 19 w powiecie pszczyńskim, 22 w powiecie będzińskim, 34 w powiecie cieszyńskim, 41 w powiecie bielskim i 47 w powiecie żywieckim. Natomiast w roku 2012 liczba ta zwiększyła się do 383 – 55 w powiecie będzińskim, 68 w powiecie pszczyńskim, 78 w powiecie bielskim, 81 w powiecie cieszyńskim i 107 w powiecie żywieckim.

Te wycinkowe badania wskazują na znaczną tendencję wzrostową, co pozwala przypuszczać, że dzieci te będą wymagały kontynuacji prowadzonych działań wspierających w czasie dalszej edukacji. W związku z tym istotne wydaje się śledzenie losów dzieci korzystających z wczesnego wspomaganie w celu projektowania dalszych kroków związanych z ich nauczaniem i wychowaniem na terenie placówki oraz prawidłowym przygotowaniem przedszkola i szkoły do przejęcia odpowiedzialności za przebieg kształcenia i rozwój każdego dziecka.

## Podsumowanie

Na przełomie kilku lat zaszły znaczne ilościowe zmiany w obejmowaniu dziecka zagrożonego niepełnosprawnością lub niepełnosprawnego wczesnym wspomaganiami. To wskazuje na rangę tego rodzaju wsparcia w pracy z dzieckiem z deficytami rozwojowymi.

Praca z małym dzieckiem powinna wynikać z tego, że dzieci uczą się – rozwijają dzięki temu co robią i czego doświadczają. Najbardziej pierwotną i skuteczną formą nauki jest zabawa. Dlatego należy dbać, aby czynności wykonywane przez rodzica w ramach codziennej opieki były dla dziecka formą zabawy i stanowiły początki kształcenia. Potwierdzeniem powyższego są badania przeprowadzone przez Rice (za: Dryden, Vos 2003: 235–237), która stwierdziła, że piętnaście minut kołysania, masowania, głaskania cztery razy dziennie znacznie poprawia koordynację ruchową malucha, a tym samym jego zdolność uczenia się. Podejmując wielospecjalistyczne działania terapeutyczne pamiętajmy, że aktywność fizyczna dziecka w początkowych latach życia ma znaczący wpływ na rozwój jego szeroko pojętych umiejętności, dlatego podstawą pracy i wspólnych zabaw powinno być kształtowanie i rozwijanie sprawności w tym zakresie, co z kolei stymulować będzie rozwój sprawności umysłowej oraz zdolności uczenia się.

## Bibliografia

- Borkowska A.R., Domańska Ł. (2009), *Plastyczność mózgu*, [w:] *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, red. Ł. Domańska, A.R. Borkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Cieszyńska J., Korendo M. (2007), *Wczesna interwencja terapeutyczna*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków
- Cytowska B. (2008), *Idea wczesnej interwencji i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Dryden G., Vos J. (2003), *Rewolucja w uczeniu się*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań
- Gresnigt H. (1997), *Założenia i cele wczesnej interwencji*, „Szkoła Specjalna”, nr 3
- Kaczmarek B. (2009), *Mózg a umysł*, [w:] *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, red. Ł. Domańska, A.R. Borkowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Kielar-Turska M. (2003), *Analiza pola semantycznego terminów związanych ze wspomaganiami rozwoju*, [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja, psychokorekcja*, red. B. Kaja, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz
- Kosakowski Cz. (2000), *Niepełnosprawność ludzka*, [w:] *Dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, red. Cz. Kosakowski, M. Zaorska, Wydawnictwo AKAPIT, Toruń

- Kwaśniewska G. (red.) (2007), *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Majewicz P. (2009), *Proces rehabilitacji zorientowanej na zasoby osobowości czyli wykorzystanie źródeł ujemnej entropii w praktyce pedagogicznej*, [w:] *Zmaganie się z niepełnosprawnością – kolejne wyznaczniki*, red. J. Rottermund, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Obuchowska I. (1997), *Wspomaganie rozwoju emocjonalnego: refleksje i propozycje*, [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja, psychokorekcja*, red. B. Kaja, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz
- Piszczek M. (2007), *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo CMPPP, Warszawa
- Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z 3 lutego 2009 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci, Dz. U. Nr 23, poz. 133.
- Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z 19 kwietnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kwalifikacji wymaganych od nauczycieli oraz określania szkół i wypadków, w których można zatrudnić nauczycieli niemających wyższego wykształcenia lub ukończonego zakładu kształcenia nauczycieli, Dz. U., poz. 426.
- Walczak G. (2009), *Wczesna interwencja a wczesne wspomaganie rozwoju – kwestie terminologiczne*, [w:] *Pedagogika specjalna. Różne poszukiwania – wspólna misja*, red. M. Bielska-Łach, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa
- Wiśniewska M. (2010), *Wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością intelektualną*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Wolska D. (2010), *Pomoc w rodzinie i wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z głęboką niepełnosprawnością*, [w:] *Krakowska pedagogika specjalna*, red. J. Wyczesany, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków

## The support of the development of a small child as a chance for a good start. The context of challenges – report on researches

### Summary

The following text explains terminological issues referring to *early intervention and support*. It points out the purposes of early intervention and support of development. It also discusses the principles of the early support of the disabled child's development and characterizes some of the personal resources that perform an important role in the functioning of disabled people. Furthermore, the article presents the results of researches on how within four years' time, i.e. since the entry into force of the regulations on early support, the demand for this particular kind of support of a small child and his or her family has changed.

**Key words:** intervention, early support, prevention, organisation of early support, forms and principles of early support

## **Wspieranie rozwoju kompetencji czytania i ekspresji emocji u dzieci w wieku przedszkolnym przez muzykoterapię**

### **Streszczenie**

Artykuł prezentuje możliwości wspierania rozwoju kompetencji czytania i ekspresji emocji u dzieci w wieku przedszkolnym przez muzykoterapię. Na podstawie literatury przedmiotu porusza zagadnienia związane z rozwojem emocjonalnym dzieci w wieku przedszkolnym, szczególnie rozwoju kompetencji czytania i ekspresji emocji. Przedstawia aktualny stan badań z zakresu muzykoterapii dzieci z trudnościami i dysfunkcjami rozwojowymi. Omawia założenia autorskiego programu muzykoterapii dzieci w wieku przedszkolnym oraz metodologię i wstępną analizę badań eksperymentalnych przeprowadzonych w grupie 90 dzieci w wieku przedszkolnym.

Słowa kluczowe: dziecko w wieku przedszkolnym, czytanie emocji, ekspresja emocji, muzykoterapia

### **Wprowadzenie**

Zainteresowanie problematyką wspierania rozwoju kompetencji emocjonalnych dzieci w wieku przedszkolnym przez muzykoterapię ma swoje źródło w moim osobistym doświadczeniu spotkania z fascynującym światem dziecięcej wrażliwości na muzykę.

Ponad dziesięć lat temu jako muzyk orkiestry symfonicznej miałam okazję zetknąć się publicznością złożoną z dzieci w wieku przedszkolnym podczas koncertów organizowanych w ramach cyklu Filharmonia Dzieciom. Obserwacja spontanicznych, emocjonalnych reakcji dzieci na muzykę skłoniła mnie do podjęcia regularnej współpracy z przedszkolami i prowadzenia zajęć umuzykalniających według autorskiego programu.

Spotkania z dziećmi stały się dla mnie okazją do dzielenia się własną pasją do muzyki, szczególnie tej wykonywanej na żywo na flecie poprzecznym, pianinie, śpiewie i spontanicznym ruchu inspirowanym muzyką. Dialog mu-



zyczny, jaki podjęłam z dziećmi podczas zajęć, pozwolił mi odkryć nowe obszary uprawianej przez siebie sztuki. Żywy kontakt z dziećmi, obserwacja ich spontanicznych reakcji na muzykę pozwoliła mi dostrzec trudności, z jakimi borykają się na tym etapie rozwoju. Większość zaobserwowanych problemów dotyczyła funkcjonowania emocjonalno-społecznego.

Doświadczenia z pracy z dziećmi przedszkolnymi przekonały mnie jako artystę muzyka i muzykoterapeutę o potrzebie wzbogacania istniejącego programu zajęć umuzykalniających o muzykoterapię. Autorski program zajęć muzykoterapeutycznych dla dzieci w wieku przedszkolnym służy stworzeniu warunków sprzyjających harmonijnemu rozwojowi dzieci przejawiających trudności emocjonalne i adaptacyjne. Nastawiony jest na wspieranie kompetencji czytania i ekspresji emocji dzieci w wieku przedszkolnym przez kontakt z żywą muzyką wykonywaną na różnych instrumentach w sposób dostosowany do możliwości percepcyjnych małego dziecka.

## Rozwój kompetencji czytania i ekspresji emocji u dziecka w wieku przedszkolnym

Emocjonalność dziecka w wieku przedszkolnym charakteryzuje spontaniczność i ekspresyjność. Dziecko wyraża swoje emocje całym ciałem, skacze, klaszcze, kuli się, płacze. Układ nerwowy dziecka przedszkolnego rozwija się wolniej niż w trzech pierwszych latach życia, niemniej jednak stale doskonalą się jego budowa i funkcje. Rośnie wpływ kory mózgowej na funkcjonowanie niższych części układu nerwowego, co sprawia, że czynności dziecka są lepiej skoordynowane, poddane pełniejszej kontroli. Dzięki intensywnemu rozwojowi komórek nerwowych dziecko potrafi dłużej koncentrować uwagę. Jednak rozwój w sferze emocjonalno-społecznej nie jest procesem progresywnym. Przebiega swoim własnym rytmem, gdzie stany równowagi przeplatają się ze stanami rozchwiania. Po okresie nieharmonijnym następuje skokowe przejście na wyższy poziom funkcjonowania (Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa 2011: 173).

Już w drugim roku życia zaczyna rozwijać się u dzieci orientacja we własnych emocjach i rozumienie przeżyć innych. Natomiast dzieci cztero-, pięcioletnie potrafią właściwie oceniać przyczyny podstawowych reakcji emocjonalnych, nazywać podstawowe emocje, mówić o własnych emocjach, co pozwala im nawiązać kontakty z rówieśnikami. Prawie do końca okresu przedszkolnego, na skutek niepełnej dojrzałości układu nerwowego i braku

równowagi procesów nerwowych (hamowania i pobudzania) reakcje emocjonalne dzieci są często niekontrolowane. Dopiero około siódmego roku życia dziecko nabywa umiejętność kontrolowania emocji, powstrzymywania afektów. Pod wpływem procesów socjalizacji i wychowania, a także dojrzewania systemu nerwowego zaczyna być zdolne do kontrolowania silnych emocji gniewu, złości, strachu.

Kompetencje emocjonalne dzieci związane są z zachowaniami społecznymi i oznaczają umiejętność radzenia sobie z własnymi i cudzymi emocjami, czego wyrazem jest zdolność nawiązywania satysfakcjonujących kontaktów rówieśniczych, przyjacieli.

Badania Saloveya i Mayera pokazały, że przeżywanie pozytywnych emocji, takich jak radość, duma, poczucie własnej wartości, mobilizuje do działania, kieruje uwagę na osiągnięciu zamierzonych celów (Goleman 2007: 74). Osoby będące pod wpływem pozytywnych przeżyć lepiej zapamiętują informacje, silniej łączą informacje w swobodnym odtwarzaniu, podejmują szybsze i trafniejsze decyzje, ujawniają większą oryginalność w testach twórczych, niż osoby przeżywające smutek (Clare 2002: 101).

Do kluczowych elementów rozwoju emocjonalnego należą kompetencje czytania i ekspresji emocji. Rolę wspomnianych umiejętności w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji z rówieśnikami oraz pozyskiwaniu akceptacji społecznej potwierdzają dotychczasowe badania nad tym problemem. Oto ważniejsze wnioski z prowadzonych badań:

- Dzieci biegłe w wyraźnym sygnalizowaniu innym własnych stanów emocjonalnych są uważane za bardziej lubiane przez inne dzieci;
- Dzieci trafnie dobierające odpowiednie przekazy emocjonalne są bardziej popularne;
- Dzieci częściej korzystające z pozytywnych wyrazów emocji mają lepsze kontakty rówieśnicze niż dzieci często sięgające do wyrazów negatywnych;
- Dzieci trafnie interpretujące przekazy emocjonalne innych osób osiągają najwyższe wyniki akceptacji społecznej;
- Dzieci, które wypracowały konstruktywne sposoby kierowania własnymi emocjami (np. panują nad sobą, kontrolują płacz), mają na ogół większe powodzenie w kontaktach z rówieśnikami;
- Dzieci potrafiące radzić sobie z gniewem w sposób nieagresywny są bardziej lubiane, są lepszymi przywódcami i ogólnie są bardziej kompetentne pod względem społecznym (Schaffer 2005: 172).

Należy pamiętać, że pomiędzy dziećmi występują znaczące różnice indywidualne w obszarze funkcjonowania emocjonalno-społecznego. Są one uwarunkowane czynnikami biologicznymi, środowiskowymi oraz jakością relacji z najbliższymi. U dzieci w wieku przedszkolnym rozwijają się intensywnie zachowania społeczne. Występująca u niemowląt wrodzona zdolność do syntonii (współbrzmienia emocjonalnego) przekształca się pod wpływem więzi łączących dziecko z rodzicami w empatię. Dzieci zaczynają być zdolne do okazywania innym współczucia, do pocieszania, rozśmieszania, niesienia pomocy. Interakcje społeczne w grupie rówieśniczej dostarczają im wzorów postępowania, uczą przestrzegania społecznie akceptowanych norm. W okresie przedszkolnym zaczynają identyfikować się z grupą rówieśniczą, która obok środowiska rodzinnego wywiera znaczący wpływ na kształtowanie się poczucia własnej wartości, obrazu siebie, przyjmowanych postaw i zachowań.

Poziom rozwoju emocjonalnego dziecka warunkuje z jednej strony rozwój funkcji poznawczych, motorycznych, a z drugiej bezpośrednio wiąże się z takimi cechami, jak motywacja, wytrwałość, zdolność do pokonywania przeciwności i umiejętność nawiązywania satysfakcjonujących relacji z rówieśnikami i osobami dorosłymi.

Losy dziecka rozpoczynającego edukację w szkole zależą w znacznym stopniu od poziomu rozwoju emocjonalnego i społecznego. Wchodzący w życie projekt obniżenia wieku dzieci rozpoczynających naukę w szkole wywołał dyskusję społeczną, której dominującym wątkiem stała się troska o możliwie najlepsze przygotowanie dzieci sześciolatków do podjęcia nauki w szkole. Zaniepokojenie specjalistów dotyczyło głównie gotowości dzieci do podjęcia nauki, szczególnie w obszarze ich funkcjonowania emocjonalno-społecznego. Dziecko sześciolatkowe może jeszcze manifestować zachowania niesprzyjające adaptacji w środowisku szkolnym. Również dane pochodzące z Systemu Informacji Oświatowej wskazują na wysoki odsetek z tendencją wzrostową dzieci i młodzieży wymagających pomocy psychologicznej (Mądrowska 2010: 15).

Przyczyną rosnącej liczby dzieci wymagających wsparcia w sferze emocjonalno-społecznej jest kryzys rodziny, rosnąca liczba dzieci wychowywanych przez samotne matki, szybkie tempo życia, brak czasu dorosłych na budowanie wspierających relacji z dzieckiem. Czynniki te w znacznym stopniu zaburzają harmonijny rozwój dziecka w sferze emocjonalno-społecznej, w związku z tym odsetek dzieci potrzebujących pomocy w tym obszarze ciągle rośnie. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym dziecku rozwój emocjonalny jest ekspansja nowych technologii. „W erze komputerowej relacja człowiek–człowiek

zostaje zastąpiona relacją człowiek komputer–człowiek. Może to powodować zaniki pierwiastków humanizmu i serdeczności” (Kaja 2012: 78). Badania nad związkiem emocji z innymi obszarami funkcjonowania dziecka ujawniają wpływ emocji na sferę funkcjonowania poznawczego, proces pamięci, myślenia, koncentracji uwagi.

Doskonalenie kompetencji emocjonalnych, jak wykazują liczne badania, możliwe jest przez odpowiedni trening. W ostatnim dziesięcioleciu w Stanach Zjednoczonych i Europie powstają w wyniku współpracy naukowców i nauczycieli programy szkolne, których celem jest rozwijanie u dzieci kompetencji emocjonalnych (Salovey, Sluyter 1999: 16). Muzykoterapeutyczny program wspierania kompetencji czytania i ekspresji emocji u dzieci w wieku przedszkolnym wpisuje się w tę tendencję stosunkowo mało znaną w Polsce.

## Muzykoterapia jako metoda wspierania rozwoju kompetencji emocjonalnych dziecka w wieku przedszkolnym

Muzykoterapia rozwija się intensywnie jako dziedzina praktyczna i naukowa, oddziałując całościowo na człowieka przeżywającego trudności, borykającego się z chorobą, sytuacjami kryzysowymi czy pragnącego się rozwijać. Promowana przez Światową Federację Muzykoterapii definicja z roku 2005 obejmuje szerokie rozumienie tego pojęcia, zawierające zarówno działania lecznicze jak i profilaktyczne, wspierające rozwój.

Muzykoterapia jest wykorzystaniem muzyki i/lub jej elementów (dźwięk, rytm, melodia i harmonia) przez muzykoterapeutę w procesie zaprojektowanym dla ułatwienia komunikacji, uczenia się, mobilizacji, ekspresji, koncentracji fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej i poznawczej w celu odkrywania wewnętrznego potencjału, rozwoju jednostki, by mogła ona osiągnąć lepszą integrację intra- i interpersonalną, a w konsekwencji lepszą jakość życia (za: Szulc 2005: 16).

Wyniki przeprowadzonych w ostatnich latach badań w obszarze muzykoterapii dzieci wykazują wymierną efektywność jej stosowania w terapii trudności, dysfunkcji rozwojowych, a także wspierania rozwoju w obszarze emocjonalno-społecznym.

M. Sekułowicz (2004: 205–206) wyróżnia dwa aspekty oddziaływania muzyki na sferę emocjonalną dzieci z zaburzeniami wielozakresowymi: aktywizujący i uwalniający od nagromadzonych emocji, czynnik służący relaksacji i wyciszeniu emocjonalnemu. D. Gulińska-Grzeluska (2009: 87) przeprowadziła badania nad efektywnością muzykoterapii w niwelowaniu (zmniejszaniu)

zachowań agresywnych. Wnioski z przeprowadzonych badań wskazały na następujące skutki terapeutycznego oddziaływania muzyki na zachowanie dzieci agresywnych: rozładowanie wewnętrznych napięć emocjonalnych, zmniejszenie nadmiernej aktywności, pokonywanie barier i blokad u członków grupy, integracja z grupą, osiągnięcie większej świadomości w sferze emocjonalnej.

Badania przeprowadzone w grupie dzieci słabowidzących i niewidomych poddanych muzykoterapii wykazały pozytywne oddziaływanie w obszarze korygowania, wyrównywania różnego rodzaju deficytów rozwojowych. Szczegółowe rezultaty badań dzieci niewidomych i słabowidzących, z zastosowaniem eksperymentu naturalnego, wykazały następujące efekty: motywowanie do aktywności poznawczej, zabawowej, wyzwalanie i ukierunkowywanie ekspresji (np. ruchowej, słownej, głosowej, plastycznej) oraz przełamywanie niechęci do pokonywania przeszkód, stymulowanie zmysłów, ułatwianie akceptacji siebie, kalectwa i jego skutków, podnoszenie samooceny, wyrabianie samodzielności, wzmacnianie wiary we własne siły, redukcja lęku, niepokoju, sublimowanie agresji, obniżanie napięcia psychofizycznego, usprawnianie psychoruchowe (Cylulko 2004: 101).

Badania dzieci z nadpobudliwością psychoruchową w wieku przedszkolnym przeprowadzone przez B. Duniec (2001: 12) pokazały, że zajęcia muzyczno-ruchowe z elementami muzykoterapii mogą korygować zaburzone zachowanie dzieci z nadpobudliwością psychoruchową w wieku przedszkolnym. Muzykoterapeuci zauważają efekty terapii z zastosowaniem śpiewu i muzyki we wspieraniu rozwoju i terapii zaburzeń mowy (Cylulko 2004; Walencik-Topiłko 2004; Lewandowska 1996). Szczególne możliwości odnoszą się do likwidowania wad pozornych mowy, poprawę koordynacji pracy aparatu fonacyjnego i oddechowego, skuteczność w terapii jąkania i zaburzeń mowy o podłożu psychicznym (Walencik-Topiłko 2004: 76).

Wyniki badań efektywności zajęć muzykoterapeutycznych w zakresie wspierania rozwoju emocjonalno-społecznego dzieci pozwalają przypuszczać, że muzykoterapia, ze względu na specyfikę oddziaływania muzyki na emocjonalność człowieka, może sprzyjać rozwojowi zdolności czytania i ekspresji emocji.

Dotychczas brak wystarczających danych empirycznych oraz modelu teoretycznego, który pozwalałby na sformułowanie naukowo uzasadnionych hipotez na temat cech procesu oddziaływania muzykoterapii na rozwój kompetencji czytania i ekspresji emocji u dzieci. Dlatego opracowałam program muzykoterapii i przeprowadziłam badania eksperymentalne nad efektywno-

ścią zastosowania muzykoterapii we wspieraniu rozwoju kompetencji czytania i ekspresji emocji u dzieci w wieku przedszkolnym.

## Procedura badawcza – założenia programu muzykoterapii

*Dziecko nosi w sobie muzykę spontaniczną, która chce się ujawnić.  
Jeżeli pomożemy dziecku rozwinąć muzykę, która jest w nim,  
uczynimy je istotą nie tylko lepszą i szlachetniejszą,  
lecz również bardziej szczęśliwą.*

E. Sourian

Muzykoterapeutyczny program wspierania rozwoju emocjonalnego dzieci w wieku przedszkolnym nawiązuje do założeń muzykoterapii kreatywnej Nordoff-Robbins. Celem programu jest wspieranie kompetencji czytania i ekspresji emocji dziecka, a także łagodzenie istniejących trudności w tym obszarze funkcjonowania.

Czytanie emocji rozumiem jako zdolność do dokonywania na podstawie zewnętrznych oznak sygnalizowanych mimiką, ruchem ciała, gestem, rozpoznawania emocji innych osób. Zdaniem Schaffera zdolność do odczytywania wewnętrznych uczuć innych osób na podstawie ich zewnętrznego zachowania jest ważnym elementem relacji społecznych, a ich rozpoznawanie na podstawie przekazów emocjonalnych innej osoby umożliwi dziecku wybór właściwego zachowania (Schaffer 2005: 147). Dzieci poznają emocje w kontekście relacji z innymi osobami. Zdolność do czytania uczuć czyni świat dziecka bardziej bezpiecznym i zrozumiałym, dzięki czemu może sobie lepiej radzić w grupie rówieśniczej, w sytuacjach nowych, wymagających oswojenia.

Ekspresja emocji jest sygnałem informującym o przeżyciach osoby. Emocje wyrażane są za pośrednictwem komunikatów werbalnych i niewerbalnych, takich jak mimika, sposób poruszania się, postawa ciała, ton, barwa głosu, zachowanie. Zdolność do skutecznego komunikowania innym odczuć emocjonalnych zwiększa szansę na uzyskanie pomocy, zrozumienie, wsparcie, co z kolei jest niezbędnym elementem budowania relacji z innymi. Ekspresja emocji łączy się z problemem kontroli emocjonalnej, która jest uwarunkowana przez czynniki rozwojowe, psychologiczne i społeczne. Konsekwencją zahamowania ekspresji emocji jest przedłużające się pobudzenie fizjologiczne prowadzące do negatywnych skutków dla funkcjonowania układu immunologicz-

nego, a także brak umiejętności odnajdywania konstruktywnych rozwiązań w różnych sytuacjach społecznych.

Prawidłowo rozwijające się dziecko w wieku przedszkolnym jest ekspresyjne i z trudem kontroluje własne emocje. Manifestuje przeżywane uczucia całym ciałem i zdobywa w miarę rozwoju umiejętność kontrolowania swojej impulsywności. Dojrzałość psychiczna w tym obszarze wiąże się nie tyle z ekspresją uczuć lub ich zahamowaniem, ile z plastycznością człowieka w tym względzie (Averill 2002: 93). Sposób i stopień ekspresji mimicznej, cielesnej, słownej dostarcza informacji o stanie uczuciowym nadawcy, ale także pokazuje jego miejsce w grupie. Jak piszą Hess i Kirouac, ekspresja złości informuje o dominacji i wysokiej pozycji w grupie, natomiast ujawniany smutek wskazuje na niską pozycję społeczną, przyjmowanie postawy uległości (Hess, Kirouac 2005: 470).

Program muzykoterapii zakłada następujące formy aktywności muzycznej dzieci:

- słuchanie muzyki,
- śpiewanie piosenek,
- uczestniczenie w zabawach rytmicznych,
- swobodne wyrażanie siebie poprzez śpiew, taniec, grę na instrumentach (Kwaśniewska, Żaba-Żabińska 2007: 13).

Główny nacisk w programie położony jest na działania twórcze i swobodną improwizację ruchową, instrumentalną i wokalną dzieci, dialog muzyczny. „Nowoczesna pedagogika muzyczna zakłada pełną naturalność i autentyczność działań dziecka, dążąc do utrwalenia w nim postawy twórczej. Już w wieku przedszkolnym pojawiają się pierwsze przejawy twórczej aktywności muzycznej” (Kataryńczuk-Mania 2009: 96).

W centrum koncepcji muzykoterapii kreatywnej Nordoff–Robbins znajduje się przekonanie o znaczeniu aktywności twórczej jako najbardziej podstawowej potrzeby ludzkiej egzystencji. W podejściu tym muzyka nabiera wymiaru doświadczania człowieka, a najbardziej podstawowe dla tej formy terapii jest współtworzenie muzyki, dialog muzyczny, formy aktywne, interaktywne, czasami dyrektywne. Wrażliwość na muzykę dana jest, zdaniem przedstawicieli omawianego kierunku muzykoterapii, każdemu dziecku, nazywanemu przez terapeutów Nordoff–Robbins „muzycznym dzieckiem” (Stachyra 2012: 15). Odkrywanie wewnętrznej wrażliwości na muzykę poprzez twórczą ekspresję instrumentalną, wokalną, ruchową jest terapeutyczne samo w sobie.

Autorski program muzykoterapii dla dzieci w wieku przedszkolnym zawiera następujące elementy aktywności muzycznej:

- improwizacje rytmiczno-ruchowe inspirowane muzyką o zmiennym nastroju,
- śpiew, inscenizacje treści piosenek, instrumentacje do piosenek, śpiew z podziałem na role,
- ćwiczenia ekspresji i rozpoznawania emocji z wykorzystaniem instrumentów perkusyjnych zestawu Orffa,
- ekspresję emocji wyrażaną poprzez swobodny i ustrukturalizowany ruch taneczny,
- ćwiczenia ruchowe w parach: naśladowanie ruchów, odczytywanie znaczenia gestów i mimiki, oddawanie kontroli i prowadzenie dźwiękiem, ćwiczenia dotykowe (masażyki rytmiczne, śpiewane, taniec improwizowany w parach),
- muzykoterapię receptywną: zadaniowe słuchanie muzyki, np. E. Griega, F. Chopina, P. Czajkowskiego, ćwiczenia wyobraźni, malowanie inspirowane muzyką, tworzenie wolnych skojarzeń do muzyki,
- relaksacja przy muzyce.

Opracowany program został przeprowadzony w okresie od stycznia 2012 do lipca 2012 w grupie 43 dzieci w wieku przedszkolnym, które stanowiły grupę eksperymentalną prowadzonych badań. Grupa kontrolna liczyła 47 dzieci. Celem eksperymentu było zbadanie możliwości wspierania rozwoju kompetencji czytania i ekspresji emocji. W badaniach wzięło udział 90 dzieci wrocławskich przedszkoli w wieku od czterech do sześciu lat i jedenaście miesięcy. W pomiarze końcowym w czerwcu 2012 najstarsze dzieci miały siedem lat i pięć miesięcy. Badane dzieci uczęszczały do dwóch wrocławskich przedszkoli, większość z nich mieszkała we Wrocławiu. Były to dzieci w normie intelektualnej, rozwijające się prawidłowo, kilkoro pozostawało pod stałą opieką poradni psychologiczno-pedagogicznej.

W styczniu 2012 przeprowadzono pomiar początkowy poziomu czytania i ekspresji emocji w grupie 90 dzieci w wieku 4–7 lat. Dzieci zostały podzielone na dwie grupy: eksperymentalną i kontrolną. W okresie od stycznia 2012 do lipca 2012 w grupie eksperymentalnej przeprowadzono zajęcia w oparciu o stworzony program muzykoterapii. W tym czasie dzieci z grupy kontrolnej uczestniczyły w zajęciach umuzykalniających w tej samej liczbie godzin prowadzonych według programu standardowego. Zajęcia prowadzone były we wszystkich grupach wiekowych w przedszkolu.



Narzędziem pomiaru czytania i ekspresji emocji były próby pochodzące z *Inwentarza do badania dojrzałości emocjonalno-społecznej dziecka w wieku przedszkolnym*<sup>4</sup>. Poziom czytania emocji określany był na podstawie liczby poprawnie wykonanych prób rozpoznawania emocji na 12 fotografiach twarzy dziewczyny i chłopaka. W pomiarze początkowym (styczeń 2012) i końcowym (lipiec 2012) dzieci badane były innymi kompletami zdjęć. Wskaźnikiem poziomu czytania emocji był uzyskany przez dziecko wynik w skali 0–6, oznaczający liczbę trafnie rozpoznanych emocji. Druga próba określić miała umiejętność ekspresji mimicznej, ruchowej, głosowej emocji podstawowych. W odniesieniu do pomiaru poziomu ekspresji emocji zastosowałam własną skalę, stworzoną na potrzeby prowadzonych badań.

Wyniki pomiarów poddane zostały analizie statystycznej z zastosowaniem metod nieparametrycznych ze względu na to, że zmienne czytania mają rangi 0 i 1, a zmienne ekspresji 0, 1, 2, 3, 4, 5. Porównania przyrostów osiągnięć badanych dzieci w grupach eksperymentalnej i kontrolnej wykonano testem Manna-Witneya, a korelację pomiędzy zmiennymi badano przy pomocy rangowych współczynników korelacji Spearmana. Do obliczeń użyto funkcji statystycznych programu Excel oraz modułu „analiza danych”.

## Podsumowanie wyników badań. Wnioski

Wstępna analiza i interpretacja wyników badań eksperymentalnych pozwoliła stwierdzić pozytywną weryfikację hipotezy dotyczącej zależności między uczestnictwem w programie wspierającym rozwój kompetencji w zakresie rozwoju ekspresji emocji. Przyrost kompetencji w grupie eksperymentalnej w porównaniu z przyrostem kompetencji w grupie kontrolnej był istotnie większy. Natomiast przyrost w zakresie rozwoju kompetencji czytania emocji nie był istotny statystycznie. Poziom czytania i ekspresji emocji był silnie powiązany z wiekiem badanych dzieci.

Dane uzyskane z przeprowadzonego eksperymentu pozwalają na sformułowanie wniosków o zasadności zastosowania muzykoterapii we wspieraniu kompetencji emocjonalnych dzieci w wieku przedszkolnym. Odpowiednio opracowany program muzykoterapeutyczny wspiera rozwój emocjonalny dziecka w wieku przedszkolnym szczególnie w obszarze ekspresji emocji.

<sup>4</sup> Kruk-Lasocka J., Szymajda A., *Inwentarz do badania dojrzałości emocjonalno-społecznej dziecka w wieku przedszkolnym* (wersja robocza w trakcie standaryzacji).

Uzyskane wyniki badań zachęcają do szerszego stosowania muzykoterapii w przedszkolach oraz tworzenia programów terapeutycznych nastawionych na rozwijanie kompetencji emocjonalnych dzieci w wieku przedszkolnym.

## Bibliografia

- Averill J.R. (2002), *Czy istnieją emocje podstawowe?* [w:] *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, red. P. Ekman, R.J. Davidson, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Clore G.C. (2002), *Dlaczego przeżywamy emocje*, [w:] *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, red. P. Ekman, R.J. Davidson, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Cylulko P. (2004), *Tyflomuzykoterapia dzieci. Teoria i praktyka muzykoterapii z niepełnosprawnością wzrokową*, Wrocław
- Duniec B. (2001), *Wpływ zajęć muzyczno-ruchowych z elementami muzykoterapii na dzieci z nadpobudliwością psychoruchową*, „Nauczyciel i Szkoła”, 1–2
- Goleman D. (2007), *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina, Poznań
- Gulińska-Grzeluska D. (2009), *Muzykoterapia dzieci agresywnych*, Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź
- Hess U., Kirouac G. (2005), *Ekspresja emocji w grupach*, [w:] *Psychologia emocji*, red. M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk
- Kaja B.M. (2012), *Psychologia wspomagania rozwoju*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot
- Kataryńczuk-Mania L. (2009), *Wychowawcze aspekty zajęć umuzykalniających w przedszkolu*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra
- Kwaśniewska M., Żaba-Żabińska W. (2007), *Nasze przedszkole. Program wychowania przedszkolnego*, Wydawnictwo MacEdukacja, Kielce
- Lewandowska K. (1996), *Muzykoterapia dziecięca*, Studio NORMA, Gdańsk
- Mądrowska W. (2010), *Planowane zmiany dotyczące organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach*, „Doradca Dyrektora Przedszkola”, nr 15
- Nordoff P., Robbins C. (2008), *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi. Historia, metoda i praktyka*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M. (2011), *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, t. 1, Warszawa
- Salovey P., Sluyter D.J. (1999), *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*, Wydawnictwo Rebis, Poznań
- Schaffer H. (2005), *Psychologia dziecka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Sekułowicz M. (2004), *Rola muzyki w usprawnianiu dzieci z niepełnosprawnościami wielozakresowymi*, [w:] *Wczesna diagnoza i terapia dzieci z trudnościami w roz-*

- woju. *Interdyscyplinarne problemy*, red. J. Kruk-Lasocka, M. Sekułowicz, Dolnośląska Szkoła Wyższa, Wrocław
- Stachyra K. (2012), *Modele, metody, podejścia w muzykoterapii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Szulc W. (2005), *Muzykoterapia jako przedmiot badań w edukacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Walencik-Topiłko A. (2004), *Śpiew w profilaktyce logopedycznej*, [w:] *Sztuka w edukacji i terapii*, red. M. Knapik, W.A. Sacher, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków

## Supporting the development of reading and expressing emotions competencies in preschool children by music therapy

### Summary

The article presents issues related to the ability to support the development of competence of reading and expressing emotions in children aged 4–7 in music therapy. Based on literature, the article discusses issues related to the emotional development of children aged 4–7, especially the competence of reading and expressing emotions. It brings up the current state of research in the field of music therapy of children with developmental difficulties and disabilities. The author introduces the assumptions of her music therapy program for preschool children and presents the methodology and preliminary analysis of experimental tests in a group of 90 children of preschool age.

**Key words:** children aged 4–7, reading emotions, expressing emotions, music therapy



### CZĘŚĆ III

---

Działania edukacyjno-terapeutyczne  
wspierające opiekę, wychowanie, rehabilitację  
osób z niepełnosprawnością  
w perspektywie praktycznej

### PART III

---

Educational and therapeutic measures  
supporting the care, education and rehabilitation  
of people with disabilities  
in practical perspective



## Rozwój umiejętności zawodowych osób niepełnosprawnych intelektualnie poprzez praktyczne działania

### Streszczenie

Dorośle osoby niepełnosprawne intelektualnie po ukończeniu edukacji szkolnej często pozostają uzależnione od rodziny i posiadają ograniczoną możliwość pełnienia ról społecznych. Jednym z aspektów funkcjonowania dorosłego człowieka jest praca. Duża grupa osób niepełnosprawnych intelektualnie jest w wieku produkcyjnym, należy więc położyć nacisk na rozwój umiejętności zawodowych w celu ich integracji społecznej.

Stowarzyszenie Pomocy Socjalnej Gaudium et Spes w Krakowie jest organizacją pozarządową, której celem jest m.in. aktywizacja osób niepełnosprawnych. Jedną z form działalności jest prowadzenie Warsztatów Terapii Zajęciowej.

Aktywizacja uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej obejmuje różne sfery ich funkcjonowania, tj. zaradności osobistej i samodzielności, sprawności fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, społeczno-kulturalnej, zawodowej. Wśród wielu form zajęć ukierunkowanych na rozwój umiejętności zawodowych na szczególną uwagę zasługują dwie: obsługa Muzeum Czynu Zbrojnego oraz pomoc osobom starszym, prowadzone w ramach pracowni muzealniczej i pracowni prac wszelakich. Terenem działania jest dzielnica Krakowa – Nowa Huta. Istotnym elementem tego działania jest uświadomienie osobom niepełnosprawnym pełnienia ważnej roli społecznej i wyzwolenie poczucia odpowiedzialności.

Słowa kluczowe: pomoc społeczna, osoby starsze, niepełnosprawność, integracja, praca, terapia, solidność, punktualność, cierpliwość, nauka historii, współzawodnictwo, walory poznawcze

### Wprowadzenie

Dorośle osoby niepełnosprawne intelektualnie po ukończeniu edukacji szkolnej często są mocno uzależnione od rodziny i posiadają ograniczoną możliwość pełnienia ról społecznych. Dorosłość wiąże się z autonomią jednostki. Jednym z podstaw samostanowienia o sobie jest podejmowanie różnego rodzaju aktywności życiowych i możliwość realizacji własnych po-

trzeb. Ważnym aspektem funkcjonowania dorosłego człowieka jest praca. W świadomości społecznej nadal pokutuje przeświadczenie, że osoba niepełnosprawna intelektualnie jest całkowicie niezdolna do podjęcia zatrudnienia. Osoba niepełnosprawna postrzegana jest nie tylko przez pryzmat jej ograniczeń zdrowotnych, ale również barier społecznych, jakie napotyka w środowisku. Rynek pracy nie jest przyjazny osobom, które nie spełniają kryteriów idealnego pracownika. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że duża grupa osób niepełnosprawnych intelektualnie jest w wieku produkcyjnym, należy położyć nacisk na rozwój umiejętności zawodowych w celu ich integracji społecznej. Dążenie do osiągnięcia nawet najmniejszego sukcesu nadaje sens codziennym staraniom, a tym samym polepsza jakość życia.

Stowarzyszenie Pomocy Socjalnej Gaudium et Spes w Krakowie jest organizacją pozarządową, której celem jest m.in. aktywizacja osób niepełnosprawnych. Jedną z form działalności są Warsztaty Terapii Zajęciowej, czyli wyodrębnione organizacyjnie i finansowo placówki stwarzające osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia (Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Dz. U. Nr 123, poz. 776).

Aktywizacja uczestników Warsztatu Terapii Zajęciowej obejmuje różne sfery ich funkcjonowania tj.: zaradności osobistej i samodzielności, sprawności fizycznej, emocjonalnej, intelektualnej, społeczno-kulturalnej, zawodowej. W procesie rehabilitacji ważne jest uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Wśród wielu form zajęć ukierunkowanych na rozwój umiejętności zawodowych oferowanych przez WTZ osobom niepełnosprawnym intelektualnie na szczególną uwagę zasługują dwie: obsługa Muzeum Czynu Zbrojnego oraz roznoszenie posiłków. W tym miejscu należy określić społeczny kontekst aktywizacji zawodowej. Terenem działania jest dzielnica Krakowa – Nowa Huta. Dzielnica ta czas swojej „nowości” ma już za sobą. Zestarzała się dzielnica, zestarzelili się ludzie – jej mieszkańcy. Młodzi ludzie nie mają czasu, by zająć się rodzicami czy dziadkami, którzy często są schorowani i unieruchomieni w swoich mieszkaniach. W takiej sytuacji połączenie dwóch grup społecznych, wyjście naprzeciw ich potrzebom, okazało się dobrym pomysłem. Z jednej strony aktywizacja i rozwój umiejętności społecznych i zawodowych osób niepełnosprawnych intelektualnie, z drugiej pomoc osobom starszym. Istotnym elementem tego dzia-



łania jest uświadomienie osobom niepełnosprawnym pełnienia ważnej roli społecznej i wyzwolenie poczucia odpowiedzialności.

## Pracownia muzealnicza

Pracownia jest prowadzona w ramach porozumienia zawartego między Stowarzyszeniem a Małopolską Fundacją Dom Kombatanta RP, gdzie uczestnicy WTZ mają za zadanie prowadzenie Muzeum Czynu Zbrojnego. W Muzeum zgromadzone są artefakty z okresu II wojny światowej, są to prywatne pamiątki kombatantów, którzy ze względu na wiek nie są w stanie opiekować się zbiorami i udostępniać ich zwiedzającym. Pięcioro uczestników WTZ pod kierunkiem instruktora terapii zajęciowej z odpowiednim przygotowaniem w zakresie historii obsługuje muzeum, które czynne jest od 10.00 do 16.00 od poniedziałku do piątku. Terapię uczestnicy rozpoczynają od zapoznania się z regulaminem funkcjonowania muzeum, rozkładem pomieszczeń w budynku, nazwą organizacji, które działają na terenie budynku (wiedza ta potrzebna jest do udzielania informacji osobom z zewnątrz podczas pełnienia przez uczestników dyżuru), miejscem pracy, układem przestrzennym eksponatów. Instruktor terapii przed rozpoczęciem pracy przedstawia reguły obchodzenia się z eksponatami, ich czyszczenia, zwraca uwagę, jak ważna jest czystość i porządek w salach muzealnych. Uczestnik uczy się przestrzegania zasad bezpieczeństwa i postępowania podczas zwiedzania muzeum przez turystów, nabywa umiejętność nawiązywania i prowadzenia rozmowy ze zwiedzającymi i udzielania informacji. Stosuje zasady odpowiedniego zachowania się zarówno wobec zwiedzających jak i kombatantów. Do zadań uczestników należy również umiejętne i odpowiedzialne korzystanie z zasobów archiwum, polegające m.in. na archiwizacji, konserwacji i porządkowaniu zbiorów. Uczestnicy mają możliwość zapoznania się z multimediami, nauczenia się obsługi urządzeń biurowych, np. drukarki, skanera oraz innych, przy pracy z eksponatami i dokumentami, mają również możliwość nabycia z tym związanych nowych umiejętności, np. pisanie na komputerze. W ramach terapii osoby niepełnosprawne oprowadzają zwiedzających, prezentują zgromadzone eksponaty, tworzą bazy danych dotyczące zbiorów, spisują życiorysy kombatantów, poszerzają własną wiedzę historyczną, przygotowują prezentacje multimedialne.

## Pracownia prac wszelakich

Podstawową formą terapii zajęciowej w tej pracowni jest roznoszenie obiadów do osób starszych i samotnych, które ze względu na wiek i stan zdrowia nie są w stanie samodzielnie przygotować posiłku. Pięciu uczestników WTZ wraz z instruktorem terapii zajęciowej rozwozi obiady w indywidualnych termosach. Do swojej dyspozycji pracownia ma samochód osobowo-dostawczy przystosowany do wożenia żywności. Obiady przygotowywane są w kuchni Stowarzyszenia, a ich koszt pokrywają zamawiający. Zadaniem osób niepełnosprawnych intelektualnie jest dostarczenie obiadu pod wskazany adres. Obiady są roznoszone w termosach podpisanych imieniem i nazwiskiem zamawiającego. Uczestnicy pracowni odbierają od klientów odpowiednią kwotę wyliczoną za posiłki i rozliczają ją w kasie Stowarzyszenia. Instruktor nadzoruje pracę uczestników, ale uczestnik po przygotowaniu nabywa umiejętności samodzielnego poruszania się w terenie, dotarcia w odpowiednie miejsce, obsługi windy, nawiązywania kontaktów z osobami spoza swojego środowiska, radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Do zadań uczestników należy również reklamowanie usług świadczonych przez inne pracownie WTZ, takie jak poligrafii i reklamy, intrologatorską, pralniczo-magielniczną, kulinarną, poprzez liczne kontakty z potencjalnymi klientami i roznoszenie ulotek. Uczestnicy w ramach zajęć rozwożą zaproszenia, dokumenty do urzędów i instytucji oraz ośrodków Stowarzyszenia. Nawiązują kontakty z klientem i innymi osobami w urzędach i instytucjach użyteczności publicznej.

Działania podejmowane w ramach rehabilitacji w wymienionych pracowniach są ukierunkowane na rozwój umiejętności:

- w zakresie samodzielności w życiu codziennym: dbałość o higienę osobistą i schludny wygląd, orientacja w terenie, dbałość o bezpieczeństwo swoje i innych,
- w zakresie umiejętności interpersonalnych: porozumiewanie się z otoczeniem, nawiązywanie kontaktu z innymi osobami, tworzenie więzi i przyjaźni, harmonijne współzycie w grupie, wzajemna pomoc,
- w zakresie umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia: rozwój sfery emocjonalno-motywacyjnej, polepszenie sprawności intelektualnej w zakresie rozumienia poleceń i instrukcji, wzrost dojrzałości emocjonalnej, np. pokonywanie własnych słabości, wzrost samooceny, dostrzeganie potrzeb innych ludzi, właściwa postawa zawodowa, punktualność, odpo-

wiedzialność za powierzone mienie, staranność i dokładność, umiejętność podejmowania decyzji, samodzielność w działaniu.

O właściwym funkcjonowaniu człowieka z niepełnosprawnością świadczy jego poczucie własnej wartości i przynależności społecznej. Wypowiedzi uczestników terapii w tych pracowniach świadczą o poziomie zaangażowania i satysfakcji z wykonywanych zadań:

- *jestem dumny, że pracuję*
- *w pracy robi się rzeczy potrzebne dla innych*
- *do tego kto pracuje, mówi się proszę pana*
- *gdy idę do pracy, to życie ma sens*
- *jeśli człowiek nie pracuje i nie ma swoich pieniędzy, to nikt się z nim nie liczy, nie może o niczym decydować, zawsze od kogoś zależy, jest jak dziecko... ale gdy pracuje, to jest po co rano wstawać.*

Efekty tych działań można obserwować w różnych aspektach: wszechstronnego rozwoju osób niepełnosprawnych intelektualnie, wzbudzania zainteresowania podjęciem zatrudnienia, zmiany postaw rodziców osób niepełnosprawnych oraz świadomości społecznej lokalnego środowiska, obustronnych korzyści dla osób niepełnosprawnych intelektualnie i osób starszych.

## Bibliografia

Dz. U. Nr 64, poz. 593, Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004

Dz. U. Nr 123, poz. 776, Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 27 sierpnia 1997

[www.gaudiumetspes.pl](http://www.gaudiumetspes.pl)

## The job skills development of mentally disabled people through practical actions

### Summary

Adults with mental disability, after they graduate from school, often remain in an environment which imposes on them a reliance on the family and limited social roles. A job is an important aspect of adults' lives. A mentally disabled person is seen through not only her psychological limitations but also through social barriers which they encounter in their environment. Thus, the development of job skills becomes an important issue in the process of social integration. Striving for even the smallest success adds meaning to everyday life and, in turn, improves the quality of living.

Kraków's Social Security Association "Gaudium et Spes" is a non-governmental organization which aim is, among others, to stimulate disabled people to activity. Various actions are

being undertaken to help in the development of mentally disabled people and prepare them for living in the society. One of such initiatives are the Occupational Therapy Workshops. The stimulation of the participants of Occupational Therapy Workshops covers different areas of their development, that is: personal resourcefulness, self-dependency as well as physical, emotional, intellectual, socio-cultural and professional functions. One of the more important things in the process of rehabilitation is the mentally disabled person's participation in the social life. Among many forms of activities designed for those people, two are especially worth mentioning. These are the operating of the Museum of Military Action and the Meal Delivery Service. At this point, it is important to stress the social context of these activities. The area in which the mentally disabled people operate is Nowa Huta. A crucial element of this activity is to make the disabled people aware of an important role they have and evoke a feeling of responsibility.

**Key words:** social support, elderly people, disability, integration, work, job, therapy, reliability, punctuality, patience, learning history, rivalry, cognitive virtues

## Rola zabawek edukacyjnych we wczesnym wspomaganie dziecka z dysfunkcją wzroku

### Streszczenie

We wczesnym wspomaganie rozwoju dzieci niewidomych ćwiczenia rehabilitacyjne powinny mieć formę zabawy. Celem działań terapeutycznych jest przygotowanie dziecka do podjęcia nauki szkolnej. Wykorzystanie zabawek wspomaganie ułatwia opanowanie różnych umiejętności. Przygotowanie właściwej zabawki jest wyzwaniem, ponieważ może to być dla dziecka jedyna okazja do kontaktu z określonym tematem.

Słowa kluczowe: zabawa, aktywność, rozwój, niewidomy, dziecko

### Wprowadzenie

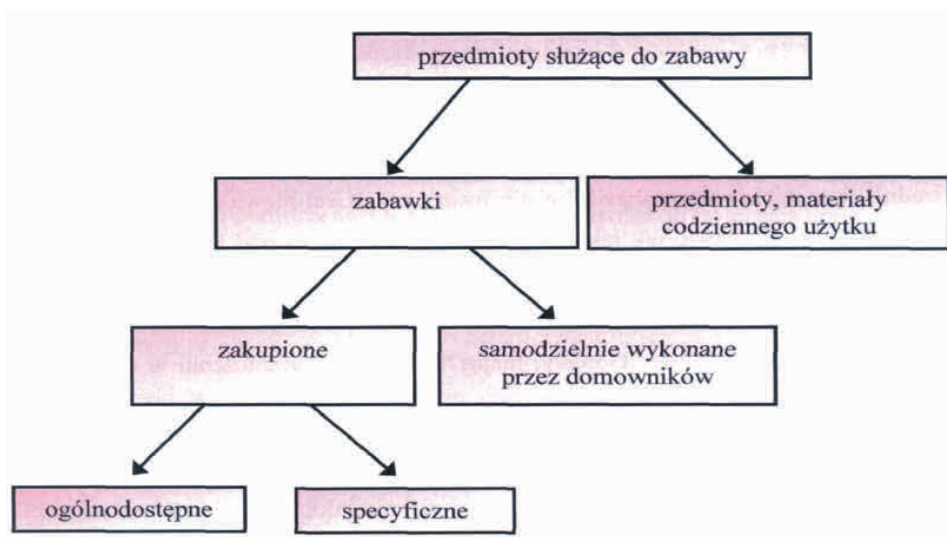
Wykorzystując podstawową aktywność dziecka, czyli zabawę, można rozwijać wiele obszarów – sfer rozwojowych: fizyczną, emocjonalną, intelektualną-poznawczą – w przystępnej formie. W pracy z małym dzieckiem we wczesnym wspomaganie rozwoju ćwiczenia rehabilitacyjne powinny mieć formę zabawową, aby motywować dziecko i rozbudzić jego zainteresowania. W czasie zabawy dziecko odkrywa świat, poznaje właściwości przedmiotów, przyswajają nowe umiejętności komunikowania się, ćwiczy małą i dużą motorykę, kreuje wyobraźnię, a także kształtuje poczucie własnej wartości.

Uszkodzenie wzroku u dzieci powoduje ograniczenie ich aktywności, w tym również zabawy. W konsekwencji mogą się pojawić także trudności w inicjowaniu zabaw. Preister uważa, że dzieci niewidome nie zaczynają się bawić spontanicznie tak jak dzieci sprawne wzrokowo pod koniec pierwszego roku życia (za: Majewski 2002). G. Walczak (2005) określa zadania, które mają ułatwić dziecku z dysfunkcją wzroku podejmowanie zabawy i nauczyć je, jak się bawić. Dorosły, mając na uwadze ograniczenia dziecka w odbieraniu bodźców, powinien:

- uczyć, czym i w jaki sposób ma się ono bawić,
- stwarzać okazje do zabawy, ale nie zdominować jego aktywności,
- dać czas, możliwość wyboru zabawek, okazywać cierpliwość i wyrozumiałość,
- zachęcać do samodzielności i aktywności.

Wspólne zabawy dzieci niewidomych z rodzicami ułatwiają nawiązywanie pozytywnych relacji i tworzą emocjonalne więzi. W pierwszym okresie życia służą temu zabawy paluszkowe oraz baraszkowanie, które jest okazją do bycia razem, nawiązywania kontaktu fizycznego, a także jest ważną formą stymulacji zmysłu równowagi. Zabawa z dzieckiem jest również dla rodziców okazją do zauważania najdrobniejszych sukcesów i dawania pozytywnych wzmocnień dziecku (za: Walczak 2005).

W miarę rozwoju psychomotorycznego dziecko zaczyna sięgać po różnego rodzaju zabawki. Mogą nimi być misie, lale, klocki, a także przedmioty użytku codziennego (zob. schemat 1).



Schemat 1. Przedmioty służące zabawie dzieci z dysfunkcją wzroku

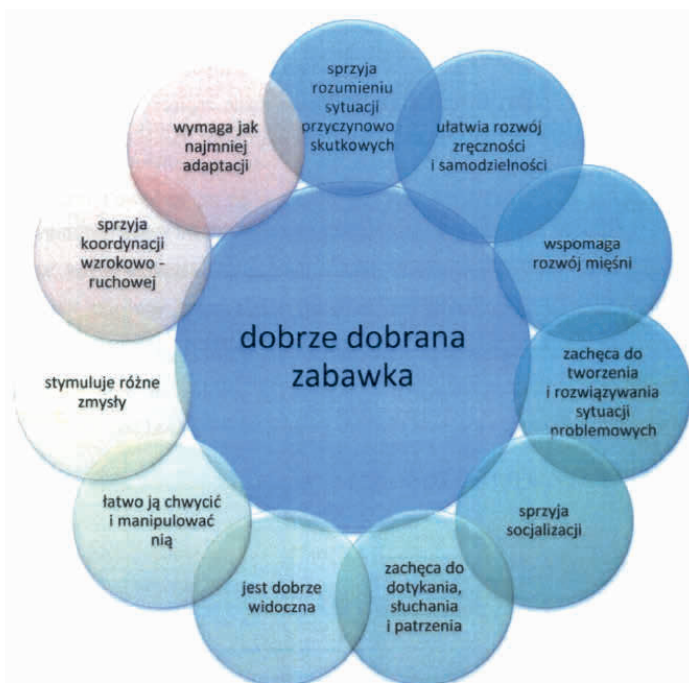
Źródło: Walczak 2005: 113

Wybierając zabawkę odpowiednią dla dziecka niewidomego należy wziąć pod uwagę jego umiejętności, poziom rozwoju, zainteresowania i potrzeby. Według G. Walczak (2005) zabawki dla dziecka z dysfunkcją wzroku powinny:

- bawić, cieszyć i rozbudzać ciekawość,
- być atrakcyjne, gdyż to zachęca dziecko do aktywności,
- być zróżnicowane pod względem faktury, wielkości, kształtu i koloru,
- należy je dobierać z uwzględnieniem wieku dziecka i jego możliwości wzrokowych (zdecydowane, kontrastowe kolory, dobrze oświetlone i umożliwiające swobodny ruch).

Większość zabawek wspomagających rozwój dziecka z dysfunkcją wzroku (zob. schemat 2) zazwyczaj zabawki specyficzne, wykonywane z myślą o tych dzieciach bądź zaadaptowane do ich potrzeb. Mają nauczyć dziecko jednej, konkretnej czynności bądź wyćwiczyć jakąś umiejętność (Walczak 2005). Zabawki takie wytwarzane są najczęściej przez firmy produkujące sprzęt rehabilitacyjny i przedmioty użytku codziennego dostosowane do potrzeb osób słabowidzących i niewidomych bądź też wykonują je osoby (tyflopedagodzy, rodzice), które pracują na co dzień z dziećmi z uszkodzonym wzrokiem.

Wzory zabawek przeznaczonych dla dzieci z dysfunkcją wzroku prezentowane są na konferencjach poświęconych problemom osób niewidomych.



Schemat 2. Cechy zabawek wspomagających rozwój dziecka z dysfunkcją wzroku

Źródło: Walczak 2005

*Lalki-maty* — Są to maty z naszytymi wypukłymi sylwetkami lalek, których ubranka są zapinane na różne zatrzaski, guziki i rzepy, możliwie prostych kształtów, wykonane z materiałów o różnej fakturze i kontrastowych kolorach.

*Kostka* — sześcián wykonany z gąbki, którego każda ściana pokryta jest innym materiałem w intensywnym kolorze i posiada różne zapięcia (sznurówka, suwak, zatrzaski, guziki, sprzączka itp.). Zabawki tego typu służą ćwiczeniu sprawności manualnej oraz utrwalaniu umiejętności samodzielnego zapinania i rozpinania części garderoby, a więc służą opanowaniu czynności samoobsługowych.

*Książeczki dotykowe* — wykonane z różnego rodzaju materiałów, mogą być w całości miękkie lub posiadać tylko niektóre wypukłe elementy pozwalają na odczepianie (np. zwierzątek) i przyczepiania ich za pomocą rzepów, posiadać mogą kieszonki pełniące funkcję – norek, dziupli, tuneli, do których bohaterowie bajek mogą się chować. Książeczki dotykowe dla nieco starszych dzieci są wykonane z twardych, kartonowych kartek, na których pisany jest tekst bajki i naklejone są wypukłe elementy stanowiące ilustrację. Czasem zawierają również tekst brajlowski, by dzieci, które potrafią już czytać, mogły samodzielnie z nich korzystać.

Niestety, na polskim rynku jest niewiele książeczek tego typu, a dostęp do nich jest trudny. Dlatego też często są one tworzone przez tyflopédagogów bądź rodziców. Wykonanie książeczki dotykowej dobrej jakości wymaga pomysłowości, posiadania minimum umiejętności krawieckich, zgromadzenia dużej ilości materiałów, a przede wszystkim jest pracochłonne. Dziecko widzące ogląda książeczki z obrazkami na każdy temat, przygląda się ilustracjom baśni czytanych przez rodziców, czyta samodzielnie pierwsze bajki. Dziecko niewidome natomiast często ma dostęp do jednej bądź zaledwie kilku książek. Jest więc pozbawione możliwości poznania wielkiej ilości tekstów literackich (baśni, wierszyków dziecięcych), które dzieci widzące poznają w kolorowych, atrakcyjnych wydaniach.

*Fakturaki* — to rodzaj książeczki dotykowej, która ma umożliwić dziecku niewidomemu rozróżnianie faktur i dopasowywanie podobieństw. Zadaniem dziecka jest odnalezienie domku o takiej samej fakturze jak dana postać Fakturaka. Książeczka zawiera zarówno tekst czarnodrukowy, jak i napisy w brajlu.

*Rozpoznawanie kształtów* — naukę rozpoznawania kształtów wspomagają wszystkie zabawki wymagające nakładania na siebie elementów, dopasowa-



nia klocków do odpowiedniego otworu (tzw. wkładanki) czy łączenia pasujących do siebie elementów (puzzle). Na początku powinny być to kształty proste, wyraźnie się różniące. Można tu wykorzystywać tzw. magiczne woreczki, na których naszyte są wypukłe elementy. Wewnątrz znajdują się takie same kształty, a zadaniem dziecka jest odnalezienie na woreczku takiego elementu, jaki wyciągnęło ze środka.

*Przygotowanie do nauki brajla* — dzieci niewidome jak najwcześniej przygotowuje się do nauki czytania i pisanie w brajlu. Służą temu zarówno ćwiczenia rozpoznawania kształtów i faktury, ćwiczenia wodzenia palcem po wzorach, utrzymywania ich w linii, jak również ćwiczenia przyzwyczajające palce do odczytywania układu sześciopunktowego.

Pomocne tutaj mogą być książeczki z kołami o różnej fakturze, ułożone w sześciopunkt. Każda karta przedstawia inny układ kół, które należy odwzorować na umieszczanej obok tabliczce. Koła do odwzorowywania zamocowane są na zakrętkach, dzięki czemu dziecko może dodatkowo ćwiczyć umiejętność odkręcania i zakręcania. Tego typu zabawka uczy dziecko, że położenie danego punktu w sześciopunkcie ma znaczenie, choć układy kół nie oznaczają jeszcze żadnego znaku brajlowskiego. Kiedy dziecko potrafi już liczyć, można zacząć je uczyć kolejności odczytywania punktów.

Zabawką ułatwiającą poznawanie liter jest Brajlinek. Jest to miękka lalka, na której brzuszku umieszczony jest sześciopunkt w formie przycisków. Pozwala on na ułożenie dowolnego znaku brajlowskiego. Dzięki temu można ćwiczyć z dzieckiem odwzorowywanie poznawanych liter oraz odczytywanie znaków. Niejednokrotnie dzieci chętniej uczą się liter „od lalki” niż od nauczyciela, dlatego wykorzystywanie tego typu pomocy ułatwia naukę alfabetu brajla.

Dla optymalnego wspomaganie rozwoju dziecka z uszkodzonym wzrokiem ważny jest właściwy dobór zabawek. Muszą być one przede wszystkim dostosowane do jego wieku i poziomu rozwoju, a także do możliwości i potrzeb. Zadaniem terapeuty wczesnego wspomaganie jest dobór zabawek, które będą służyły rozwojowi dziecka i ukształtują w jego umyśle adekwatny obraz świata. Zabawki muszą mieć odpowiednią wielkość, gdy będą zbyt duże lub zbyt małe, dziecko nie uchwyci szczegółów. Ponadto powinny oddziaływać na wszystkie zmysły. W okresie zabaw manipulacyjnych należy dobierać zabawki takiego rodzaju, jak dla dzieci widzących, jednak o bardziej wyrazistej kolorystyce, działające polisensorycznie, zachęcające do zabawy. Do zabaw konstrukcyjnych potrzeba zabawek o zróżnicowanej fakturze i strukturze,

które kształcą zmysł dotyku. W zabawach ruchowych duże znaczenie mają piłki dźwiękowe oraz wszelkie zabawki prowokujące do poruszania się w przestrzeni (za: Gula 2012).

W okresie przedszkolnym terapeuta powinien zwrócić szczególną uwagę na stworzenie dziecku warunków sprzyjających zabawie i dostarczyć możliwie najbogatszego materiału do niej. Chodzi o celowe inicjowanie zabaw grupowych i indywidualnych, w których można podsunąć dziecku pomysły na zabawę sprawiającą radość i wspomagającą rozwój w określonych sferach. Należy jednocześnie stwarzać sytuacje, które będą kształtowały umiejętność naśladownictwa, gdyż jest to podstawowy sposób uczenia się nowych czynności. Zabawki dobierane do tego celu powinny być takie same jak dla dzieci widzących. Ich główną rolą jest rozwijanie funkcji poznawczych poprzez kształtowanie umiejętności posługiwania się dotykiem, słuchem i innymi zmysłami. Terapeuta powinien nauczyć dziecko posługiwania się dotykiem i analityczno-syntetycznego eksplorowania przedmiotów (za: Kupka 2012).

Jednym z celów oddziaływań terapeutycznych w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka z dysfunkcją wzroku jest przygotowanie go do podjęcia nauki szkolnej. Uszkodzenie wzroku powoduje szereg trudności w funkcjonowaniu w zakresie orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się, poznawania rzeczywistości i zjawisk, rozumienia pojęć, wykonywania czynności życia codziennego.

W nauce orientacji przestrzennej pierwszym krokiem jest poznanie schematu własnego ciała przez zróżnicowaną stymulację dotykową, proprioceptywną i kinestetyczno-przedsiolkową. Dziecko powinno potrafić wskazać poszczególne części swojego ciała, nazwać je, wskazać części ciała drugiej osoby i nazywać je (za: Paplińska 2012). Pomocne mogą się tu okazać lalki i przytulanki, które mają zbliżony wygląd do postaci ludzkiej. Dziecko bowiem na ogół chętniej bawi się z lalką niż z osobą dorosłą. Następnie dziecko uczy się rozróżniać i rozpoznawać dźwięki z otoczenia, lokalizować je, poznaje również pojęcia przestrzenne. W tym celu wykorzystuje się sytuacje spontaniczne, ale również organizować można ćwiczenia słuchowe, w których wykorzystywane będą instrumenty, przedmioty wydające dźwięk bądź nagrania odgłosów. Przydatne są też atrakcyjne zabawki grające. W dalszych etapach konieczne jest włączenie do zespołu terapeutycznego nauczyciela orientacji przestrzennej, który poprzez specjalny trening przygotowuje dziecko do samodzielnego poruszania się z białą laską (za: Paplińska 2012).

Aby nauczyć dziecko poznawania rzeczywistości i zjawisk, należy przede wszystkim dostarczyć mu okazji do zdobywania doświadczeń dotykowych. U dzieci niewidomych często występuje rzekoma obronność dotykowa, przejawiająca się strachem przed dotykiem obiektów i dużą niechęcią poznawania nowych przedmiotów. M. Paplińska (2012) uważa, że przyczyn takiego zjawiska może być wiele (wyręczanie dziecka w czynnościach samoobsługowych, niewielka liczba doświadczeń dotykowych, przykre doświadczenia związane z poznawaniem nowych przedmiotów). U dzieci z tego rodzaju problemami ważne jest stosowanie wielu zabaw stymulujących zmysł dotyku. W przypadku przedszkolaków dobrze jest wykorzystywać zabawy na rozróżnianie temperatury, manipulowanie różnymi przedmiotami (tablica magnetyczna, guziki), zabawy w suchym basenie, materiałach sypkich i cieczach, masy plastyczne, ściany dotykowe lub ścieżki sensoryczne. Ważną rolę odgrywają tu również zróżnicowane zabawki: twarde i miękkie, drewniane, materiałowe, gumowe i plastikowe, sztywne i elastyczne. Każdy z przedmiotów dostarcza innych wrażeń dotykowych. Dziecko początkowo będzie wymagało pomocy w postaci prowadzenia rąk, jednak z czasem należy je zachęcać do samodzielnej eksploracji przedmiotów.

Niezwykle ważnym elementem gotowości dziecka do podjęcia nauki szkolnej jest samodzielność w zakresie samoobsługi. Dzieci z uszkodzonym wzrokiem nie mają możliwości uczenia się czynności codziennych przez naśladownictwo. Pozornie proste zadania, ubieranie się, nalewanie płynów czy mycie zębów są początkowo bardzo skomplikowane. Nauka tych czynności wymaga opanowania umiejętności wstępnych, takich jak posługiwanie się obiema rękami, koordynacja ruchowa, znajomość i rozumienie pojęć. Warto więc dawać dziecku jak najwięcej okazji do ćwiczenia w sytuacjach codziennych (np. mycie zębów), ale również wykorzystywać zabawki (np. lalki w nauce ubierania, garnuszki w nauce przelewania). Dziecko może w zabawie wielokrotnie ubierać i przebierać lalki, natomiast samo ubiera się zaledwie kilka razy dziennie. Podobnie jest z innymi czynnościami, takimi jak nauka posługiwania się łyżką, przenoszenia kubków itp.

Zabawki wykorzystywane podczas zajęć wczesnego wspomagania u dzieci z dysfunkcją wzroku są ważnym elementem aktywizującym. Ważny jest właściwy ich dobór do celu, jaki terapeuta chce osiągnąć, a także do możliwości i potrzeb konkretnego dziecka.

## Projekty zabawek edukacyjnych

Celem często podejmowanych badań jest przystosowanie zabawek, np. imitujących sprzęty gospodarstwa domowego, do możliwości percepcyjnych dziecka niewidomego, a następnie ocena efektywności zajęć z wykorzystaniem tych sprzętów, a także zastosowanie zabawek, które ćwiczyłyby umiejętności:

- klasyfikowania obiektów według, różnych cech,
- różnicowania obiektów i wskazywanie podobieństw,
- odwzorowywania układu obiektów,
- porównywania liczebności zbiorów,
- przeliczania.

W badaniach z dziećmi pięcio-, sześcioletnimi wykorzystano zabawki imitujące sprzęt gospodarstwa domowego: odkurzacz, pralkę i kuchenkę. Ze względu na właściwe rozmiary i szczególną zgodność z naturalnymi odpowiednikami wybrano zabawki firmy Klein. Zostały dostosowane do potrzeb dzieci z dysfunkcją wzroku w ramach zajęć wczesnego wspomagania o tematyce „sprzęty domowe”.

Dzieci poznawały ich ogólną budowę, funkcje, zasadę działania i cechy charakterystyczne. W czasie zajęć ćwiczyły:

- umiejętności społeczne,
- percepcję słuchową,
- percepcję dotykową,
- myślenie logiczne,
- myślenie przyczynowo-skutkowe,
- koordynację ruchową i chwyt pęsetkowy,
- przestrzeganie zasad bezpieczeństwa,
- bogactwo słownictwo.

Wykorzystanie przykładowych zabawek ułatwia kształtowanie obrazu świata i zachęca do poznawania nowych przedmiotów. Przygotowane zabawki stanowiły wartościowy materiał edukacyjny, a częste ich stosowanie pozytywnie wpłynęło na motywację dzieci z dysfunkcją wzroku do aktywnego udziału w zajęciach, co w konsekwencji poprawiło efektywność działań terapeutycznych.

W pracy z dziećmi cztero-, i pięcioletnimi zastosowano zabawkę składającą się z 4 segmentów. Wszystkie uszyte zostały na wzór małych poduszek – typu jasiek – z hipoalergicznym wsadem.

- I *Kot* – główny element na bazie koła z doszytymi trójwymiarowymi elementami: uszy, ogon (o kształcie tunelu), oczy, nos, pyszczek, do segmentu dołączony zestaw piłek zróżnicowanych po względem koloru, faktury, miękkości.
- II *Słoneczny* – okrągły kształt, długi miękki włos, intensywnie żółty kolor, 12 różnokolorowych guzików na brzegu, 3 rodzaje płaskich elementów z dwoma pętelkami do zapięcia na poszewce.
- III *Sznurowany* – kształt kwadratu, w szwach poduszki 6 wypustek z otworami (po 3 z każdej strony), przez otwory przeciągnięte grube sznurowadło, po przeciwległej stronie poduszki schowek na klocki z otworkami zapinanymi na rzepy.
- IV *Zebra* – kształt kwadratu, poszewka z dwóch różnych materiałów o krótkim, miękkim włosiu, z satyny z 4 rzepami w rogach do mocowania maty z możliwością przypinania różnych elementów (kolor, kształt).

Dzieci biorące udział w badaniach chętnie przystępowały do zajęć z nietypowymi zabawkami. Dokonując wyboru najczęściej kierowały się walorami estetycznymi i dołączonymi akcesoriami, konstrukcją i miękkością. Aktywność polegającą na nawlekaniu uznawały za bardzo atrakcyjną, szczególną przyjemność sprawiało im opróżnianie i załadowywanie skrytek.

## Podsumowanie

Stosowanie środków dydaktycznych w formie zabawek ma pozytywny wpływ na rozwój poznawczy dzieci z uszkodzonym wzrokiem. Przy wyborze zabawek należy kierować się ich wyglądem estetycznym, zróżnicowaną fakturą, nietypowymi akcesoriami. Przy wyborze formy aktywności pamiętać natomiast trzeba o możliwościach dziecka, aby nie była dla niego zbyt dużym wyzwaniem, ponieważ może to zniechęcić do działania.

Pozytywne wrażenia związane z zabawką i zainteresowanie nią często jest czynnikiem motywującym do pracy. Wykorzystanie zabawek na zajęciach wczesnego wspomagania dziecka z dysfunkcją wzroku ułatwia opanowywanie kolejnych umiejętności. Przygotowanie właściwej zabawki jest szczególnym wyzwaniem, ponieważ może to być jedyna okazja dziecka do zetknięcia się z określonym tematem. Jest to istotne w przypadku najbliższego otoczenia, które może być źle rozumiane lub niedostępne ze względu na ograniczenia wzrokowe.

## Bibliografia

- Majewski T. (2002), *Tyflopsychologia rozwojowa*, PZN, Warszawa
- Stec A. (2012), *Projekt zabawki edukacyjnej stymulującej rozwój poznawczy dzieci z dysfunkcją wzroku*, niepublikowana praca magisterska wykonana pod kierunkiem naukowym dr D. Kornaś
- Surman K. (2012), *Rola zabawek edukacyjnych we wczesnym wspomaganiu dziecka z dysfunkcją wzroku*, niepublikowana praca magisterska wykonana pod kierunkiem naukowym dr D. Kornaś
- Walczak G. (red.) (2005), *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem. Poradnik dla nauczycieli*, MENiS, Warszawa

## Netografia

- Gruła L., *Przyjemne z pożytecznym. Zabawa w życiu małych niewidomych dzieci*, <http://www.edukacja.edux.pl/p-13107-przyjemne-z-pozytecznym-zabawa-w-zyciu.php> (dostęp 04.11.2012)
- Kupka G., *Rewalidacja małego dziecka niewidomego*, <http://www publikacje.edu.pl/publikacje.php?nr=1000> (dostęp 04.11.2012)
- Paplińska M., *Przygotowanie dziecka niewidomego do nauki szkolnej*, [http://www.trakt.org.pl/viewpage.php?page\\_id=161](http://www.trakt.org.pl/viewpage.php?page_id=161) (dostęp 04.11.2012)

## The role of educational toys in early support of children with a visual impairment

### Summary

In the early aiding blind children's development the rehabilitation workouts should take the form of playing. The therapeutic aim to the child with a visual impairment is arrangement to take the school education. The using of toys in the aiding blind children's development makes easier to achieve different skills. Making proper toys is a difficult, because it could be the only one chance for the child to get to know with the situation.

Key words: play, activity, development, blind child

# Wspomaganie rozwoju dzieci z zaburzeniami przetwarzania słuchowego z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego (MPD)

## Streszczenie

Artykuł zawiera krótką charakterystykę mózgowego porażenia dziecięcego, zaburzeń w odbiorze bodźców słuchowych u dzieci z MPD. W oparciu o wyniki badań nad przetwarzaniem słuchowym prezentuje walory rehabilitacyjne Metody Integracyjno-Słuchowej Symboli Dźwiękowych wspomagającej rozwój funkcji słuchowej u dziecka z MPD.

Słowa kluczowe: zespół mózgowego porażenia dziecięcego, przetwarzanie słuchowe, zespoły: piramidowy, pozapiramidowy, mózdkowy, zmysł słuchu, dźwięki

## Wprowadzenie

W literaturze niewiele jest opracowań naukowych dotyczących metod terapeutycznych stosowanych we wspomaganie rozwoju funkcji psychicznych dzieci z MPD. Wielu terapeutów ma problemy z usprawnianiem funkcji słuchu u dziecka z wadliwym przetwarzaniem dźwięków. W niniejszym artykule charakteryzuję krótko zespół MPD oraz zmysł słuchu, a także zaburzenia w odbiorze bodźców słuchowych u dzieci porażonych mózgowo, opierając się na wynikach moich badań z tego zakresu. Ponadto prezentuję opracowany przeze mnie projekt Metody Integracyjno-Słuchowej Symboli Dźwiękowych (MISSDŻ), która wspomaga rozwój funkcji słuchowej u dziecka z MPD poprzez różnicowanie, kojarzenie, identyfikowanie, przetwarzanie i zapamiętywanie dźwięków niewerbalnych.

## Charakterystyka zespołu MPD

W piśmiennictwie polskim za obowiązującą uznana została definicja MPD sformułowana przez R. Michałowicza (Michałowicz 1993: 13):

[...] pod pojęciem mózgowego porażenia dziecięcego rozumie się niepostępujące zaburzenia czynności będącego w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza neuronu ruchowego, powstałe w czasie ciąży, porodu lub w okresie okołoporodowym.

Uszkodzenie mózgu nie pogłębia się, lecz objawy kliniczne nasilają się wraz z wiekiem w związku z rozwojem dziecka. Do uszkodzeń mózgu, które powoduje MPD, dochodzi u noworodków przedwcześnie urodzonych, dystroficznych oraz w ciąży mnogiej. Czynniki szkodliwie działającymi na OUN są: niedotlenienie, różyczka (w pierwszym kwartale ciąży), świnka, odra, ospa wietrzna, opryszczka, półpasiec, kiła wrodzona, alkohol, leki używane podczas ciąży, związki chemiczne, zatrucia, wahania ciśnienia wewnątrzmacicznego, uraz porodowy, infekcje i zaburzenia rozwojowe. W okresie prenatalnym, perinatalnym i postnatalnym do głównych czynników powodujących uszkodzenie OUN zalicza się niedotlenienie.

Do zespołów neurologicznych u dzieci z MPD należą: zespół piramidowy, zespół pozapiramidowy i zespół mózdkowy.

**Zespół piramidowy.** W wyniku uszkodzenia dróg korowo-rdzeniowych powstaje zespół piramidowy, odpowiedzialny za ruchy dowolne. Uszkodzone drogi piramidowe w obrębie mózgu powodują niedowłady kończyn jednoimiennych, a także niedowład dolnej gałęzi nerwu twarzowego. Inne objawy uszkodzenia dróg piramidowych to wzmożone napięcie mięśniowe, obecność odruchów patologicznych, widoczne przetrwałe odruchy postawy u dziecka w okresie jego rozwoju i odruchy chwytny.

**Zespół pozapiramidowy.** W tym zespole precyzyjne czynności zależą od jąder podkorowych. Procesy chorobowe prowadzą do następujących objawów: zaburzeń napięcia mięśniowego, zaburzeń ruchowych i hipokinetycznych lub akinetycznych (ubogość lub zniesienie ruchów mimowolnych oraz mimicznych twarzy) albo hiperkinetycznych (nadmiar ruchów).

**Zespół mózdkowy.** Zaburzenia pochodzenia mózdkowego są określane jako niezborność, beład lub ataksja. Zmiany powstałe w półkulach mózdku powodują niezborność ruchów, którym towarzyszy drżenie zamiarowe. W kończynach górnych występują zaburzenia koordynacji. Inne objawy: obniżenie napięcia mięśniowego, mowa skandowana, oczopląs, brak równowagi ciała podczas stania i chodzenia. Gdy występuje uszkodzenie obu półkul mózdkowych i robaka, wówczas chory nie utrzymuje pozycji zarówno stojącej jak i siedzącej. Ten typ uszkodzenia w zespole MPD jest najcięższym stopniem zaburzeń.



W zespole MPD występują jeszcze inne zaburzenia, jak padaczka, zaburzenia wzroku, koncentracji uwagi i zachowania, słuchu i mowy. Nie wszystkie one rzutują na proces przetwarzania słuchowego, dlatego nie zachodzi tu potrzeba ich omawiania.

**Zmysł słuchu.** Badania dowiodły (Bryant, Colman 1995: 35), że dziecko po urodzeniu rozpoznaje głos matki, gdyż przebywając jeszcze w macicy, poznaje jego charakterystyczne cechy. Dojrzewanie procesu słyszenia uzależnione jest od poszczególnych jego etapów i ma związek z rozumieniem mowy. W pierwszym etapie, w siódmym miesiącu ciąży następuje szybki rozwój narządu słuchu. W okresie noworodkowym dziecko preferuje dźwięki o czystych tonach. Może odróżniać niektóre wzory dźwięków. Różnicuje prawie wszystkie dźwięki mowy ludzkiej. Preferuje dźwięki wysokie, wypowiedzi z wysoką intonacją oraz głos swojej matki. W drugim etapie, po urodzeniu, który trwa do czterech i pół lat, dojrzewają w ośrodkowym układzie nerwowym struktury odpowiedzialne za przetwarzanie słuchowe. Trzeci etap to okres do około trzynastego roku życia, gdzie następuje dalsze doskonalenie słuchu. Słuch fizjologiczny umożliwia odbiór i różnicowanie sygnałów słuchowych. Dźwięki o częstotliwości 155 Hz do 20000 Hz najlepiej są różnicowane, odpowiadają one dźwiękom mowy i śpiewu. Wykształcenie się prawidłowego słuchu fonematycznego zależy od właściwego słuchu fizjologicznego. Dobrze rozwinięty słuch fonematyczny warunkuje właściwy rozwój analizy i syntezy słuchowej, a to stanowi ważny mechanizm czytania i pisania. U dzieci występują duże różnice indywidualne w zakresie percepcji słuchowej. Jedne wykazują duże zdolności i możliwości w identyfikowaniu dźwięków, inne lepiej różnicują barwę czy też strukturę rytmu. Inną właściwością percepcji słuchowej jest zdolność prawidłowego różnicowania dźwięków mowy jako słuchu fonematycznego, czyli słuchu mownego (Mihilewicz 2003: 16). Wraz z wiekiem następuje doskonalenie przetwarzania analityczno-syntetycznego dźwięków w obrębie ośrodkowej części analizatora słuchowego.

## Zaburzenia w odbiorze bodźców słuchowych u dzieci z zespołem MPD

Dzieci z uszkodzeniem OUN nieprawidłowo odbierają bodźce słuchowe. Nerw VIII czaszkowy unerwia zarówno receptory przedsionkowe jak i słuchowe, a to powoduje istnienie dużej zależności funkcjonalnej między nimi. U dzieci z zespołem z MPD, zwłaszcza w postaci pozapiramidowej, zaburzenia słuchu występują u około 25–35%. Mogą być one związane z uszkodzeniem

okolic znajdujących się w obrębie płata skroniowego (Michałowicz 1993: 14). Badania dotyczące dojrzałości szkolnej wykazały dysfunkcje w sferze poznawczej, m.in. w słownictwie, budowie zdań i w przetwarzaniu słuchowym (Chmielewska 1996: 8). U dzieci z zaburzonym przetwarzaniem słuchowym dźwięków mowy można zaobserwować: wadliwą wymowę, przestawianie w wyrazach kolejności dźwięków, skracanie wypowiedzi do prostych zdań, przyswajanie wierszy w tempie powolnym, zapamiętywanie jedynie fragmentów usłyszanych wypowiedzi, trudności w rozumieniu i różnicowaniu dłuższych wypowiedzi, częste niezrozumienie treści głośno czytanego tekstu, patologicznie wydłużony okres sylabizowania i głoskowania, dysleksję typu słuchowego (Mihilewicz 2001: 37). U dzieci z zespołem MPD z dysfunkcjami dyzartrycznymi mogą występować agnozja akustyczna, zaburzenia słuchu dotyczące trudności różnicowania dźwięków mowy (Kułakowska 1997: 25).

## Projekt Metody Integracyjno-Słuchowej Symboli Dźwiękowych (MISSDź)

Koncepcja Projektu Metody Integracyjno-Słuchowej Symboli Dźwiękowych została opracowana na podstawie wyników badań dotyczących zaburzeń przetwarzania słuchowego u dzieci z porażeniem mózgowym w wieku siedem–dziesięć lat. Wiąże się on z tym, że dostrzega się potrzebę wczesnego poznawania i wykrywania zaburzeń percepcji słuchowej i kształtowania wrażliwości u dziecka w zakresie podstawowych cech dźwięków, jak głośność, wysokość, długość trwania dźwięku, rytm i barwa (Górska, Grabowska, Zagrodzka 1997: 141).

Z literatury wiemy, że obie półkule mózgu traktuje się jako pewien dynamiczny system, w którym każda z nich pełni istotną rolę. Słuch prozodyczny (melodyczny), pozwalający identyfikować melodię mowy, wysokość głosu, barwę, rytm, jest związany z percepcją bodźców niewerbalnych (Mihilewicz 2003: 9). Stąd opracowany projekt metody opiera się na muzyce, identyfikowaniu, różnicowaniu, kojarzeniu i przetwarzaniu sygnałów z symbolem dźwięków niewerbalnych przez bezpośrednią pamięć wzrokowo-słuchową dziecka.

## Główne założenia projektu

Metoda jest przeznaczona dla dzieci w wieku siedem–dziesięć lat z MPD, mogą też korzystać z niej dzieci sześciolatnie z zaburzeniami rozwojowymi, a szczególnie z zaburzeniami przetwarzania słuchowego, dzieci z dysleksją, z opóźnie-

niami rozwoju umysłowego, z zaburzeniami spostrzeżeń wzrokowych i emocjonalnymi. Metoda na płaszczyźnie dźwięków muzycznych, dźwięków naszego otoczenia, odgłosów przyrody umożliwia aktywizowanie rozwoju ruchowego, poznawczego, społecznego i pozwala na niwelowanie napięcia emocjonalnego oraz poprawienie koncentracji uwagi, poczucia rytmu, orientacji przestrzennej. W myśl teorii percepcyjno-integracyjno-słuchowej „[...] istotne znaczenie ma prawidłowy przebieg procesu odbioru i analizy informacji zmysłowej, integracyjne mechanizmy percepcji, sprzężenie zwrotne, które tworzą zintegrowaną całość rozwoju percepcyjno-słuchowego” (Górska, Grabowska, Zagrodzka 1997: 43).

Terapia tą metodą może być stosowana indywidualnie z dziećmi porażonymi mózgowo w stopniu lekkim, umiarkowanym i ciężkim, a także w małych grupach z przewlekłe chorymi. Liczba dzieci w grupie zależna jest od stopnia i obszaru posiadanych dysfunkcji. Ćwiczenia tą metodą usprawniają: analizator słuchowy, wzrokowy i kinestetyczno-ruchowy. Kształcą orientację w przestrzeni, zdolność integrowania struktur graficznych(symboli) z dźwiękiem, spostrzeganie, przetwarzanie słuchowe oraz poprawiają koncentrację uwagi.

Stosowane formy zajęć wyzwalają aktywność dziecka w kierunku różnicowania, przetwarzania dźwięków i kojarzenia ze znakami graficznymi (symbolami).

### **Tok metodyczny terapii Metodą Integracyjno-Słuchową Symboli Dźwiękowych**

1. Zabawy ruchowe z ćwiczeniami ruchowo-słuchowymi.
2. Poznawanie, różnicowanie i przetwarzanie integracyjno-słuchowe dźwięków, kojarzenie ich z symbolami oraz ich zapamiętywanie.
3. Wyrażanie treści prac plastycznych ilustrowanych utworem muzycznym.
4. Ćwiczenia relaksacyjne.

### **Zabawy ruchowe z ćwiczeniami ruchowo-słuchowymi**

Celem zabaw ruchowych z ćwiczeniami ruchowo-słuchowymi jest usprawnianie motoryki, doskonalenie zdolności słuchowych poprzez przetwarzanie dźwięków muzycznych, odgłosów przyrody, dźwięków otoczenia. Kształcą one również orientację w schemacie ciała i przestrzeni, koncentrację uwagi i kontrolę ruchów. Dzieci z MPD mają być zorientowane jednocześnie do obu

części ciała na określony kierunek ruchu. Ważna jest tu aktywność spontaniczna, ogólne rozluźnienie mięśni i świadome regulowanie napięcia mięśniowego. Silne napięcie mięśniowe powoduje wolne tempo pracy, męczliwość i powolność ruchową. U dzieci z MPD występują odruchy spastyczne i w tym przypadku potrzebna jest regulacja napięcia mięśniowego za pomocą prostych ćwiczeń naprzemiennych, aktywizujących, a potem relaksacyjnych, np. lekkie uderzanie dłonią i silne klaskanie, ściskanie palców jednej ręki drugą ręką i jej rozluźnianie. U dzieci z uszkodzonym OUN wypróbujemy wszystkie możliwe reakcje mięśniowe, do których jest zdolne w zakresie swoich możliwości ruchowych.

Opisywana metoda poszerza wiedzę o rzeczach znanych, bliskich i lubianych przez zastosowanie zagadek na temat odgłosów przyrody, dźwięków muzycznych i dźwięków otoczenia. W ten sposób dziecko rozwija mowę, wzbogaca słownictwo, kształci wyobraźnię i przetwarzanie słuchowe. Wszystkie doznania percepcyjne – wrażenia zmysłowe są przekazywane jako impulsy nerwowe w postaci reakcji ruchowych i traktowane jako jedność.

Przy odpowiedniej muzyce, którą zmieniamy na kolejnych zajęciach, pod wpływem ćwiczeń i zabaw u dzieci następuje ożywienie, pobudzenie, hamowanie, a także rozluźnianie napięcia emocjonalnego. Przy utworach muzycznych stosujemy zmiany tempa i przerwy muzyczne, aby wypełnić je odpowiednimi ćwiczeniami, przy czym nie zwracamy uwagi na nieskoordynowane ruchy dzieci z MPD.

Duże znaczenie w przetwarzaniu słuchowym ma odtwarzanie rytmu dowolną formą ruchu. Przy użyciu instrumentów muzycznych, klaskania, tupania, marszu dzieci porządkują swoje ruchy, nadając im rytm muzyki.

## **Poznawanie, różnicowanie, przetwarzanie integracyjno-słuchowe dźwięków, kojarzenie ich z symbolami oraz zapamiętywanie**

### **Różnicowanie i przetwarzanie słuchowe dźwięków w zakresie głośności**

Celem tej grupy ćwiczeń jest uaktywnienie funkcjonowania ośrodków mózgowych, stymulacja rozwoju umysłowego, rozwój procesów percepcji słuchowej w różnicowaniu, przetwarzaniu i kojarzeniu dźwięków z symbolami oraz ich zapamiętywanie.

W identyfikowaniu, różnicowaniu i przetwarzaniu dźwięków o różnej głośności, długości trwania, strukturach rytmicznych, wysokości ze względu na stopień trudności wyróżniłam trzy poziomy.

Identyfikowanie, różnicowanie i przetwarzanie dźwięków na pierwszym poziomie jest łatwiejsze i nie stwarza dziecku większych trudności, niż na poziomie drugim, gdzie występują pewne utrudnienia, czy też na poziomie trzecim, gdzie pojawiają się poważniejsze trudności.

## Dźwięki w zakresie głośności

### Poziom pierwszy

Wzory symboli	Dźwięki
Wzór 1. ↑↑↑	głośny, głośny, cichy,
Wzór 2. ↑↑↑	głośny, cichy, cichy, cichy
Wzór 3. ↑↑↑	cichy, cichy, głośny

### Poziom drugi

Wzory symboli	Dźwięki
Wzór 1. ↑↑↑	głośny, głośny, głośny
Wzór 2. ↑↑↑	cichy, cichy, cichy
Wzór 3. ↑↑↑	głośny, cichy, głośny

### Poziom trzeci

Wzory symboli	Dźwięki
Wzór 1. ↑↑↑	cichy, średnio głośny, głośny
Wzór 2. ↑↑↑	głośny, średnio głośny, cichy
Wzór 3. ↑↑↑	głośny, średnio głośny, głośny

### Kolejność ćwiczeń

- Na wstępie terapeuta wprowadza dźwięki: cichy, średnio głośny, głośny z jednocześnie nagranych sygnałami trąbki;
- Następnie demonstruje dzieciom wzory symboli w postaci pionowych strzałek oznaczające dźwięki o różnej głośności z jednoczesnym odsłuchiwaniem nagranych sygnałów trąbki i przyporządkowuje dany symbol skojarzonym i przetworzonym dźwiękom;
- Po zapoznaniu się przez dzieci z symbolami obrazującymi nagrane sygnały o różnej głośności, dzieci już samodzielnie różnicują dźwięki w zakresie głośności i zaznaczają na planszy z ilustracjami symboli (strzałki pionowe) kółeczkiem to miejsce, które identyfikuje się z przetworzonym słuchowo dźwiękiem obrazującym dany wzór w kolejności na poziomie pierwszym, drugim, trzecim;

- Dla utrwalenia różnicowania dźwięków o różnej głośności, identyfikowania ich z wzorem symboli w przetwarzaniu słuchowym terapeuta wykorzystuje pałeczki drewniane o trzech różnych długościach. Najdłuższa pałeczka oznacza dźwięk głośny, krótsza dźwięk średnio głośny, najkrótsza dźwięk cichy. Po usłyszeniu sygnałów danego wzoru symboli (poziomu pierwszego, drugiego, trzeciego) dzieci przyporządkowują pałeczki na stoliku w takiej kolejności, w jakiej usłyszały, zróżnicowały i przetworzyły słuchowo dźwięki w zakresie głośności oraz zidentyfikowały z danym wzorem symboli;
- W końcowej fazie różnicowania i identyfikowania wzoru symboli z dźwiękiem o różnej głośności następuje próba zaśpiewania przez terapeutę wraz z dziećmi zaprezentowanych wzorów dźwiękowych, np. cichy, średnio głośny, głośny i inne.

### Długość trwania dźwięków

Celem tych ćwiczeń jest różnicowanie dźwięków o tej samej barwie, natężeniu i częstotliwości ze względu na czas ich trwania przez przetwarzanie słuchowe zaprezentowanych sygnałów oraz kojarzenie ich ze wzorem symboli według stopniowania trudności na trzech poziomach.

Poziom pierwszy

Wzory symboli      Dźwięki

Wzór 1. →

→

→

krótki, krótki, krótki

Wzór 2. →

→

→

długi, długi, długi

Wzór 3. →

→

→

krótki, krótki, długi

## Poziom drugi

Wzory symboli      Dźwięki

Wzór 1. →

→

→

krótki, długi, krótki

Wzór 2. →

→

→

długi, krótki, krótki

Wzór 3. →

→

→

długi, długi, krótki

## Poziom trzeci

Wzory symboli      Dźwięki

Wzór 1. →

→

→

długi, średni, krótki

Wzór 2. →

→

→

krótki, średni, długi

Wzór 3. →

→

→ długi, krótki, długi

## Kolejność ćwiczeń

- Terapeuta wprowadza kolejno dźwięki: krótki, średni, długi z jednoczesnym nagraniem sygnałów trąbki;
- Potem demonstruje dzieciom wzory symboli w postaci poziomych strzałek oznaczających dźwięki ze względu na czas ich trwania z jednoczesnym odsłuchiwaniem nagranych sygnałów trąbki i przyporządkowuje dany symbol skojarzonym i przetworzonym dźwiękom;

- Na tym etapie dzieci już samodzielnie różnicują i przetwarzają długość trwania dźwięku i zaznaczają na planszy z ilustracjami symboli (strzałki poziome) kółeczkiem to miejsce, które identyfikuje się ze skojarzonym i przetworzonym słuchowo dźwiękiem na trzech poziomach;
- Dla utrwalenia tych ćwiczeń terapeuta wykorzystuje pałeczki drewniane o trzech różnych długościach. Najdłuższa pałeczka oznacza dźwięk długi, krótsza dźwięk średni, najkrótsza dźwięk krótki. Po usłyszeniu sygnałów danego wzoru symboli kolejno na trzech poziomach dzieci przyporządkowują pałeczki na stolikach w takiej kolejności, w jakiej usłyszały, zróżnicowały i przetworzyły słuchowo długość trwania dźwięku oraz zidentyfikowały go z danym wzorem symboli. Można urozmaicić ćwiczenie poprzez zobrazowanie sygnału długiego wyciągnięciem rąk w górę nad głowę w pozycji stojącej, średni sygnał zobrazują ręce rozłożone na boki ciała, na krótki sygnał dzieci siadają na krzeselkach. Na zakończenie ćwiczenia można dokonać próby dyktowania wzorów dźwięków i równocześnie układania pałeczek, np. wzór 1 – krótki, średni, długi albo wzór 2 – długi, krótki, długi i inne.

### Struktury rytmiczne sygnałów dźwiękowych

Celem tej grupy ćwiczeń jest rozwijanie sprawności przetwarzania czasowo-słuchowego w zakresie różnicowania krótkich i długich odcinków czasu na trzech poziomach oraz identyfikowanie rytmu sygnałów dźwiękowych i kojarzenie ich ze wzorem symboli.

#### Poziom pierwszy

Wzory symboli	Dźwięki
Wzór 1. ■■■■	krótki odcinek czasu
Wzór 2. ■■■	krótki odcinek czasu
Wzór 3. ■■■	długi odcinek czasu

#### Poziom drugi

Wzory symboli	Dźwięki
Wzór 1. ■■■	długi odcinek czasu
Wzór 2. ■■	długi odcinek czasu
Wzór 3. ■■	krótki odcinek czasu



## Poziom trzeci

Wzory symboli	Dźwięki
Wzór 1. ■■■■■■	krótki odcinek czasu
Wzór 2. ■■■■	długi odcinek czasu
Wzór 3. ■■■■	długi odcinek czasu

### Kolejność ćwiczeń

- Na początku terapeuta wprowadza dźwięk krótkiego odcinka czasu i długiego odcinka czasu przy jednoczesnym nagraniu rytmu sygnałów bębienka;
- Następnie demonstruje dzieciom wzory symboli w postaci niedużej wielkości kwadracików oznaczających sygnał struktury rytmicznej długiego i krótkiego czasu trwania z jednoczesnym odsłuchiowaniem nagranych sygnałów bębienka i przyporządkowuje dany symbol skojarzonym, przetworzonym i zapamiętanym dźwiękom;
- Gdy dzieci zapoznają się z symbolami długiego i krótkiego odcinka czasu, samodzielnie różnicują dźwięki czasowo-słuchowe rytmu sygnałów bębienka i zaznaczają na planszy z ilustracjami symboli (kwadraciki) kółeczkiem to miejsce, które identyfikuje się z przetworzonym sygnałem w kolejności na trzech poziomach;
- Utrwalając przetwarzanie czasowo-słuchowe w zakresie różnicowania krótkich i długich odcinków czasu na trzech poziomach oraz identyfikowanie rytmu sygnałów dźwiękowych i kojarzenie ich ze wzorem symboli terapeuta sam wystukuje końcem pałeczki rytm, a dzieci po odsłuchaniu zaznaczają na planszy z ilustracjami symboli to miejsce, które oznacza odstukany wzór. Następnie dzieci końcem pałeczki próbują wystukać podaną przez terapeutę strukturę rytmiczną.
- Dla utrwalenia tych ćwiczeń każde dziecko otrzymuje trzy plansze ze wzorami symboli struktur rytmicznych i kopertę z kwadratowymi kartonikami oznaczającymi wzory symboli. Na sygnał bębienka dziecko wybiera najpierw planszę (jedną spośród trzech) tę, której wzór zostaje skojarzony i przetworzony z sygnałem bębienka, następnie odszukuje wzór i przyporządkowuje go z zidentyfikowanym i skojarzonym sygnałem do wybranej planszy. Wzór symboli na kwadraciku ma być taki sam, jak na planszy. W taki sposób postępujemy ze wzorem symboli na planszy drugiej, a następnie na trzeciej.

## Różnicowanie i przetwarzanie wysokości dźwięku

Celem tych ćwiczeń jest rozwijanie sprawności różnicowania i przetwarzania różnych tonów w zakresie wysokości poprzez identyfikowanie relacji między wysokościami trzech sygnałów dźwiękowych o tej samej barwie i natężeniu na trzech poziomach oraz kojarzenie ich ze wzorem symboli.

### Poziom pierwszy

Wzory symboli	Dźwięki
Wzór 1.	wszystkie dźwięki są takie same,
Wzór 2.	drugi dźwięk jest wyższy od pierwszego, a trzeci niższy od drugiego,
Wzór 3.	dźwięk pierwszy jest wyższy, drugi niższy, a trzeci wyższy

### Poziom drugi

Wzory symboli	Dźwięki
Wzór 1.	dźwięk pierwszy i drugi wyższy, dźwięk trzeci niższy
Wzór 2.	dźwięk pierwszy niższy, drugi trzeci dźwięk wyższy
Wzór 3.	dźwięk pierwszy i drugi niższy, dźwięk trzeci wyższy

### Poziom trzeci

Wzory symboli	Dźwięki
Wzór 1.	dźwięk niższy, wyższy, najwyższy
Wzór 2.	dźwięk najwyższy, niższy, najniższy
Wzór 3.	dźwięk najwyższy, niższy, niższy

### Kolejność ćwiczeń

- Terapeuta wprowadza kolejno dźwięki: niższy, wyższy, najwyższy, najniższy z jednoczesnym nagraniem sygnałów trąbki;
- Następnie demonstruje dzieciom wzory symboli dźwięków w zakresie wysokości (częstotliwości) z jednoczesnym odsłuchiwaniem nagranych sygnałów trąbki przyporządkowując dany symbol skojarzonym i przetworzonym dźwiękom;
- Dzieci samodzielnie różnicują i przetwarzają różne tony w zakresie wysokości przez identyfikowanie relacji między wysokościami trzech sygnałów

dźwiękowych o tej samej barwie i natężeniu i zaznaczają na planszy z ilustracjami symboli kółeczkiem to miejsce ze skojarzonym słuchowo dźwiękiem na trzech poziomach;

- Dla utrwalenia ćwiczenia wykorzystywane są pałeczki drewniane o różnych długościach – najdłuższa oznacza dźwięk najwyższy, krótsza dźwięk niższy, najkrótsza dźwięk najniższy (dzieci wykonują ćwiczenia na stoliku układając pałeczki według usłyszanego sygnału);
- Inne ćwiczenie. Terapeuta podaje dziecku trzy plansze ze wzorami symboli i włącza nagrane sygnały dźwiękowe. Dziecko podnosi w górę wybraną planszę obrazującą wysłuchany, skojarzony i przetworzony dźwięk.

### Różnicowanie i przetwarzanie słuchowe dźwięków w zakresie barwy

Celem tych ćwiczeń jest rozwijanie zdolności różnicowania i przetwarzania dźwięków w zakresie barwy trzech różnych instrumentów z jednoczesnym odsłuchiwaniem nagranych melodii z brzmień trąbki, klarnetu i fletu i przyporządkowanie ich odpowiedniej ilustracji instrumentu.

#### Poziom pierwszy

##### Ilustracje instrumentów



##### Barwa trzech instrumentów

barwa dźwięku trąbki



barwa dźwięku klarnetu



barwa dźwięku fletu

#### Kolejność ćwiczeń

- Najpierw terapeuta wprowadza dźwięk trąbki, potem dźwięk klarnetu, a następnie dźwięk fletu z jednoczesnym nagraniem sygnałów tych instrumentów;
- Po wprowadzeniu dźwięków demonstruje dzieciom ilustracje trzech instrumentów (trąbki, klarnetu, fletu) z jednoczesnym odsłuchiwaniem kolejno

nagranych dźwięków tych instrumentów i przyporządkowuje daną barwę dźwięków ilustracji wybranego instrumentu;

- Potem dzieci samodzielnie różnicują i przetwarzają słuchowo różne sygnały w zakresie barwy dźwięku trąbki, klarnetu i fletu, a następnie wybierają odpowiednią planszę z ilustracją zidentyfikowanego instrumentu.

## Wyrażanie treści prac plastycznych ilustrowanych utworem muzycznym

Celem wyrażania treści prac plastycznych ilustrowanych utworem muzycznym jest rozwijanie wrażliwości estetycznej, twórczości plastycznej i wyobraźni dziecka.

Najpierw przygotowujemy na każdym stoliku do wyboru: farby, pędzelek, flamastry, kredki, kolorowe kredy, duży arkusz papieru, szmatki. Każde dziecko siedzi przy osobnym stoliku. Dzieci instruujemy, że przy muzyce same wybiorą potrzebne im do pracy przybory (dowolna technika). Włączamy muzykę, dzieci chwilę wsłuchują się w melodię i zaczynają malować. Po wykonaniu obrazka zachęcamy dzieci do wyrażania pewnych treści, które skojarzyły im się z muzyką. Dzieci opowiadają o swoich skojarzeniach. Następnie organizujemy wystawę prac i na kolejnych zajęciach stosujemy różne inne techniki do wyrażania treści obrazka.

## Relaksacja

Zajęcia można zakończyć relaksacją odpowiednio dobraną przez terapeutę. Tu ważną rolę odgrywa terapeuta wprowadzający dziecko w stan relaksu, w stan odprężenia psychofizycznego. W ten sposób wprowadzamy dziecko do rozwijania zdolności słuchania i współodczuwania.

Nie zawsze muszą występować wszystkie elementy toku metodycznego terapii MISSDż, chociażby wyrażanie treści prac plastycznych ilustrowanych utworem muzycznym. Każde zajęcie trwa 45 minut. Nie określa się liczby ćwiczeń, ale ich efekty, czyli poprawność przetwarzania słuchowego dźwięków jak głośność, długość trwania dźwięków, sprawność przetwarzania czasowo-słuchowego, przetwarzania tonów, w zakresie wysokości i w zakresie barwy.

## Podsumowanie

- Na podstawie wyników badań u dzieci z MPD poziom percepcji słuchowej w przetwarzaniu dźwięków w zakresie głośności, czasu trwania, rytmu, wysokości, barwy był znacznie niższy w stosunku do dzieci zdrowych (grupa kontrolna). Sygnały pochodzące ze zmysłów docierają do kory mózgowej dziecka z MPD znacznie wolniej niż u dziecka zdrowego;
- Uzyskane wyniki z badań pozwoliły na skonstruowanie projektu Metody Integracyjno-Słuchowej Symboli Dźwiękowych (MISSDż), która wspomaga rozwój dzieci z zaburzeniami przetwarzania słuchowego;
- W metodzie MISSDż duże znaczenie przypisuje się prawidłowemu przetwarzaniu dźwięków odbieranych drogą słuchową w celu uwzględnienia tworzenia się wrażliwości dziecka na przerwy czasowe;
- Dziecko z MPD rozwija swoje umiejętności w zakresie schematu przetwarzania czasowo-słuchowego przez bezpośrednią pamięć słuchową, włączając jednocześnie inne modalności, gdzie czynnik czasu odgrywa istotną rolę w procesie percepcji i ekspresji językowej;
- Metoda MISSDż ma skuteczny wpływ na prawidłowe przetwarzanie słuchowe w programach rehabilitacji we wszystkich ośrodkach, które zajmują się pomocą dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania słuchowego.

## Bibliografia

- Bryant E.P., Colman A.M. (red.) (1995), *Psychologia rozwojowa*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań
- Chmielewska E. (1996), *Zabawy logopedyczne i nie tylko. Poradnik dla nauczycieli i rodziców*, Kielecka Oficyna Wydawnicza MAC, Kielce
- Górska T., Grabowska A., Zagrodzka J. (red.) (1997), *Mózg a zachowanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Kułakowska Z. (1997), *Zaburzenia rozwoju mowy w mózgowym porażeniu dziecięcym*, [w:] *Mózgowe porażenie dziecięce*, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova, Wydawnictwo DIG, Warszawa
- Michałowicz R. (1993), *Mózgowe porażenie dziecięce*, PZWL, Warszawa
- Mihilewicz S. (2001), *Współwystępowanie zespołu nadpobudliwości z deficytem uwagi u dzieci z dysleksją*, [w:] *Dziecko z trudnościami w rozwoju*, red. S. Mihilewicz, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Mihilewicz S. (2003), *Zaburzenia przetwarzania słuchowego u dzieci z porażeniem mózgowym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław

## Supporting the development of children with auditory processing disorder in children with Cerebral Palsy (CP)

### Summary

The article includes short characteristic of infantile cerebral palsy (ICP), sense of hearing, disturbances in reception of auditory stimulants in children with infantile cerebral palsy.

Results of research in auditory processing in children with infantile cerebral palsy make the design in Integral-Auditory Method of Sound Symbols.

This method helps in functional, auditory development in children with infantile cerebral palsy including rehabilitative programs.

**Key words:** cerebral palsy infantile, auditory processing, syndromes: pyramidal syndrome, extrapyramidal syndrome, cerebellar syndrome, sense of hearing, sounds

## **Formy kontaktu z muzyką w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną na przykładzie Domu Pomocy Społecznej im. bł. Jana Pawła II w Krasnymstawie**

*Człowiek jest przepętniony rytmem, choćby dlatego, że jego pierwsze doświadczenie jakie zdobywa to rytym, w którym jest sam z uderzeniami serca matki. W jego głębokiej samotności w tonie matki nic nie działa na niego tak silnie jak muzyka serca.*

G. Harrer

### **Streszczenie**

Muzyka jest ważnym elementem w życiu każdego człowieka, gdyż działa nie tylko na stan emocjonalny, ale także na stan fizyczny. Celem artykułu jest pokazanie form kontaktu z muzyką w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną zamieszkującymi w Domu Pomocy Społecznej im. bł. Jana Pawła II w Krasnymstawie.

Słowa kluczowe: muzyka, Mobilna Rekreacja Muzyczna, pantomima, taniec

### **Wprowadzenie**

Muzyka jest sztuką, której tworzywem są percypowane przez ludzi dźwięki wytwarzane przez nich głosem lub za pomocą instrumentów muzycznych (Bilica 2007: 508). Daje możliwość obcowania ze sztuką uniwersalną, jest obecna na każdym kontynencie, od wieków towarzyszy człowiekowi. Silnie łączy ludzi z otaczającą ich rzeczywistością, jest to więc ze światem zewnętrznym, emocjami, doświadczeniami i wspomnieniami. Muzyka może odprężyć, dawać energię, zmieniać nastawienie i emocje, stymulować rozwój poznawczy, pobudzać wyobraźnię, dawać siłę do walki, wspierać duchowo. Działa bowiem na emocje, umysł i ciało (Stachyra 2012: 61). Muzyka dzięki swoim niezwykłym właściwościom może być wspianiałym narzędziem terapeutycznym. Siła jej tkwi w elastyczności, polisemantyczności, mnogości stylów i gatunków. Może docierać do człowieka bez konieczności angażowania jego uwagi, pasywnie,

ale może też być kreowana, być wynikiem przeżyć zachodzących w trakcie sesji i w życiu. Na muzykę reagują wszyscy, wykształceni muzycy jak i ludzie bez talentu muzycznego, dzieci i osoby w podeszłym wieku, zdrowi i chorzy. Muzyką można cieszyć się samemu i dzielić się nią z innymi. Stanowi klucz do wyzwolenia różnych stanów świadomości, wzbudzenia rezonansu emocjonalnego i stymulowania wyobrażeń. Może sprzyjać osłabieniu działania mechanizmów obronnych człowieka, dzięki temu umożliwiać pełniejsze zagłębienie się w jego wewnętrzny świat doświadczeń. Przyczynia się też do uwolnienia emocji i przeżyć, dostarczając przez to ciągłości doświadczeń. Nadaje strukturę doznaniom, jest inicjatorem, wsparciem i mediatorem głębokich wewnętrznych przeżyć. Muzyka prowadzi człowieka bezpośrednio poprzez niewerbalne doświadczenia i ułatwia przemieszczenie się pomiędzy różnymi stanami świadomości (Stachyra 2012: 62–63). Zdolność rozumienia muzyki jest inna u każdego człowieka i zależy od wielu czynników, m.in. warunków rozwoju, środowiska kulturowego, doświadczeń, bogactwa spostrzeżeń. Każdy utwór muzyczny, prócz zawartej w nim treści emocjonalnej, jest dziełem niezwykle dokładnie uporządkowanym według pewnych reguł kompozycji muzycznych (Jutrzyzna 2007: 36). Muzyka stwarza możliwość oddziaływania na człowieka, jego ciało, umysł i ducha. Wpływa na rozwój świadomości własnego ciała, koncentrację i pamięć. Pobudza też ciało, wyzwala spontaniczność i mobilizuje do pracy w pogodnym nastroju. Zajęcia z wykorzystaniem muzyki i ruchu pobudzają do aktywności wszystkie osoby, nawet te z dużymi ograniczeniami ruchowymi i umysłowymi. Z jednej strony muzyka pobudza osoby apatyczne i bierne, z drugiej potrafi uspokoić osoby nadmiernie aktywne i agresywne (Miosga 2006: 71).

Wpływ muzyki na psychikę człowieka, ze względu na działanie katartyczne, aktywizujące, relaksacyjne, oddechowe i inne można określić jako „psychotropowy”. Podczas słuchania ulubionej piosenki doznajemy uczucia radości lub wzruszenia, które objawiają się przyspieszeniem lub zwolnieniem oddechu oraz wzrostem lub zmniejszeniem napięcia mięśniowego. Zmiany te mają indywidualny charakter. Stwierdzono, że zdolność pojmowania muzyki zlokalizowana jest w prawej półkuli mózgowej, a od jej harmonijnego rozwoju zależy nabywanie podstaw myślenia. Z punktu widzenia biochemizmu komórkowego wpływ muzyki na stany emocjonalne tłumaczy się stymulacją sekrecji endorfin, które mają ogromny wpływ na uczucie przyjemności i zadowolenia.

Biorąc pod uwagę tak liczne możliwości oddziaływania na organizm człowieka za pomocą muzyki, warto ją wykorzystać na różne sposoby. Zauwa-



żono też walory terapeutyczne we wspomaganiu rozwoju psychofizycznego osób niepełnosprawnych. Rozwoju rozumianego zarówno w kontekście zdobywania nowych umiejętności, jak również w szerszym zakresie: fizyczno-motorycznym, stymulacji zmysłów, stymulacji procesów poznawczych, emocjonalno-społecznych, aktywizujących. Terapeutycznym zadaniem muzyki jest zachęcanie do podejmowania działania, którego być może nikt by nie rozpoczął. Muzyka pomaga zintegrować osoby, które są bardzo nieufne i niechętne zmianom, jakie dokonują się w ich otoczeniu (Raszewska, Kuleczka 2009: 3–4). Formy ekspresji muzycznej, ruchowej i werbalnej powinny być w terapii osób upośledzonych umysłowo wykorzystywane nie tylko do zaspokojenia potrzeb emocjonalnych i estetycznych, lecz także służyć socjalizacji, uruchamianiu istniejących i rozwijaniu potencjalnych dyspozycji muzycznych i psychomotorycznych oraz ogólnych dyspozycji umysłowych, jak zdolność spostrzegania, naśladowania, koncentracji uwagi, myślenia, zapamiętywania, tworzenia, dokonywania samodzielnej obserwacji, umiejętności identyfikacji i różnicowania (Stadnicka 1998: 14).

## Dom Pomocy Społecznej im. bł. Jana Pawła II w Krasnymstawie

Dom Pomocy jest miejscem, gdzie przebywają osoby wymagające całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogące samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.).

W Domu Pomocy Społecznej im. bł. Jana Pawła II w Krasnymstawie i jego filiach zamieszkuje 295 osób. Z czego w Krasnymstawie przy ul. Kwiatowej mieszka 175 osób z niepełnosprawnością intelektualną – są to dzieci, młodzież i osoby dorosłe z różnym stopniem upośledzenia. W filii w Bzowcu mieszka 55 osób przewlekłe psychicznie chorych, a filiiach w Stężycy Nadwieprzańskiej i Ostrowie Krupskim łącznie 65 przewlekłe somatycznie chorych.

W Domu Pomocy Społecznej bardzo ważna jest aktywizacja mieszkańców, a zajęcia z wykorzystaniem muzyki dają każdemu szansę wyrażenia siebie w dostępnej i indywidualnej formie, określonej jego wewnętrznymi i zewnętrznymi predyspozycjami. Pozwalają na wybór takiej formy twórczości, która odpowiada indywidualnym uzdolnieniom oraz możliwościom danej osoby. W zajęciach z wykorzystaniem muzyki mogą uczestniczyć wszyscy, bez względu na poziom umiejętności muzycznych, stopień niepełnosprawności czy rodzaj

zaburzeń (Stachyra 2012: 29). Mogą to być zarówno dzieci, młodzież, osoby dorosłe jak i osoby w podeszłym wieku. Praca terapeutyczna z osobami z niepełnosprawnością intelektualną wymaga nawiązania z nimi wielopłaszczyznowego kontaktu (Woźniczka 2012: 168).

Zajęcia z wykorzystaniem muzyki w DPS prowadzi trzech instruktorów, którzy ściśle współpracują z innymi członkami zespołu terapeutyczno-opiekuńczego – psychologami, fizjoterapeutami, opiekunami, pielęgniarkami, terapeutami zajęciowymi. Udział w zajęciach jest dobrowolny, a ich rodzaj dostosowany jest zawsze do możliwości, potrzeb i zainteresowań danej osoby. Uczestnicy zajęć muzycznych mają do dyspozycji: keyboard, pianino elektroniczne, perkusję, bongosy, gitarę akustyczną, gitarę klasyczną, gitarę elektryczną, akordeon, flety, zestaw Orffa, w skład którego wchodzi: tamburyn, marakasy, kastaniety drewniane, trójkąt, dzwonki, tamburyn z membraną, klawesy drewniane. Także płyty z muzyką relaksacyjną, odtwarzacze nośników, nagłośnienie, mikrofony. W ramach muzykoterapii prowadzone są zajęcia z Mobilnej Rekreacji Muzycznej (MRM) oraz tzw. psychorysunek.

## Zajęcia z Mobilnej Rekreacji Muzycznej (MRM)

Jest to uporządkowany elementarnie układ ćwiczeń rytmicznych, oddechowych, ruchowych, perkusyjnych oraz wyobraźeniowych i relaksacyjnych stymulowanych różnego rodzaju muzyką.

Mobilna rekreacja składa się z pięciu głównych elementów:

1. Odciążenie – początek procesu redukcji wzmożonego napięcia psychofizycznego, który kończy się wraz z zajęciami;
2. Zrytmizowanie – integracja poprzez skoordynowany rytm, muzykowanie perkusyjne i ruch;
3. Uwrażliwienie – np. muzyczne, plastyczne, poetyckie;
4. Relaksacja – nauka różnych form wypoczynku;
5. Aktywizacja – muzyczna, korektywna, ruchowa, zdolności twórczych.

Ćwiczenia Mobilnej Rekreacji Muzycznej są łatwe i mają za zadanie przede wszystkim integrację ich wykonawców o minimalnej nawet wrażliwości muzycznej. Każdy etap MRM obejmuje kilka lub kilkadziesiąt ćwiczeń, których wykonywanie gwarantuje realizację określonego celu (Kierył 1996: 44).

Dodatkowo jako odrębną formę muzykoterapii stosuje się relaksację, która między innymi:

- wspomaga rozwój osobowości,
- prowadzi do wyciszenia emocjonalnego,
- rozładowuje zastarzałe urazy i przeżycia silnie zaburzające psychikę,
- pomaga w przyjęciu postawy krytycznego myślenia,
- wpływa pozytywnie na poprawę samoświadomości i koncentrację uwagi,
- umożliwia bezkonfliktowe przystosowanie się do zmieniających się warunków życia (Kronberger 2003: 145).

Prowadzone przez terapeutę indywidualne zajęcia mają na celu naukę utworów muzycznych, ćwiczenie pomięci i koncentracji, naukę emisji głosu i interpretacji, rozładowanie negatywnych napięć, a także grę na prostych instrumentach perkusyjnych (tzw. instrumentarium Orffa).

Zajęcia w grupach organizowane są dla osób o różnej sprawności intelektualnej i fizycznej. Polegają na wspólnym słuchaniu muzyki, śpiewaniu piosenek, zabawach ruchowych i tanecznych przy muzyce.

W terapii muzyką, ruchem i mową wykorzystywane są rozmaite formy, m.in. pantomima, taniec, recytacje, teatr.

Pantomima jest niezastąpionym środkiem umożliwiającym spontaniczne wyrażanie emocji, a główną jej funkcją jest przekazywanie ważnych, często trudnych komunikatów z wykorzystaniem mimiki i gestów. Przyczynia się do rozwijania harmonii ciała poprzez jego koordynację z umysłem, do rozwoju kompetencji niewerbalnych, pomaga w rozumieniu i wyrażaniu zachowań paralingwistycznych. Pobudza i uwalnia uczucia za pomocą ruchów ciała i przybierania odpowiedniej pozy. Przyczynia się do korygowania zachowań preferowanych przez uczestników, a odzwierciedlających ich zaburzoną osobowość. Pozwala to na poszerzenie repertuaru ruchów uczestnika, a także na wyrażanie i odbiór stanów psychicznych drugiego człowieka. Funkcja profilaktyczna pantomimy daje możliwość pracy nad kształtowaniem samokontroli, poznawcza na poszerzanie repertuaru zachowań i poprawie efektywności funkcjonowania w społeczeństwie. Podobną rolę odgrywa funkcja adaptacyjna, czyli ułatwiająca dostosowanie się do wymogów świata zewnętrznego. Funkcja estetyczna z kolei dostarcza przeżyć z zakresu wrażliwości na piękno i daje możliwość uczestniczenia w procesie twórczym, a zabawowa ma właściwości aktywizujące mieszkańca do uczestnictwa w zajęciach.

W pantomimie stosowana jest metoda grupowa, która polega na wspólnym przedstawianiu pantomimy lub przyjęciu roli obserwatora, oraz metoda indy-

widualna polegająca na odgrywaniu roli przez jednego z uczestników i dotyczy jakiegoś jednego zasygnalizowanego problemu (Konieczna 2003: 97–98).

W bieżącym roku mieszkańcy DPS podczas XX Międzynarodowego Przejścia Zespołów Artystycznych Domów Pomocy Społecznej w Białymstoku zaprezentowali przedstawienie pt. „Otwórz oczy”.

Taniec jest jedną z ulubionych form spędzania czasu wolnego przez mieszkańców Domu. Jest nie tylko odpowiednim ustawieniem ciała, wykonaniem określonych kroków i ewolucji ruchowych w wyznaczonym czasie i rytmie – taniec przede wszystkim stanowi formę ekspresji. Pomaga poprzez określoną kompozycję ruchów wyrazić własne odczucia. Nawet gdy pewne emocje nie zostały wcześniej zdefiniowane, taniec pozwala je wyeksponować. Zastosowanie określonych zestawów ruchów ujętych w pewne sekwencje pomaga odzwierciedlić tkwiące w człowieku emocje oraz nastroje.

Poprzez taniec staramy się oddać nastrój muzyki, jej charakter, a także uwalniane emocje. Umiejętne odbieranie i wyczuwanie wszelkich niuansów muzycznych ma znaczący wpływ na ekspresję ruchów. Do tańca niezbędny jest rytm, który pomaga uzewnętrznić tłumione przez człowieka emocje, bez względu na ich charakter. Ekspresja, wynikająca z najgłębszych pokładów naszych doznań, potrzeb, pragnień i tęsknot, sprawia, że potrafimy całkowicie i bez jakichkolwiek oporów zaangażować się w taniec. To zaangażowanie oparte na rytmie muzycznym wpływa na aktywizację całego organizmu, a ruch ciała podporządkowuje się muzyce. Kiedy ona kieruje odczuciami, to umysł i ciało pracują w harmonii (Kronenberger 2006: 190–192).

Recytacja – mieszkańcy uczą się wybranych tekstów i recytują je z podkładem muzycznym uświetniając tym okolicznościowe imprezy.

Teatr (zajęcia teatralno-muzyczne) – pod kierunkiem instruktorów mieszkańcy przygotowują skromne przedstawienia, które prezentują podczas uroczystości organizowanych przez Dom, a także na występach gościnnych. Role w przedstawieniach dobierane są indywidualnie do możliwości danego mieszkańca. Podczas prób aktorzy uczą się tekstów na pamięć, odpowiedniego ich interpretowania, ruchu scenicznego oraz posługiwania się rekwizytami. Pomagają przygotowywać scenografię, rekwizyty i kostiumy, w których występują.

## Psychorysunek

Zajęcia polegają na tym, że mieszkańcy wykonują prace plastyczne, słuchając utworów muzycznych. Chętnie przelewają na papier swoje odczucia i wrażenia, jakich przy tym doznają.

Dumą Domu jest prężnie działający zespół integracyjny Tonacja, w skład którego wchodzi zarówno mieszkańcy jak i pracownicy. Podczas systematycznych prób zespół ćwiczy teksty i melodie, poszerza swój repertuar, uczy się poruszania na scenie. Wykonuje różnorodny repertuar muzyczny, między innymi: piosenki religijne, patriotyczne, ludowe, szanty, kołędy, poezję śpiewaną, muzykę rozrywkową. Swymi występami uświetnia imprezy organizowane przez Dom, bierze również w koncertach tematycznych, występuje w kościołach, areszcie śledczym. Uczestniczy w licznych konkursach, przeglądach artystycznych i festiwalach krajowych i międzynarodowych, nagrywa płyty. W ubiegłym roku zespół nagrał płytę pt. *Tłumy serc* w hołdzie patronowi Domu bł. Janowi Pawłowi II, którego imię nosi od 2011 roku. Utrwalono na niej ulubione utwory Jana Pawła II oraz skomponowane do jego poezji.

Piosenki i pieśni są niezbędnym elementem uwrażliwienia muzycznego i odgrywają bardzo istotną rolę w kształceniu wrażliwości muzycznej, umiejętności słuchania, utrzymania właściwego tempa, wysokości dźwięku, rytmu, cieniowania dynamicznego i artykulacyjnego, operowania głosem (Kronenberger 2006: 108).

Od 2011 roku działa chór, który powstał z okazji pięćdziesięciolecia Domu i nadania mu imienia. W skład chóru wchodzi zarówno osoby niepełnosprawne intelektualnie, jak i mieszkańcy filii, czyli osoby przewlekle psychicznie chore i osoby przewlekle somatycznie chore. Śpiew chóralny wpływa na kształcenie wrażliwości muzycznej oraz daje okazję do poznania obszernego zakresu literatury muzycznej. Utrwała także pewne wzory zachowań, uczy dyscypliny, pracy w zespole, prowadzi do integracji, akceptacji drugiego człowieka, współodpowiedzialności.

Terapia z zastosowaniem śpiewu, oprócz samej aktywności wokalne obejmuje także wszelkiego rodzaju zadania twórcze, jak: improwizacje głosowe, modyfikacje tematów melodycznych, rytmizowanie fraz, opracowanie wokalne wybranych tekstów (Kronenberger 2006: 109).

Wspólne spotkania chóru i zespołu Tonacja zbliżają do siebie mieszkańców i pracowników, są czasem poświęconym nie tylko na próby, ale także na nawiązywanie nowych kontaktów, znajomości, dzielenie się doświadczenia-

mi i przeżyciami. Dom ma różne profile i mieszkają w nim osoby z różnymi schorzeniami, terapia metodą MRM pokazuje, jak olbrzymią rolę odgrywa integracja.

Koncerty, wyjazdy są bardzo ważne dla mieszkańców. I choć każdy występ poprzedzony jest próbami, nauką nowych tekstów, czasem długotrwałą i męczącą pracą wielu osób, to zawsze stanowi sukces. Poprzez występy i kontakty ze społecznością mieszkańcy Domu czują się potrzebni, wartościowi, a ich postawa może być wzorem dla osób zdrowych i sprawnych.

## Bibliografia

- Bilica K. (2007), *Muzyka*, [w:] *Muzyka, kompozytorzy i wykonawcy, prądy i kierunki dzieła*, red. S. Żurawski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa
- Jutrzyzna E. (2007), *Niepełnosprawni w świecie muzyki*, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa
- Kieryl M. (1996), *Elementy Terapii i Profilaktyki Muzycznej*, ISDS, Warszawa
- Konieczna E.J. (2003), *Arteterapia w teorii i praktyce*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Kronenberger M. (2006), *Rytmika, rytm, ruch, muzyka, estetyka, kształcenie, wychowanie, profilaktyka, terapia, taniec, teatr*, Wydawnictwo Global Enterprises, Łódź
- Kronenberger M. (2003), *Muzykoterapia. Podstawy teoretyczne do zastosowania muzykoterapii w profilaktyce stresu*, Mediatour Sp. z o.o., Szczecin
- Miosga L. (2006), *Pomóż mi być. Komunikacja i stymulacja zmysłowa osób ze znaczną i głęboką niepełnosprawnością umysłową*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
- Raszewska M., Kuleczka W. (2009), *Muzyka otwiera nam świat*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk
- Stachyra K. (red.) (2012), *Podstawy muzykoterapii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
- Stadnicka J. (1998), *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.)
- Woźniczka E. (2012), *Rola zajęć terapeutycznych w procesie wspierania i rozwoju dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

## Forms of contact with music in the work with people with intellectual disabilities, illustrated by the example of Social Welfare House of Bl. John Paul II in Krasnystaw

### Summary

Music is an important element in every man's life as it works not only on his emotional state but also physical. The main purpose of the following article is to show how music and varied forms of contact with it help to work with mentally handicapped people living in John Paul's II Nursing Home in Krasnystaw. It shows forms and aims of activities performed during music classes in this place.

Key words: music, Mobile Musical Recreation, mime, dancing

## O Autorach

- BARANIEWICZ Danuta** – doktor, Instytut Pedagogiki Specjalnej, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
- BARTNIKOWSKA Urszula** – doktor habilitowany, profesor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Katedra Pedagogiki Specjalnej i Psychologii
- BARTUŚ Ewa** – doktor, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku
- CZERWIŃSKA Kornelia** – doktor, Zakład Tyflopädagogiki, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
- ĆWIRYŃKAŁO Katarzyna** – doktor, Katedra Pedagogiki Specjalnej i Psychologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie
- GROMADA Magdalena** – magister, zastępca dyrektora Warsztatów Terapii Zajęciowej Stowarzyszenia Pomocy Socjalnej Gaudium et Spes w Krakowie
- GUNIA Grażyna** – doktor habilitowany, profesor Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Instytut Pedagogiki Specjalnej
- JANAS Jolanta** – magister, dyrektor Warsztatów Terapii Zajęciowej Stowarzyszenia Pomocy Socjalnej Gaudium et Spes w Krakowie
- KONARSKA Joanna** – doktor habilitowany, profesor Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Instytut Pedagogiki Specjalnej
- KORNAŚ Dorota** – doktor, Instytut Pedagogiki Specjalnej, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
- KUJAWSKA-LIS Ewa** – doktor habilitowany, profesor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Katedra Filologii Angielskiej
- LIS-KUJAWSKI Andrzej** – doktor, Katedra Pedagogiki Specjalnej i Psychologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie
- MASŁOWSKA Monika** – magister, Instytut Pedagogiki Specjalnej, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
- MIHILEWICZ Stanisława** – doktor habilitowany, profesor Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu, Instytut Pedagogiki
- MILER-ZDANOWSKA Kamila** – magister, Zakład Tyflopädagogiki, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie
- MRÓZ Aneta** – magister, dyrektor Domu Pomocy Społecznej im. bł. Jana Pawła II w Krasnymstawie
- PAJĄK Katarzyna** – magister, Instytut Pedagogiki Specjalnej, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
- SKIBSKA Joanna** – doktor, Katedra Pedagogiki, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej
- SZAFRAŃSKA Karina** – doktor, PEDAGOGIUM Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie



---

**SZYMAJDA Agnieszka** – magister, Instytut Pedagogiki Specjalnej, Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

**WĄTOREK Agnieszka** – doktor, logopeda w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym nr 2 w Krakowie

**WOJCIECHOWSKA Justyna** – doktor, Katedra Pedagogiki, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

**ŻURAW Hanna** – doktor habilitowany, profesor PEDAGOGIUM Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie



## Spis treści

### Table of contents

Wprowadzenie.....	5
<i>Introduction</i>	
CZĘŚĆ I	
Teoretyczna perspektywa wspierania rozwoju osób z niepełnosprawnością.....	9
PART I	
<i>Theoretical perspective for development support of people with disabilities</i>	
Joanna Konarska	
Zapobieganie paradoksom rehabilitacyjnym w euforii inkluzji .....	11
<i>Prevention of rehabilitative paradoxes in euphoria of inclusion</i>	
Hanna Żuraw	
W stronę kompetencji społecznych. Edukacja przeciw wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych intelektualnie.....	30
<i>Towards the social competencies. Education against social exclusion of people with intellectual disabilities</i>	
Justyna Wojciechowska	
Społeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością – tożsamość wyrażona w komunikowaniu .....	48
<i>Social functioning of persons with disabilities – identity expressed in communication</i>	
Karina Szafrńska	
Osoba niepełnosprawna intelektualnie w stopniu lekkim w sytuacji konfliktu z prawem .....	58
<i>A person with mild intellectual disability in the situation of the conflict with the law.....</i>	75
Agnieszka Wątopek	
Strategie unikania błędów językowych u dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną.....	76
<i>Strategies to prevent lingual mistakes in children with mild intellectual disabilities.....</i>	88

<b>Kornelia Czerwińska</b>	
Słabowzroczność a realizacja zadań rozwojowych w okresie adolescencji .....	89
<i>Low vision and the realization of development tasks     in adolescence period</i>	
<b>CZĘŚĆ II</b>	
Realizacja działań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością w perspektywie badań empirycznych .....	103
<b>PART II</b>	
<i>Implementation of preventive and supporting actions     for development of people with disabilities in the perspective     of empirical research</i>	
<b>Urszula Bartnikowska, Katarzyna Ćwirynkało</b>	
Wyzwania współczesnego ojcostwa w narracjach niepełnosprawnych mężczyzn .....	105
<i>The challenges of modern fatherhood in narrations     of men with disabilities</i>	
<b>Katarzyna Ćwirynkało, Urszula Bartnikowska</b>	
Początki związków z partnerkami we wspomnieniach niepełnosprawnych mężczyzn.....	115
<i>The beginnings of relationships with partners     in the memories of disabled men</i>	
<b>Ewa Bartuś</b>	
Postrzeganie rzeczywistości przez osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym .....	127
<i>Perception of reality by the adult persons     with severe or profound intellectual disability</i>	
<b>Monika Masłowska</b>	
Wspieranie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie ich osiągnięć szkolnych z matematyki .....	142
<i>Advancement of pupil with intellectual incompetence in range     of school achievement from mathematics</i>	
<b>Katarzyna Pająk</b>	
Samotność u osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną .....	153
<i>Support for students with special needs in overcoming their loneliness</i>	

**Ewa Kujawska-Lis, Andrzej Lis-Kujawski**

- Program nauki pływania i nurkowania jako środek wspierania rozwoju dzieci po leczeniu choroby nowotworowej ..... 166  
*Swimming and diving course as a means of supporting the development of children after cancer treatment*

**Kamila Miler-Zdanowska**

- Ocena funkcjonalna umiejętności z zakresu orientacji przestrzennej u dzieci niewidomych w wieku wczesnoszkolnym – doniesienia z przeprowadzonych badań pilotażowych ..... 181  
*Functional evaluation of skills in scope of spatial orientation in primary school blind children – reports on conducted pilot research*

**Joanna Skibska**

- Wspomaganie rozwoju małego dziecka szansą na dobry start – konteksty wyzwań – komunikat z badań ..... 194  
*The support of the development of a small child as a chance for a good start. The context of challenges – report on researche*

**Agnieszka Szymajda**

- Wspieranie rozwoju kompetencji czytania i ekspresji emocji u dzieci w wieku przedszkolnym przez muzykoterapię ..... 206  
*Supporting the development of reading and expressing emotions competencies in preschool children by music therapy ..... 217*

**CZĘŚĆ III**

- Działania edukacyjno-terapeutyczne wspierające opiekę, wychowanie, rehabilitację osób z niepełnosprawnością w perspektywie praktycznej ..... 219

**PART III**

- Educational and therapeutic measures supporting the care, education and rehabilitation of people with disabilities in practical perspective*

**Jolanta Janas, Magdalena Gromada**

- Rozwój umiejętności zawodowych osób niepełnosprawnych intelektualnie poprzez praktyczne działania ..... 221  
*The job skills development of mentally disabled people through practical actions*

**Dorota Kornaś**

- Rola zabawek edukacyjnych we wczesnym wspomaganie dziecka  
z dysfunkcją wzroku ..... 227  
*The role of educational toys in early support of children  
with a visual impairment*

**Stanisława Mihilewicz**

- Wspomaganie rozwoju dzieci  
z zaburzeniami przetwarzania słuchowego  
z zespołem mózgowego porażenia dziecięcego (MPD) ..... 237  
*Supporting the development of children  
with auditory processing disorder in children with Cerebral Palsy (CP)*

**Aneta Mróz**

- Formy kontaktu z muzyką w pracy  
z osobami z niepełnosprawnością intelektualną  
na przykładzie Domu Pomocy Społecznej  
im. bł. Jana Pawła II w Krasnymstawie ..... 253  
*Forms of contact with music in the work with people with intellectual  
disabilities, illustrated by the example of Social Welfare House  
of Bl. John Paul II in Krasnystaw*

- O Autorach ..... 262  
*About Authors*

## ERRATA

*Teoria i praktyka oddziaływań profilaktyczno-wspierających rozwój osób z niepełnosprawnością t. 3.1*  
pod redakcją Grażyny Guni i Danuty Baraniewicz

strona	wiersz		jest	powinno być
	od góry	od dołu		
202	21		postać pytania	postać pytania o opis





Publikację rekomenduję jako wartościową, potrzebną na rynku edukacyjnym pozycję, wzbogacającą poznawczo i metodycznie obszary dotyczące edukacji włączającej oraz skłaniającą do refleksji nad pracą z osobami z niepełnosprawnością. Jej adresatami są przede wszystkim profesjonalnie zajmujący się osobami z niepełnosprawnością – pedagodzy specjaliści, nauczyciele i terapeuci pracujący z uczniami i dorosłymi, a także studenci, rodzice i inne osoby pragnące poszerzać swą wiedzę na ten temat.

*Bernadeta Szczupał*

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie  
Prace Monograficzne 713

ISSN 0239-6025

ISBN 978-83-7271-900-3