

*Joanna Konarska***Kierunki poszukiwań teoretycznych i praktycznych
w zakresie tyflopedagogiki**

Tyflopedagogika jest jedną z wąskich specjalizacji w zakresie pedagogiki specjalnej, która zajmuje się osobami z niepełnosprawnością wzrokową, to znaczy: całkowicie niewidzącymi, osobami z resztkami widzenia i niedowidzącymi. Przyczyną niepełnosprawności wzrokowej mogą być czynniki dziedziczne, ale także te, które zaistniały w okresie przedporodowym, okołoporodowym, choroby narządu wzroku powstałe już po urodzeniu w różnym okresie życia na skutek niektórych chorób przewlekłych oraz nieszczęśliwych wypadków. Tak liczne, i teoretycznie w każdym momencie życia mogące zaistnieć przyczyny niepełnosprawności wzrokowej, dają podstawy do stwierdzenia, że niepełnosprawność ta może wystąpić w każdym wieku. Stąd bardzo ważna jest znajomość procesów rozwojowych człowieka. Na te procesy i prawidłowości ich przebiegu nakładają się skutki niepełnosprawności wzrokowej, czyniąc zachowanie osób z niepełnosprawnością wzrokową nietypową w porównaniu z osobami pełnosprawnymi w tym samym wieku, i utrudniając oddzielenie tego, co jest związane bezpośrednio z niepełnosprawnością od tego co jest rezultatem braku odpowiedniej rehabilitacji, mającej na celu zapobieganie kumulacji splotu negatywnych zjawisk, głównie socjopochodnych.

Wielodyscyplinarność w procesie rehabilitacji

Biorąc pod uwagę zarówno możliwe przyczyny, jak i wielorakie skutki niepełnosprawności wzrokowej, należy zwrócić uwagę na jej powiązania z innymi dyscyplinami wiedzy, które także zajmują się niepełnosprawnością wzrokową w kontekście sobie właściwego obszaru.

W ten sposób pedagog specjalny powinien przynajmniej orientować się w terminologii medycznej, bo dzięki niej wiadomo jakie są aktualne możliwości widzenia, jakie prognozy co do dalszej ewentualnej poprawy wzroku, jakie są ograniczenia związane z rehabilitacją (np. poprzez ćwiczenie czynnościowego usprawniania widzenia), a kiedy potrzebna będzie współpraca z okulistą. Posługiwanie się precyzyjną

terminologią medyczną ułatwi organizację i przebieg procesu wspomagania leczenia, bądź przebieg procesu usprawniania widzenia, jeśli jest jeszcze taka możliwość.

Kolejnym specjalistą, którego nie może zabraknąć podczas rehabilitacji jest psycholog, którego rola często ograniczana jest do postawienia diagnozy rozwojowej dziecka z niepełnosprawnością, czasem doraźnie proszony jest o „porozmawianie” z nastolatkiem, który właśnie został osobą niepełnosprawną i nie potrafi, lub nie chce pogodzić się z tym faktem. Jeszcze rzadziej psycholog bierze udział w procesie rehabilitacji człowieka dorosłego, chyba że trzeba sprawdzić, jakie ma predyspozycje psychiczne w celu przekwalifikowania zawodowego. Tymczasem rola, jaką może i powinien odgrywać psycholog w procesie rehabilitacyjnym jest o wiele większa, ale i zakres jego działania nie może ograniczać się do diagnozowania, czy sporadycznego kontaktu z osobą niepełnosprawną w sytuacji „awaryjnej”. Jeśli w świadomości pedagogów specjalnych ich działania wobec osób z niepełnosprawnością będą ograniczały się do „rewalidacji”, to rzeczywiście w tym kontekście potrzeba angażowania psychologa w działania pedagogiczne jest dobrze rozumiana. Rzecz w tym, że termin „rewalidacja” jest pojęciem węższym od stosowanego na całym świecie, dobrze zdefiniowanego i w miarę precyzyjnego terminu „rehabilitacja”. Stosowanie popularnego w polskiej literaturze pedagogicznej, zawężonego do niektórych specjalistycznych działań, określenia „rewalidacja” nie powinno już mieć miejsca w dobie powszechnej interdyscyplinarności, bez której ani zabiegi medyczne, ani pedagogiczne, ani psychologiczne – traktowane rozłącznie – nie są w stanie skutecznie pomóc człowiekowi dotkniętemu niepełnosprawnością. Problem ten był mocno akcentowany przez tzw. lubelską szkołę pedagogiki specjalnej, której prekursorem była prof. Z. Sękowska. Począwszy od lat 80. XX w. propagowała interdyscyplinarny sposób podejścia do rehabilitacji osób z niepełnosprawnością, tworząc Zakład Psychopedagogiki Specjalnej przy Instytucie Pedagogiki UMCS. Swoim poglądom na temat pojęcia „rewalidacja” dała profesor Sękowska wyraz we *Wprowadzeniu do pedagogiki specjalnej* (1998 i 2001), gdzie wskazuje na współistnienie terminów: „rehabilitacja” i „rewalidacja”, przy czym drugi z nich pojawił się w pedagogice specjalnej pod koniec lat 50. XX w. za sprawą Janiny i Witolda Doroszewskich oraz Marii Grzegorzewskiej. Z. Sękowska, chociaż była wychowanką prof. Grzegorzewskiej, dostrzegała różnicę między tymi pojęciami w zakresie ich zastosowania wobec osób z niepełnosprawnością, uznając, że „rewalidacja” „odnosi się [...] tylko do kształcenia i wychowania dzieci chorych i o niezadowolającym stanie zdrowia” i „trudno [...] wyjaśnić, dlaczego w Polsce stał się tak powszechny i praktycznie przez czterdzieści lat zastępował w polskiej pedagogice specjalnej termin „rehabilitacja”, co nas niestety odróżniało od większości państw świata” (Sękowska 2001: 15). Dalej Z. Sękowska postuluje zmianę w kierunku terminu „rehabilitacja”, który jest szerszy i pozwala na ujmowanie człowieka zarówno od strony anatomicznej, jak i funkcjonalnej jako bio-psycho-społeczną całość. Aczkolwiek od postulatu prof. Sękowskiej minęło kilkanaście lat, nadal w literaturze pedagogicznej pojawia się termin „rewalidacja” (choć rzeczywiście coraz rzadziej), ale prawie zawsze w uniwersyteckich programach nauczania na kierunku pedagogika specjalna.

Kwestia terminologicznego ujednolicenia była szerzej przez autorkę artykułu poruszana podczas Międzynarodowej Konferencji Naukowej w Warszawie, zorganizowanej przez APS w roku 2014, w referacie *Wieloznaczność pojęć i wielorakość zadań w analizie psychospołecznego kontekstu dojrzewania z niepełnosprawnością*.

Jeszcze jednym, bardzo ważnym zadaniem psychologa w procesie rehabilitacyjnym jest objęcie działaniem psychoterapeutycznym także otoczenia społecznego, a zwłaszcza środowiska rodzinnego, rówieśniczego, czy w razie potrzeby nawet zawodowego osoby, która jest głównym podmiotem działań rehabilitacyjnych. Szczególną troską należy otoczyć rodziców dzieci urodzonych z niepełnosprawnością i to na samym początku całego procesu rehabilitacyjnego skierowanego na dziecko. To rodzice w początkowej fazie rehabilitacji będą najważniejszymi osobami, od których zależy postęp w rozwoju ich dziecka, jednakże to właśnie oni boleśnie przeżywają ciężar niepełnosprawności dziecka, której ono jeszcze nie pojmuje. To im, a nie dziecku, potrzebne jest wsparcie specjalistów, a w większości przypadków profesjonalna pomoc psychologiczna w formie psychoterapii. Problem jednak w tym, że niewielu psychologów – nawet spośród tych, którzy są członkami zespołów wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z zaburzeniami rozwoju – zna specyfikę rozwoju i funkcjonowania dzieci z niepełnosprawnością, ponieważ taka wiedza nie wchodzi w zakres studiów psychologicznych. Nie można kategorycznie stwierdzić, że nie ma psychologa, który dobrze działa jako terapeuta osoby z niepełnosprawnością lub terapeuta rodziców dziecka niepełnosprawnego, ale jeśli posiada taką umiejętność, to najczęściej wiedzę i praktykę w tym zakresie zdobywał samodzielnie. Nie jest to jednak droga łatwa, bo każda niepełnosprawność rządzi się swoimi prawami, co powoduje, że sposób funkcjonowania, specyfika rozwoju i jednostkowe problemy osoby z niepełnosprawnością wzrokową, słuchową, ruchową, czy intelektualną, to zupełnie inny zakres wiedzy teoretycznej i praktycznej, a to przecież wiąże się także z reakcjami i oczekiwaniami otoczenia oraz wyzwala zupełnie inne relacje międzyludzkie, które stając się indywidualnym doświadczeniem osobniczym każdego z uczestników takich relacji, daje inne warunki do rozwoju indywidualnego nie tylko osoby z niepełnosprawnością, ale również jej otoczenia. Te niemożliwe do pełnego kontrolowania warunki sprawiają, że własne reakcje każdego z członków układu: rodzic-dziecko-otoczenie jak bumerang wracają do poszczególnych osób, ale już wzbogacone o oczekiwane lub o całkiem niechciane zabarwienie emocjonalne. Psycholog znający również społeczne skutki konkretnej niepełnosprawności może zapobiec wielu anomalii rozwoju osobowości dziecka niepełnosprawnego i może sprawić, że otoczenie społeczne, w którym ono wzrasta także będzie umiało odnaleźć się w nietypowej przecież sytuacji.

Warto również wyjaśnić, że podobnie jak w ramach pedagogiki specjalnej funkcjonuje specjalizacja tyflopedagogika, tak w ramach psychologii rehabilitacyjnej funkcjonuje tyflopsychologia i analogicznie do surdopedagogiki – surdopsychologia.

Niepełnosprawność intelektualna nie doczekała się osobnej nazwy w ramach psychologii rehabilitacyjnej, ponieważ procesy intelektualne, przebieg i mierzenie

ich poziomu, było i jest nadal jedną z najbardziej rozwiniętych gałęzi psychologii rozwoju człowieka, ale do dziś w kwestii usprawniania umysłowego rozwoju dzieci z upośledzeniem umysłowym prym wiodą pedagodzy specjaliści, którzy jako pierwsi pochyliли się nad tą niepełnosprawnością.

Kwestie związane z niepełnosprawnością ruchową zaczęły być przedmiotem zainteresowania psychologów po II wojnie światowej, kiedy ogromna liczba młodych mężczyzn została inwalidami wojennymi, co w większości wypadków oznaczało niepełnosprawność w zakresie narządu ruchu. W ten sposób powstała oficjalna subdyscyplina psychologiczna o nazwie psychologia rehabilitacji i do tej pory nazwa ta kojarzy się głównie z problematyką niepełnosprawności ruchowej.

Obecnie ani psychologia rehabilitacyjna, ani pedagogika specjalna nie są samowystarczającymi subdyscyplinami, w ramach których można organizować i skutecznie pomagać osobom z niepełnosprawnością. Niezbędny jest też udział fizjoterapeutów, logopedów, a w zależności od problemów jednostkowych pojawia się konieczność współpracy z innymi specjalistami np. z informatykami, tak jak to się obecnie dzieje w trakcie rehabilitacji dorosłych osób niewidomych, a w ramach edukacji szkolnej komputer i umiejętność pracy z nim powinny być jedną z podstawowych umiejętności tyflop pedagoga.

Mimo tak bliskich związków między tyflop pedagogiką a tyflopsychologią, każda z tych specjalizacji ma odrębne obszary badań i konkretnych działań praktycznych, ale w zakresie wiedzy o samej niepełnosprawności wzrokowej i zagrożeniach rozwojowych oraz sposobach zapobiegania skutkom braku wzroku, czy kształtowania mechanizmów kompensacyjnych – ta wiedza musi być wspólna.

Specyficzne zadania rozwojowe i rehabilitacyjne związane z wiekiem osoby niewidzącej

Niepełnosprawność wzrokowa dotyczy różnych okresów życia, każdy wiek ma inne potrzeby, inne zadania życiowe wyznaczane przez społeczeństwo i inny stosunek do własnych ograniczeń, wynikający ze stopnia dojrzałości osobowości i możliwości poznawczych w stosunku do siebie samego oraz do otaczającego świata. Kształtowanie zdolności do rezyliencji jest zadaniem psychologa, ale to dotyczy raczej osób w okresie dorastania lub tych w późniejszym wieku, które straciły wzrok. Z dziećmi sprawa wydaje się prostsza, bo ich niepełnosprawność jest jedyną formą ich egzystencji, którą znają, i dlatego bez uprzedzeń poddają się kształtowaniu odpowiedniej postawy wobec własnej niepełnosprawności, poprzez jednoczesne wdrażanie sposobów pokonywania codziennych trudności. Tym razem jest to zadanie głównie dla rodziców, i to od jak najmłodszego wieku poczynając, ale żeby rodzice mieli świadomość swojego udziału w usprawnianiu dziecka i wiedzieli jak doprowadzić do jego maksymalnej sprawności, pomimo ogromnego, bo około 80% deficytu poznawczego, który przypada na bodźce wzrokowe, potrzebna im wiedza i wsparcie psychologiczne, a nierzadko konkretna instrukcja działania. Jeśli chodzi o sposoby kształtowania mechanizmów kompensacyjnych, a wobec dzieci słabowidzących

– usprawnianie funkcji wzrokowych to najbardziej kompetentny jest rzeczywiście tyflopedagog, ale wytworzenie w rodzicach odporności na codzienne niepowodzenia dziecka, podczas samodzielnych prób zaspokajania najprostszych potrzeb, to już zadanie psychologa. Psycholog powinien uczulać rodziców na sygnały, które do nich kieruje dziecko, zwłaszcza niemowlę, które pozbawione możliwości nawiązania najbardziej naturalnego kontaktu wzrokowego, jednocześnie utrudnia rodzicom podjęcie pierwszych prób komunikacji emocjonalnej. Brak lub słabe zaspokojenie potrzeb emocjonalnych dziecka w pierwszych trzech latach życia skutkuje bardzo poważnymi konsekwencjami w dorosłości. W tym wypadku nie sposób przecenić roli psychologa. Nie można także zapominać o samych rodzicach, których na początku trzeba wyprowadzić z szoku i często głębokiej tłumionej depresji po otrzymaniu informacji o niepełnosprawności dziecka. Jest to zadanie właśnie dla psychologa, chociaż w sytuacji braku programu pomocy psychologicznej dla rodziców w ośrodkach wczesnego wspomagania rozwoju dzieci, obowiązek ten próbują przejąć pedagodzy. Niestety, nie mając umiejętności psychoterapeutycznych, często starają się mocno uzmysłować rodzicom, jak ważny jest ich udział w rehabilitacji dziecka, uważając, że jest to wystarczający argument, aby rodzice sami uporali się z własnymi negatywnymi przeżyciami emocjonalnymi, które w głównej mierze dotyczą poszukiwania w sobie przyczyny niepełnosprawności dziecka i obwiniania się. Nakładana na nich szczególna odpowiedzialność za postępy rozwojowe dziecka nie tylko im nie pomaga, ale wręcz dokłada stresu, a brak spodziewanych efektów rehabilitacji wytwarza poczucie bezradności i jeszcze większej winy wobec dziecka. To już jest prosty mechanizm do ukształtowania niewłaściwych postaw rodzicielskich wobec dziecka, których podstawą jest próba rekompensacji mu własnej „winy” wobec niego. Dodatkowo trzeba zaznaczyć, że takie postawy tworzą się łatwiej niż te, które nie są oparte na rodzicielskich mechanizmach obronnych, bo one właśnie zyskują powszechny aplauz społeczeństwa i rodziny, a rodzice uchodzą za bardzo czułych i dobrych. Do postaw takich należy przede wszystkim nadopiekuńczość, która w rzeczywistości jest równoznaczna z wyręczaniem dziecka we wszystkim, co absolutnie wyklucza ukształtowanie go na samodzielnego człowieka, mającego poczucie własnej wartości i nawiązującego dobre relacje z innymi ludźmi. Inną formą postawy niekonstrukcyjnej wobec dziecka jest brak konsekwencji, co może wynikać z kompletnej bezradności rodziców, których przerasta problem wychowawczy wobec jakiego się znaleźli. Dziecko wówczas nie otrzymuje żadnej stabilnej wiedzy na temat tego, co jest właściwe w jego zachowaniu, a co nie, korzystając z uległości rodziców wymusza na nich pobłażliwe traktowanie. Możliwość konsultacji z psychologiem bieżących problemów wychowawczo-rehabilitacyjnych uspokaja rodziców, przenosi ich uwagę z obarczania się winą na potrzebę usprawniania dziecka, a pozytywne rezultaty dające poczucie sprawczości, czynią ich wówczas mniej bezradnymi wobec zaistniałej sytuacji zrzędzenia losu. W ten sposób dokonuje się, także auto-rehabilitacja rodziców, do której jednak nie dojdzie samoistnie bez wcześniejszego udziału psychologa.

Wprawdzie tyflopädagogika nie ogranicza się do problematyki związanej z okresem dzieciństwa, to jednak większość literatury dotyczy dzieci w okresie szkolnym, a w ostatnich latach także dzieci młodszych, od momentu stwierdzenia ich niepełnosprawności. Wobec dzieci szkolnych problemem głównym było znalezienie najskuteczniejszego sposobu poznania otaczającej rzeczywistości z wyłączonym wzrokiem, ale przy pomocy innych zmysłów i mechanizmów poznawczych, które stanowią całą sieć mechanizmów kompensacyjnych. Do dzisiaj ukształtowanie tych mechanizmów jest jednym z podstawowych zadań tyflopädagoga, ale oprócz tego ma do dyspozycji współczesne techniki informatyczne, które z powodzeniem zastępują tradycyjny sposób czytania i pisanja przy pomocy alfabetu Braille'a, udostępniając osobom niewidzącym pismo czarnodrukowe, szkice oraz rysunki techniczne, mapy i to wszystko, czego do niedawna bez wzroku nie sposób było poznać. Dlatego też od współczesnego tyflopädagoga wymaga się umiejętności obsługi i znajomości specjalnych programów komputerowych z synteizatorem mowy, dzięki którym nie tylko nauczanie, ale i weryfikowanie poziomu opanowanej wiedzy przez niewidzącego ucznia jest możliwe. Chociaż sprawa ta wydaje się banalnie prosta, bo właściwie trudno już dziś spotkać nauczyciela, który nie posługuje się komputerem, a więc i potrafi nauczyć tej umiejętności. Niestety, zwykłe umiejętności komputerowe w tym wypadku zawodzą, bo dla osób niewidzących w ich programach nie istnieje operowanie „myszką”, a wszelkie polecenia i czynności należy wykonywać z klawiatury. To jest tymczasem umiejętność, której przeciętny użytkownik komputera nie posiada. Przełączenie komputera „na myszkę” czyni ekran „niewidzialnym” dla osoby niewidomej i może spowodować przestawienie funkcji, co zwykle kończy się interwencją informatyka i to takiego, który zna programy dla użytkowników niewidomych.

Dostępność programów komputerowych przystosowanych dla osób niewidomych nie tylko ułatwia naukę, ale także poszerza wszelkie możliwości poznawcze poprzez Internet, stawiając pod tym względem dzieci i młodzież niewidzącą na równi z ich widzącymi rówieśnikami. Także komunikacja między osobami, które korzystają z łączności poprzez Internet, np. e-mail, Skype, Gadu-Gadu i inne, staje się źródłem wiedzy, ale przede wszystkim poszerza przestrzeń społeczną osób, które mają poważne trudności z samodzielnym przemieszczaniem się w dużej przestrzeni celem np. spotkania się z drugą osobą. Oczywiście cyberprzestrzeń niesie swoiste zagrożenie wszystkim jej użytkownikom, ale to także jest zadanie dla tyflopädagoga, który o takich niebezpieczeństwach powinien umieć rozmawiać ze swoimi podopiecznymi, a to sprawi, że nauczy ich także rozmawiania o rzeczach trudnych w bezpośrednim kontakcie.

Wczesne wspomaganie rozwoju – współczesne tendencje

Tyflopädagodzy stosunkowo wcześniej zaczęli mówić o małych dzieciach i potrzebie ich jak najwcześniejszej rehabilitacji, prawdopodobnie dlatego, że wszystkim czynnościom nabywanym przez dziecko w okresie poniemowlęcym towarzyszy

wzrok, który jest koordynatorem wszelkich ruchów celowych, a także kontroluje położenie ciała, wspomagając zmysł równowagi. Różnice w tempie opanowania sposobu samodzielnego zaspokajania potrzeb między dziećmi widzącymi i niewidzącymi są tak duże, że nie sposób ich nie zauważyć, ale odpowiednie pokierowanie dzieckiem niewidomym pozwala wypracować mu inne sposoby funkcjonowania, które nie pozostawiają go zależnym od innych i z czasem zacierają różnice rozwojowe. Warto zaznaczyć, że pierwsze programy wczesnego wspomagania rozwoju dotyczyły właśnie dzieci niewidomych. Większość z nich obejmowała swoim programem nie tylko opiekę nad dzieckiem, ale także zajmowała się istotnymi problemami całej rodziny, a zwłaszcza rodziców dla których narodziny dziecka niewidzącego, czy dziecka z jakąkolwiek inną niepełnosprawnością są prawdziwym ciosem.

Jedne z pierwszych profesjonalnych programów rehabilitacyjnych powstały za sprawą S. Fraiberg i jej współpracowników w latach 70. XX wieku w Stanach Zjednoczonych (Fraiberg 1971). Nowatorskie, jak na owe czasy, było wprowadzenie do rodzinnego domu małego dziecka specjalisty, który wraz z rodzicami uczestniczył we wspieraniu dziecka w jego rozwoju, ale jednocześnie świadomym działaniem rehabilitanta było uczenie rodziców i pozostałych członków rodziny właściwego, pobudzającego do rozwoju, odnoszenia się do niewidzącego dziecka. Rehabilitant stawał się z czasem prawie członkiem rodziny i w ten sposób mógł bardzo szybko zdiagnozować napięcia w relacjach między członkami rodziny, wywołane nieporadnością i szokiem po narodzinach dziecka niepełnosprawnego. Jako osoba stale wchodząca w interakcje z całą rodziną, rehabilitant pełnił jednocześnie rolę rehabilitującą wobec całej rodziny, jeśli była taka potrzeba – sięgał do pomocy innych specjalistów. Pomoc rodzinie, a zwłaszcza obarczonych podświadomym poczuciem winy wobec dziecka rodzicom, jest zagadnieniem niejednokrotnie poruszonym w pracach autorki (Konarska 1997, 2003, 2010, 2011, 2014). Tyflopedagog zajmujący się stale dzieckiem jest w stanie zauważyć niepokojące objawy w zachowaniu rodziców, ale nie jest w stanie samodzielnie im zaradzić. Amerykańscy rehabilitanci są psychologami i dlatego mogą podejmować funkcje rehabilitacyjne, czy psychoterapeutyczne także wobec rodziców dzieci niewidomych, ale tyflopedagog nie ma ani takich uprawnień, ani kompetencji, natomiast powinien umieć zauważyć, że rodzicom potrzebna jest pomoc psychologiczna i musi wziąć na siebie obowiązek skontaktowania rodzica z odpowiednim psychologiem. Jednak wiedza, umiejętności tyflopedagogów i pedagogów specjalnych nie są dostatecznie wykorzystywane w polskim systemie wspierania rozwoju dzieci z niepełnosprawnością, ponieważ pomoc ta jest głównie instytucjonalna. Ostatnio jednak następują pozytywne zmiany w tym kierunku i coraz częściej specjaliści – rehabilitanci – pracują z dzieckiem w jego domu rodzinnym (taką opcję przyjmują maltańskie ośrodki wspomagania rozwoju dzieci z niepełnosprawnością).

W Polsce najbardziej rozpowszechniony i zaakceptowany przez Polski Związek Niewidomych jest Oregoński Program Rehabilitacji Niewidomych i Słabowidzących dzieci w wieku 0–6 lat (Brown, Simmons, Methvin 1985).

Tyflopedagodzy koncentrują również swoje wysiłki na opracowaniu sposobów ćwiczenia słabowzroczności, czy umiejętności wykorzystania resztek wzroku w celu wzbogacenia mechanizmów kompensacyjnych o te doznania wzrokowe, których nie można zastąpić żadnymi innymi. Jest to jednocześnie oddziaływanie na procesy poznawcze i emocjonalno-motywacyjne dziecka. Warto zwrócić uwagę na podejście tyflogologów-praktyków do sposobu diagnozowania małych dzieci, które kwalifikują się do programów usprawniających widzenie, chociaż ich medyczna diagnoza brzmi: ślepota. Taki sposób podejścia do deficytu wzrokowego jest zgodny z ogólnoswiatową tendencją prezentowaną przez WHO (porównaj: Konarska 2010: 32), gdzie osoby mające jedynie poczucie światła są określane medycznie jako niewidome, ale funkcjonalnie należą do słabowidzących. Ta właśnie idea przyświecała twórcom programów i praktykom ćwiczącym resztki wzroku przede wszystkim małych dzieci, ponieważ wczesne opanowanie nawyku samorzutnego łączenia wielozmysłowego, pozawzrokowego poznania z funkcjami intelektualnymi daje nieprawdopodobne rezultaty w opanowaniu czynności praktycznych, w orientacji przestrzennej, a tym samym pobudza aktywność własną człowieka, motywując go do wzbudzania i realizowania nowych potrzeb.

Także programy usprawniające widzenie i wykorzystywanie resztek wzroku są coraz lepiej dostosowane do indywidualnych możliwości uczestnika rehabilitacji.

Indywidualizacja procesu wczesnej rehabilitacji

Trudno stworzyć uniwersalny model programu rehabilitacyjnego, nawet jeśli będzie on dotyczył tylko wybranej sfery rozwoju i określonych ram wiekowych. O różnicach indywidualnych w psychologii rozwoju człowieka w biegu życia i w psychologii osobowości mówiło się właściwie „od zawsze” z pozytywnym przesłaniem, że jest w tych różnicach zawarty potencjał rozwojowy każdej jednostki, że jest to atut ludzkości, ale dopiero od niedawna w ten sam sposób zaczyna się traktować osoby z niepełnosprawnością, i to nie ich niepełnosprawność warunkuje odmienność, ale dokładnie te same czynniki, które decydują o różnicach indywidualnych wśród osób pełnosprawnych. Niepełnosprawność przy tym jest traktowana, jako jeszcze jeden element decydujący o różnicach międzyosobniczych, ale element wnoszący – obok określonych utrudnień i ograniczeń – potencjał rozwojowy, głównie w sferze psychicznej.

Dlatego coraz większą popularnością cieszą się programy rehabilitacyjne tworzone z myślą o konkretnej osobie, grupie osób, a nie takie, które mają z założenia być stosowane wobec wszystkich potrzebujących. Indywidualizacja taka powoduje, że w procesie rehabilitacji eksponowane są potrzeby konkretnego człowieka, jego preferencje, możliwości na tym konkretnym etapie rehabilitacji wraz z uwzględnieniem tempa pracy a nawet doborem osoby rehabilitanta, bo przecież – zwłaszcza wobec małego dziecka – rehabilitacja powinna przybierać postać zabawy, a nie można się bawić z kimś kogo się nie lubi.

Bardzo ważnym, a dotychczas zaniedbywanym aspektem rehabilitacji dzieci niewidzących, jest wczesne wdrażanie nauki samodzielnego opanowania przestrzeni, ale jeśli program taki jest konstruowany na potrzeby konkretnego dziecka, to efekty rehabilitacji są o wiele lepsze, niż kiedy dziecko nie jest zainteresowane poleceniami, a one same nie uwzględniają ani upodobań dziecka, ani jego realnych możliwości wykonaniowych.

Dobrym przykładem indywidualizowania zajęć z zakresu orientacji przestrzennej są autorskie programy prezentowane przez E. Łobacz-Kloosterman oraz przez M. Walkiewicz-Krutak i P. Kalisz (Czerwińska 2014). Programy te uwzględniają ogólne warunki sprawnościowe dziecka zarówno w zakresie motoryki, jak i umiejętności wykorzystywania innych zmysłów, oprócz ewentualnych resztek wzroku, do tworzenia wyobraźni otaczającej przestrzeni. Jednocześnie ćwiczenie pozawzrokowej orientacji przestrzennej jest tworzeniem lub doskonaleniem mechanizmów kompensacyjnych niezbędnych człowiekowi niewidzącemu przez całe życie w różnych sytuacjach, a tę umiejętność należy nabywać bardzo wcześnie.

Nowe wyzwania i możliwości w zakresie orientacji przestrzennej

Możliwości wykorzystania informatyki w codziennym funkcjonowaniu osób niewidzących są ogromne i zapewne nie do końca jeszcze poznane, ale jednym z najnowszych osiągnięć są trwające aktualnie prace nad mapami dla osób niewidomych, które – podobnie, jak GPS kierowcom – umożliwiają orientację w terenie.

W Polsce w 2013 roku w Centrum Nauki Kopernik w Warszawie zaprezentowany został innowacyjny program „Mówiące Mapy”. Jest to system wspomagania orientacji przestrzennej przeznaczony dla osób niewidomych i niedowidzących z wykorzystaniem GPS. „Mówiące mapy” są efektem współpracy naukowców z Katedry Systemów Geoinformatycznych Politechniki Gdańskiej z Okręgowym Przedsiębiorstwem Geodezyjno-Kartograficznym „OPEGIEKA” sp. z o.o. w Elblągu. Aplikacja działa na urządzeniach z systemem operacyjnym Android i korzysta z wbudowanego w smartfon odbiornika GPS, równocześnie bazuje na mapach opracowanych pod kątem osób niewidomych. Opis terenu jest przystosowany dla osób poruszających się pieszo, gdzie są uwzględnione takie informacje, jak np. dziura w chodniku na trasie, nieprawidłowo zaparkowany samochód, zajmujący część chodnika itp. Oprogramowanie oferuje funkcje: „prowadź do”, „jak daleko” oraz „opisz otoczenie” obsługiwane przez dotykowy interfejs przystosowany dla osób niewidomych oraz komunikaty głosowe. System wyposażono ponadto w przycisk „panika”, który wywołuje numer bliskiej osoby lub pomocy technicznej. Oczywiście dane te muszą być na bieżąco aktualizowane, a to wymaga współpracy osób widzących przemierzających trasy miejskie. Rozpowszechnienie takich map nie tylko ułatwi poruszanie się osobom niewidomym i słabowidzącym, ale także wprowadzi pewien rodzaj współodpowiedzialności za bezpieczeństwo i proces nabywania niezależności przez osoby z niesprawnością wzrokową w tym obszarze aktywności, który dotychczas był najtrudniejszy do opanowania. Byłby to ogromny krok naprzód

w procesie inkluzji. System „Mówiące Mapy” jest obecnie na etapie komercjalizacji (<http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,398024,medale-dla-polakow-na-targach-innowacji-w-brukseli.html>).

Literatura

- Brown D., Simmons V., Methvin J. (1985), *Oregoński program rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci w wieku od 0 do 6 lat*, PZN, Warszawa.
- Czerwińska K. (red.) (2014), *Wybrane aspekty rozwoju małego dziecka z niepełnosprawnością wzroku*, Wydawnictwo APS, Warszawa.
- Fraiberg S. (1971), *Intervention in infancy: A program for blind children*, „The Journal of the American Academy of Child Psychiatry”, 10(3).
- Konarska J. (1997), *Rola psychologa w rodzinie dziecka niepełnosprawnego*, [w:] *Funkcje psychologii w dobie przemian społeczno-kulturowych w Polsce*, W. Pilecka, M. Kliś (red.), Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków.
- Konarska J. (2003), *Niepełnosprawność dziecka jako sytuacja kryzysowa w rodzinie*, [w:] *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości*, D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), Wydawnictwo A. Marszałek, Toruń.
- Konarska J. (2010), *Rozwój i wychowanie rehabilitujące dziecka niewidzącego w okresie wczesnego i średniego dzieciństwa*, Wydawnictwo UP, Kraków.
- Konarska J. (2011), *Wsparcie rodziców w ramach wczesnej interwencji na terenie Polski – raport z badań*, [w:] *Profilaktyka i terapia z perspektywy współczesnej pedagogiki*, J. Szempruch, Z. Zbróg, A. Ratajek (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego, Kielce.
- Konarska J. (2014), *Kryzysy młodzieży z niepełnosprawnością versus kryzysy rodziców*, [w:] *Kryzysy i ich przezwyciężanie. Problemy interwencji i pomocy psychologicznej*, D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), Wydawnictwo A. Marszałek, Toruń.
- Sękowska Z. (2011), *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, APS, Warszawa.

Netografia

<http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,398024,medale-dla-polakow-na-targach-innowacji-w-brukseli.html>

The Directions of Theoretical and Practical Search in the Range of Tyflopädagogy

Abstract

The article describes the issues connected to the interdisciplinary approach to the process of rehabilitation of people with visual disability, points out the necessity for the psychologist to take more part not only as a diagnostician, but most of all as a person preventing the psychological breakdowns of the disabled child's parents and as a person that helps blinded people return to their mental stability. Together with that, some synonymous terms were discussed, which are wrongly considered substitutes, which makes the communication of multiple specialists working together in the process of rehabilitation difficult. The positive tendencies of development support of a child with visual disability within early rehabilitation were pointed out, but the attention was also put on neglecting the early implementation of special orientation training and those aspects of a blind child not covered by the therapists' care. Finally, the article points out to the enormous possibilities of active participation in the life of visually impaired children due to the development of information technology,

especially with the use of and constant development of new computer programmes, enabling verbal communication with the device.

Keywords: tyflopsychology, tyflopädagogy, rehabilitation, multidisciplinary, information technology and sight replacing devices

Joanna Konarska

psycholog ze specjalizacją psychologia kliniczna dziecka i psychologia wychowawcza. Problematyka z zakresu rehabilitacji, specyfiki rozwoju i zakresu wspierania osób z niepełnosprawnością wzrokową w połączeniu z pedagogiką specjalną pojawiła się w jej zainteresowaniach naukowych ponad 30 lat temu i zaowocowała stopniem naukowym z pedagogiki specjalnej. Oprócz tego stale jest zaangażowana w praktyczny udział w rehabilitacji osób niewidzących. Dla naukowej i praktycznej działalności autorki charakterystyczne jest łączenie w procesie rehabilitacji psychologii i pedagogiki specjalnej, a w razie konieczności włączanie także innych elementów interdyscyplinarnej analizy. Obecnie autorka pracuje na Wydziale Psychologii i Nauk Humanistycznych w Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego, kształcąc psychologów w zakresie psychologii rehabilitacji i niepełnosprawności.