

Teresa Oleńska-Pawlak

Nieprzystosowanie i niedostosowanie społeczne dzieci w ośrodkach leczniczo-wychowawczych

Wiele jest definicji pojęć przystosowania i nieprzystosowania w zależności od dyscypliny naukowej jaką prezentują ich autorzy. Nie wdając się w szczegółową analizę tych pojęć prezentowanych przez psychologów i pedagogów można przyjąć, że istotą przystosowania i nieprzystosowania społecznego jednostki jest określenie, w jaki sposób funkcjonuje ona sama z sobą i otaczającym ją środowiskiem społecznym oraz przyrodniczym. Przy czym, jak stwierdza A. Lewicki: „Przystosowanie nie jest czymś powierzchownym co kształtuje samo zachowanie, przeciwnie – sięga ono daleko w głąb, w ośrodkowy mechanizm sterujący postępowaniem” (A. Lewicki 1963, s. 16). W literaturze psychologicznej wyróżnia się dwa podstawowe mechanizmy mogące regulować zachowaniem jednostki: emocjonalno-motywacyjne i poznawcze. Rola mechanizmów emocjonalno-motywacyjnych i poznawczych jest tym większa im bardziej złożone są sytuacje społeczne, które oddziałują na jednostkę, stanowiąc źródło stymulacji jej zachowania i tym samym źródło doświadczeń. Bez wątplenia przewlekła choroba i wynikające z niej konsekwencje dla rozwoju i funkcjonowania fizycznego i psychospołecznego dziecka tworzą taką złożoną sytuację społeczną i mogą wywołać lub pogłębić nieprawidłowości w przystosowaniu społecznym.

Moje wieloletnie obserwacje i badania nad funkcjonowaniem dzieci przewlekle chorych i kalekich wskazywały na trudności w ich prawidłowym przystosowaniu społecznym, w warunkach przebywania w grupie i w warunkach nauki szkolnej. Dodatkowo należy uwzględnić fakt, iż układ nerwowy dziecka jest na etapie ciągłego rozwoju i choćby z tego powodu wykazuje ono niewystarczającą dojrzałość i odporność psychiczną. Wobec powyższego szczególnego znaczenia w świadomości pedagogów i psychologów pracujących z dziećmi przewlekle chorymi nabiera konieczność diagnozowania tych dzieci w aspekcie przystosowania społecznego oraz stosowania odpowiedniego rodzaju terapii.

Problematyka prezentowanych badań dotyczy:

- diagnozy nieprzystosowania społecznego w aspekcie klasyfikacji symptomów i rozmiarów występowania;

- określenia rzeczywistych działań pedagogów i psychologów wobec dzieci nieprzystosowanych społecznie;
- ukazania możliwości zróżnicowania działań terapeutyczno-reedukacyjnych.

Podmiotem badań było 116 dzieci w wieku 12-16 lat, z takimi przewlekłymi schorzeniami jak:

- układu oddechowego (astma, mukowiscydoza, rozstrzenia oskrzeli) – 50,8%,
- układu moczowego (schorzenia nerek i dróg moczowych) – 25,9%,
- narządu ruchu (wrodzone i nabyte) – 23,3%.

Badania przeprowadzono w 7 ośrodkach leczniczo-wychowawczych (Rymanów, Rabka, Zakopane), w latach 1991-1994. Badane dzieci pochodziły głównie z dużych i małych miast – 69,9%. Większość rodziców badanych miała wykształcenie średnie (40,5%) i zawodowe (35,3%). W badaniach mających charakter sondażowy zastosowano metodę analizy dokumentów i metod wywiadu. Jako wskaźnik określający rodzaj i poziom nieprzystosowania społecznego oraz niedostosowania społecznego przyjęto ocenę dokonaną przez nauczycieli i wychowawców na podstawie skategoryzowanego kwestionariusza wywiadu. Zastosowano dwa narzędzia badawcze tj. Arkusz zachowania się ucznia B. Markowskiej i arkusz diagnostyczny D.H. Stotta – J. Konopnickiego wersję szkolną – Aktualne formy zachowania się dziecka. Wspólną cechą tych dwu narzędzi jest to, że podstawę kategoryzacji zachowań się dzieci stanowi symptomatologia.

Wyniki badań

– Analiza uzyskanego materiału empirycznego pozwoliła stwierdzić, że w badanej populacji dzieci przewlekle chorych i kalekich ponad połowa – 53,3% została zakwalifikowana jako dzieci nieprzystosowane społecznie. Spośród nich równie liczne grupy stanowiły dzieci o zachowaniu zahamowanym (50,0%) i antyspołecznym (50,0%).

– W toku dalszych badań, w aspekcie zaawansowania nieprzystosowania społecznego okazało się, że prawie wszystkie dzieci nieprzystosowane społecznie (poza trzema przypadkami) zaklasyfikowano jako niedostosowane społecznie*, co stanowiło 50,8% całej badanej populacji.

– Odsetek dzieci nieprzystosowanych i niedostosowanych w każdym z trzech rodzajów schorzeń był bardzo wysoki i wynosił u dzieci ze schorzeniami dróg oddechowych i układu moczowego ponad 56,0%, u dzieci z dysfunkcją narządu ruchu 40,0%.

– Szczegółowe dane procentowe określające kategorie i poziom nieprzystosowania społecznego oraz rodzaj i stopień zaawansowania niedostosowania społecznego dzieci z uwzględnieniem rodzaju ich schorzeń zamieszczono w tabelach 1 i 2. W badanych ośrodkach leczniczo-wychowawczych nie stwierdzono, aby w sposób planowy, kompletny i powszechny diagnozowano wieloaspektowo (etiologia, symptomatologia, typologia, prognoza) przystosowanie społeczne dzieci przebywających na leczeniu. W odniesieniu do efektywności działań rewalidacyjnych jest to niepokojące, tym bardziej że

* Pojęcia: nieprzystosowanie i niedostosowanie nie są synonimami por. lit.: M. Przetacznikowa (1980), B. Markowska (1972), J. Konopnicki (1971).

w badanej populacji u 75,8% dzieci okres chorowania przekraczał 5 i więcej lat, a wielokrotność pobytów w zakładach leczniczo-wychowawczych wynosiła 5 i więcej razy.

– Analiza wypowiedzi ustnych i pisemnych dzieci zdiagnozowanych jako niedostosowane społecznie, pod kątem przyczyn negatywnych reakcji emocjonalnych i wynikających z nich negatywnych form zachowania się (lęki, niepokój, wycofanie się, podejrzliwość, zazdrość, agresja słowna i fizyczna), wskazuje u blisko 70% (69,5%) badanych na tak zwaną grupę czynników społecznych. W tym szczególnie na istnienie nieprawidłowych kontaktów interpersonalnych z kolegami, z rodzeństwem, z pedagogami.

– W działalności rewalidacyjnej w pracy pedagogów i nielicznie zatrudnionych psychologów nie stwierdzono (poza jednym ośrodkiem), zróżnicowanych ze względu na rodzaj nieprzystosowania, oddziaływań korekcyjnych i reedukacyjnych.

Uzyskane wyniki z badań wskazują na konieczność przeorganizowania metodyki pracy pedagoga terapeuty w ośrodkach leczniczo-wychowawczych. Podstawowym kierunkiem winna być rzetelnie, wieloaspektowo prowadzona diagnoza psychologiczno-pedagogiczna dziecka niepełnosprawnego. Dotychczasowy stan rzeczy w tym zakresie działań rewalidacyjnych jest wysoce niedostateczny na co wskazują i inne badania autorki (T. Oleńska-Pawlak 1995) przeprowadzone w 10 ośrodkach leczniczo-wychowawczych, wobec 675 dzieci przewlekle chorych i z dysfunkcją narządu ruchu. Z populacji tej jedynie 5% posiadało w dokumentacji opinię psychologiczną, którą słuszniej należałoby określić jako fragmentaryczne wyniki badań dziecka, gdyż ich zakres ograniczał się tylko do dwu aspektów (zadań) diagnozy tj. typologicznej i diagnozy fazy, przy zupełnym braku diagnozy genetycznej i diagnozy rozwojowej (prognostycznej). Psycholodzy głównie lub wyłącznie uwzględniali w opisie wyniki badań dotyczące procesów intelektualnych (bardzo często bez informacji o poziomie rozwoju umysłowego skali werbalnej i niewerbalnej) i percepcyjnych, rzadko procesów wykonawczych.

Tabela 1

Liczba dzieci nieprzystosowanych i niedostosowanych społecznie z uwzględnieniem rodzaju schorzenia

Rodzaj schorzeń	Liczba badanych	Dzieci przewlekle chore i kalekie					
		nieprzystosowane społecznie		niedostosowane społecznie		o zachowaniu zaburzonym	
		N	%	N	%	N	%
schorz. ukł. oddechowego	59	34	57,6 ^x	31	52,5 ^x	3	8,8
schorz. ukł. moczowego	30	17	56,6 ^x	17	56,6 ^x	-	-
schorz. narządu ruchu	27	11	40,7 ^x	11	40,7 ^x	-	-
Ogółem	116	62	53,4 ^{xx}	59	50,8 ^{xx}	3	8,8

^x – % obliczony w stosunku do liczby dzieci z danej grupy schorzeń

^{xx} – % obliczony w stosunku do całej populacji

Tabela 2

Przystosowanie i niedostosowanie społeczne dzieci przewlekle chorych i kalekich z uwzględnieniem poziomu, rodzaju i stopnia zaawansowania

Rodzaj schorzenia dzieci	Dzieci przewlekle chore i kalekie									
	Nieprzystosowanie społeczne N=63				Niedostosowanie społeczne N=59					
	zach. zahamowane	zach. antyspołeczne	Poziom		rodzaj			stopień		
	N=31	N=31	b. wysoki N=29	wysoki N=33	zahamowane N=28	nie-konsekwentne N=18	wrogie N=13	b. zaawansowany N=33	zaawansowany N=2	umiarkowany N=5
schorz. ukl. oddechowego	44,1	55,8	38,3	61,7	38,7	35,5	25,8	58,1	38,7	3,2
schorz. ukl. moczowego	52,9	47,1	64,1	35,9	47,1	35,3	17,6	47,0	35,3	17,7
dysfunkcje narządu ruchu	63,6	36,4	45,5	54,5	72,7	9,1	18,2	63,6	27,3	9,1
Ogółem	50,0 [*]	50,0 [*]	46,8 [*]	53,2 [*]	47,4 ^{**}	30,5 ^{**}	22,1 ^{**}	55,9 ^{**}	35,6 ^{**}	8,5 ^{**}

^{*} – % w stosunku do liczby nieprzystosowanych

^{**} – % w stosunku do liczby niedostosowanych

Stwierdzono zupełny brak diagnozy sfery emocjonalno-wolicjonalnej. Równie niedostateczny był zakres diagnozy pedagogicznej sprowadzający się do informacji o ocenach szkolnych; jedynie 1,5% dzieci niepełnosprawnych miało określony poziom wiadomości i umiejętności szkolnych oraz bardzo ogólną charakterystykę zachowania. Zważywszy na bardzo duży odsetek (81,4%) dzieci, których symptomatologia zachowań wskazywała na rozmaite utrudnienia w rozwoju psychospołecznym, stwierdzony stan budzi uzasadniony niepokój o fachowość i efektywność oddziaływań rewalidacyjnych. Niniejsze badania wskazujące na ponad 50,0% dzieci niepełnosprawnych zdiagnozowanych jako niedostosowane społecznie o zróżnicowanym rodzaju (zahamowane – 47,4%, niekonsekwentne – 30,5%, wrogie – 22,1%) i przewadze zachowań o najwyższym stopniu niedostosowania – 55,9%, powodują pilną potrzebę wprowadzenia do pracy rewalidacyjnej pedagogów zróżnicowanych rodzajów terapii.

Niedostosowanie społeczne tak w formie, jak i w treści najwidoczniej przejawia się w grupie społecznej, a najdotkliwiej odczuwa taką sytuację dziecko i osoba pracująca z nim na co dzień (pedagog). Wskazuje to, a potwierdza ukazany w badaniach obszar występowania konfliktów (urazów), na procesy komunikacji interpersonalnej jako pierwszoplanowe treści w doborze ćwiczeń w programie terapii.

Skoncentrowanie działań rewalidacyjnych w tym szczególnie reedukacyjnych, na procesie interakcji, inaczej komunikacji, obejmującej: relacje z kolegami (ja – kolega); relacje z dorosłymi (ja – dorosły – nauczyciel); stosunku do siebie (ja realne – ja idealne) jeszcze dobitniej podkreśla konieczność zmian w praktyce rewalidacyjnej ośrodków leczniczo-wychowawczych. Wskazuje mianowicie na przeorganizowanie działań pedagogicznych w kierunku nadania emocjom, uczuciom pierwszoplanowej roli. Tak na etapie diagnozy (badanie sfery emocjonalno-wolicjonalnej) jak i prowadzonej terapii, gdyż – jak dawno stwierdzono – emocje są napędem działania, a jak trafnie określił

F. Perls, w rzeczywistości stanowią prawdziwy język organizmu (podają za J. Melibrudą 1979). Stąd wynikają główne zadania pedagoga terapeuty:

- obserwowanie i słuchanie, co i w jaki sposób mówi dziecko,
- rozumienie, co ono przeżywa,
- interpretacji, dlaczego tak właśnie się zachowuje,
- przewidywanie negatywnych mechanizmów obronnych będących funkcją doznanych przez dziecko frustracji,
- stosowanie odpowiednich interwencji z zakresu pomocy psychologicznej treściowo wywodzącej się z idei psychologii humanistycznej.

O ile treść i zakres czynności pierwszych czterech zadań nie wymaga omówienia z racji swojej oczywistości i przygotowania zawodowego pedagoga specjalnego to ostatnie zadanie powinno być przedstawione. Adaptując idee psychologii i pedagogiki humanistycznej^{*} do edukacji instytucjonalnej, najogólniej można stwierdzić, że głównymi jej wyznacznikami są humanizm i personalizm, a osią działań jest nie nauczyciel – autorytet, ale dziecko – człowiek ze swoimi potrzebami, emocjami motywującymi go do działań z chęcią bycia aktywnym, twórczym, uznawanym. Rolą pedagoga jest pobudzanie, doradzanie, stworzenie sytuacji do maksymalnego wykorzystania potencjału, który posiada każde dziecko. Tej roli należy się uczyć i doskonalić ją przez całe życie zawodowe.

Pod pojęciem zadania dotyczącego stosowania w pracy pedagoga interwencji psychologicznej rozumie się:

- orientacje, znajomość programów psychoedukacyjnych^{**},
- uczestnictwo w warsztatach, kursach psychoedukacyjnych, socjoterapeutycznych, treningach interpersonalnych, asertywnych itp. (kształcenie, doskonalenie umiejętności pracy z sobą, z dzieckiem i jego rodzicami),
- opracowywanie strategii terapii z uwzględnieniem elastyczności w formach i treści pomocy psychologicznej dziecku.

W odniesieniu do dzieci niepełnosprawnych, mających dodatkowe utrudnienia w postaci niedostosowania społecznego, celem interwencji (ślusniej byłoby określić celem w ogóle pracy pedagoga terapeuty) jest umożliwienie dziecku przeżycia nowych, pozytywnych doświadczeń, sądów emocjonalnych i poznawczych. Jest to niezwykle istotna forma omówionego zadania pedagoga przyjmująca formę programu reedukacji, socjoterapii, mającego na celu korygowanie dotychczasowych urazowych przeżyć oraz opanowania przez dziecko nowych, pożytecznych dla niego (i otoczenia) sposobów funkcjonowania.

^{*} Źródła teorii sięgają czasów Kartezjusza (*cogito ergo sum*), J.J. Rousseau, J.A. Komeńskiego, M. Montesson, C. Freineta.

^{**} Obecnie w Polsce opracowano znaczną liczbę programów psychoedukacyjnych, m.in.: W. Dahmew i in. (opr. B. Wolniewicz-Grzelak), *Zdrowiej i świadomiej żyć. Materiały dla nauczycieli*, Inst. Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1992; A. Kobiółka (opr.), *Profilaktyka uzależnień. Program edukacyjny*, MEN, Warszawa 1991; A. Kołodziejczyk, E. Czermierowska, *Spójrz inaczej. Program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas I-VIII*, Edukatio, Kraków 1993; A. Kobiółka (opr.), *Jak żyć z ludźmi. Program profilaktyczny dla młodzieży*, MEN; A. i M. Freed, *Być przyjacielem i mieć przyjaciół. Skuteczne techniki wyrabiania własnej wartości*, WSiP, Warszawa 1993; M. Rylka, G. Klimowicz, *Szkoła dla ucznia. Jak uczyć życia z ludźmi*, WSiP, Warszawa 1992; J. Strzemieczny i in., *Zanim spróbujesz. Program profilaktyki uzależnień dla uczniów*, Pań. Agencja Rozw. Prob. Alkoholowych, wyd. III, Warszawa 1994; M. Król-Fijewska, *Trening asertywności. Scenariusz i wykłady P.T.P.*, Warszawa 1993.

Efektywność tak rozumianego zadania uzależniona jest od spełnienia trzech warunków:

- pedagog jest oparciem, doradcą, osobą znaczącą, nie ocenia,
- pedagog podkreśla suwerenność (autonomiczność) dziecka i jego pozytywne, mocne punkty, tzw. punkty Archimedesowe,
- przez stworzenie atmosfery bezpieczeństwa i zaufania dziecko samo będzie chciało się zmieniać, uczyć, przeżywać.

Bardzo dobrym programem reedukacyjnym, możliwym do wprowadzenia w ośrodkach leczniczo-wychowawczych, są ćwiczenia opracowane przez J. Grochulską (1989, 1992). Głównym założeniem proponowanej reedukacji dzieci o zachowaniach zahamowanych i agresywnych (wrogich) jest wyuczenie ich spostrzegania i werbalizowania różnych, najczęściej trudnych dla nich sytuacji interpersonalnych, a także percepcja takich sytuacji z perspektywy wszystkich jej uczestników. Jest to niezwykle cenna umiejętność, którą K. Skarzyńska (1981) określa umiejętnością decentracji interpersonalnej. Tematy ćwiczeń są tak dobrane, by umożliwić jak największą generalizację wyuczonych zachowań przez wykorzystanie psychodramy i projekcji. W tym celu autorka proponuje improwizowane „wchodzenie w rolę” na podstawie niedokończonych historyjek, których treść koresponduje z zainteresowaniami dzieci w młodszym i średnim wieku szkolnym.

Pedagog dokonując wyboru historyjek winien zwrócić uwagę na takie, których treść sprzyja występowaniu zachowań charakterystycznych dla dzieci agresywnych i zahamowanych. Wielokrotność powtórzeń roli oraz uwzględnienie zmian ról między dziećmi sprzyja, jak dowodzą badania J. Grochulskiej (1993), wygaszaniu nieprawidłowych zachowań.

Tak hipotetyczne podejście przyjąłam w aktualnie prowadzonych badaniach, których celem jest propozycja modyfikacji pracy pedagogów w ośrodkach leczniczo-wychowawczych oraz opracowanie strategii ćwiczeń psychokorekcyjnych z uwzględnieniem różnicowań zdrowotnych (rodzaj schorzenia) i doświadczeń emocjonalno-społecznych dzieci. W programowaniu oddziaływań korekcyjnych, wobec określonej grupy dzieci wyodrębniłam trzy etapy:

1. Diagnozę aktualnych możliwości psychofizycznych dziecka, czyli diagnozę sfery emocjonalnej i sfery instrumentalnej.
2. Klasyfikację symptomów zaburzeń zachowania się dziecka oraz obszarów relacji ich funkcjonowania (ja – rówieśnicy, ja – dorośli, ja – zadanie, ja – obraz własnej osoby).
3. Opracowanie strategii ćwiczeń w obrębie obszarów rozwoju dziecka; uwzględnionych i bardzo trafnie opisanych przez A. Kołodziejczyka i E. Czerniewską (1993).

W tej konwencji starałam się ukazać przeprowadzone badania nad populacją dzieci niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie omawiając dwa pierwsze etapy. Etap trzeci nie wyczerpuje całości dokonanej pracy, ma jedynie formę ogólnego przedstawiania strategii zajęć, ponieważ badania trwają. W wyniku wieloletnich obserwacji dzieci przewlekle chorych i z dysfunkcją narządu ruchu przyjąłam, że ćwiczenia pomocne w stymulacji i korekcji (reedukacji) będą skuteczniejsze jeśli uwzględnimy następujące w kolejności obszary rozwoju dziecka:

- wyrażanie uczuć – odreagowanie emocjonalne;
- rozwiązywanie problemów – radzenie sobie z trudnymi sytuacjami;
- poczucie własnej wartości;
- radzenie sobie z przebywaniem w grupie;
- promowanie zdrowia.

Ukierunkowanie działań rewalidacyjnych w ośrodkach leczniczo-wychowawczych na terapię wynikającą z realizacji idei psychologii i pedagogiki humanistycznej ułatwi jednostce niepełnosprawnej pełniejszą realizację jej potencjalnych możliwości rozwojowych. Jednak w przypadku współwystępowania zaburzeń i nieprawidłowości w kilku sferach osobowości dziecka, np. emocjonalnej, intelektualnej, percepcyjno-motorycznej omawiany rodzaj terapii (często określony terapią psychologiczną) należy traktować jako jedną, ale nie jedyną formę pomocy specjalistycznej.

Nie można mówić o tworzeniu jednostce specjalnych warunków do wszechstronnego indywidualnego rozwoju, jeśli nie zapewnimy jej równoległego udziału w zajęciach socjoterapeutycznych (reedukacyjnych) i w zajęciach specjalnych, logopedycznych, korekcyjno-kompensacyjnych, dydaktyczno-wyrównawczych.

Podsumowując dotychczasowe stwierdzenia i spostrzeżenia wydaje się słuszne sformułowanie kilku postulatów.

1. Osoby odpowiedzialne profesjonalnie za opiekę nad dzieckiem-ucznieniem przewlekle chorym i kalekim (lekarz, pedagog, psycholog) winny zabiegać o komplementarną, wieloaspektową diagnozę będącą podstawą programowania efektywnej pracy terapeutycznej.

2. Należy zrewaloryzować organizacyjnie i merytorycznie pracę pedagogów tak, aby w ich czynnościach zawodowych diagnoza i pomoc specjalna w formie programów socjoterapeutycznych, korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, dydaktyczno-wyrównawczych, stanowiła podstawę i oś działań rewalidacyjnych wobec dziecka o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

3. W planach i programach studiów nauczycielskich należy wprowadzić zdecydowanie większą liczbę zajęć kształtujących prokseologiczne umiejętności wychowawczo-terapeutyczne, w tym umiejętności diagnozy pedagogicznej.

4. W programach studiów pedagogów ogólnych i pedagogów specjalnych należy wyeksponować kształcenie wiadomości i umiejętności pracy metodą indywidualnych przypadków w jej dwuetapowym wymiarze (*case study*, *case work*) oraz umiejętności psychokorekcyjne do pracy z dzieckiem. Ten ostatni postulat podniesie profesjonalizm pedagogów, jeśli uczelnie stworzą studentom możliwości powszechnego dostępu do udziału w treningach interpersonalnych.

* Do tego rodzaju pomocy psychologicznej i pedagogicznej zobowiązane są wszystkie placówki oświatowo-wychowawcze zarządzeniem Ministerstwa Edukacji z 1993 r., Dz. U. nr 6.

BIBLIOGRAFIA

- Grochulska J., *Reedukacja dzieci agresywnych*, WSiP, Warszawa 1989
- Grochulska J., *Reedukacja dzieci zahamowanych*, PAN, Kraków 1992
- Konopnicki J., *Niedostosowanie społeczne*, PWN, Warszawa 1971
- Lewicki A., *Procesy poznawcze i orientacja w otoczeniu*, PWN, Warszawa 1963
- Markowska B., *Arkusze zachowania się ucznia*, M.O.iW. 1972
- Melibruda J., *Terapia Gestalt*, [w:] (red. L. Wołoszynowa), *Materiały do nauczania psychologii*, seria IV, t.5, PWN, Warszawa 1979
- Oleńska-Pawlak T., *Znaczenie diagnozy pedagogicznej w pracy z dziećmi przewlekle chorymi i kalekimi*, [w:] (red. R. Kurzawa, J. Wyczesany), *Dziecko chore na astmę. Dziecko przewlekle chore. Integracja działań medycznych, psychologicznych i pedagogicznych*, Universitas 1995
- Przetacznik M., Włodarski Z., *Psychologia wychowawcza*, wyd. II, PWN, Warszawa 1988
- Skarżyńska K., *Spostrzeganie ludzi*, PWN, Warszawa 1981