

Agata Byczyńska, Ewa Kudłacik

Diagnoza i terapia zaburzeń w zachowaniu dzieci o obniżonej sprawności umysłowej

Socjalizacja to proces nabywania wiedzy, umiejętności oraz dyspozycji umożliwiających efektywne uczestnictwo w grupie i społeczeństwie jako całości (A. Giryński 1989). Efektem prawidłowej socjalizacji człowieka jest przystosowanie społeczne. Osiągnięcie przystosowania społecznego uzależnione jest od spełnienia oczekiwań i wymagań, jakie otoczenie kieruje do osoby oraz motywów i potrzeb, które osoba pragnie zaspokoić (H. Muszyński 1983).

Przyjmuje się, że społeczne funkcjonowanie człowieka jest uzależnione od procesów i struktur percepcyjno-poznawczych oraz osobowościowych. Jeżeli są one zaburzone, albo nie są ukształtowane na właściwym poziomie, jak to ma miejsce w przypadku dziecka upośledzonego umysłowo, człowiek przejawia zaburzenia w działaniu, przyjmujące zarówno formę jego niskiej efektywności, jak też ujemnych konsekwencji społecznych (Z. Skorny 1978).

Zaburzenia w zachowaniu u osób o obniżonej inteligencji uwarunkowane są bezpośrednio niepełnym opanowaniem kompetencji społecznych takich jak:

- rozumienie norm życia społecznego,
- umiejętność wnioskowania społecznego,
- empatia,
- spostrzeganie społeczne,
- umiejętność osądu moralnego,
- umiejętność rozwiązywania problemów.

Dzieci upośledzone umysłowo znajdują się często w szczególnie trudnej sytuacji deprivacji, polegającej na niemożności zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych takich, jak np. potrzeba przynależności, bezpieczeństwa, aktywności, wolności, samodzielności, przeżywania sukcesu, a nade wszystko potrzeba akceptacji. W sytuacji niezaspokojenia podstawowych potrzeb łatwo wykształcić się może postawa nieżyczliwa w stosunku do ludzi, obniżenie motywacji i aktywności, zamykania się w sobie, lub odwrotnie - zachowania antyspołeczne bądź autodestruktywne.

Trudności wychowawcze spowodowane zaburzeniami w zachowaniu dzieci o obniżonej sprawności umysłowej zainspirowały do przeprowadzenia badań eksperymentalnych. Podstawą było założenie, iż systematyczne, celowe oddziaływania rewalidacyjne, przy wykorzystaniu różnorodnych metod, na dzieci i młodzież lekko upośledzoną umysłowo w środowisku rodzinnym i szkolnym mogą wpływać decydująco na jej pozytywną socjalizację (A. Gryński 1989).

Zaplanowano trzymiesięczny układ sesji terapeutycznych (od lutego do maja 1995), który pozwolił na weryfikację wartości własnego programu oddziaływań stymulacyjnych, określając ich wpływ na modyfikację zachowań tych dzieci. Eksperyment miał miejsce w internacie Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego nr 3 w Krakowie i objęto nim 8 dziewczynek w wieku 9-13 lat. Spotkania prowadził stały wychowawca grupy z częstotliwością dwa razy w tygodniu po 40 minut.

Diagnoza wstępna i końcowa została sformułowana w oparciu o Skalę Umiejętności Społecznych dla Dzieci i Młodzieży Matsona (Messy) w adaptacji W. Pileckiej i J. Pileckiego, która w wersji przeznaczonej dla ucznia prezentuje jego własne oceny, dotyczące częstotliwości występowania u niego zachowań opisanych w poszczególnych stwierdzeniach skali oraz pozwala na interpretację tych zachowań z uwzględnieniem pięciu czynników:

- właściwych umiejętności społecznych,
- niewłaściwych zachowań asertywnych,
- impulsywności,
- nadmiernej pewności siebie,
- zazdrości i zamykania się w sobie.

Oceny nauczyciela przedstawione w jego wersji skali mogą być analizowane pod względem dwóch czynników: niewłaściwych zachowań oraz właściwych umiejętności społecznych.

Drugą metodą jaką się posłużono była Skala Zachowania Przystosowawczego dla Dzieci, Młodzieży i Dorosłych NIHIRY w przekładzie J. Kostrzewskiego (1975). Pominęto część pierwszą skali, wyznaczającą poziom niezależnego funkcjonowania jednostki, a wykorzystano część drugą, która mierzy zaburzenia w zachowaniu i uwzględnia czternaście rodzajów zaburzeń:

- gwałtowne i destrukcyjne zachowanie,
- zachowanie antyspołeczne,
- zachowanie buntownicze,
- kradzieże i kłamstwa,
- zamykanie się w sobie,
- stereotypie ruchowe i dziwaczne ruchy,
- niewłaściwe formy zachowania się w towarzystwie,
- niewłaściwe nawyki głosowe,
- niewłaściwe lub ekscentryczne nawyki,
- zachowania autodestruktywne,
- nadmierna pobudliwość ruchowa,
- odbiegające od normy zachowania seksualne,
- zaburzenia o charakterze psychologicznym,
- przyjmowanie leków.

Skalą pozwalającą scharakteryzować osobowość dziecka oraz ocenić jego przystosowanie do grupy i wymagań szkoły jest Arkusz Zachowania się Ucznia B. Markowskiej (1980). Podaje on stopień nasilenia poszczególnych cech oraz ujmuje je w pięć kategorii:

- motywacja do nauki szkolnej,
- zachowanie się antyspołeczne,
- przyhamowanie,
- uspołecznienie,
- zainteresowanie seksualne.

Zastosowany w eksperymencie program stymulacji zawiera scenariusze 24 zajęć, w czasie których przeplatają się elementy następujących terapii: Metody Ruchu Rozwijającego W. Sherborne (1992), technik behawioralnych, technik relaksacyjnych oraz jako wiodącej socjoterapii.

Opracowany przez W. Sherborne system ćwiczeń wywodzi się z naturalnych potrzeb dziecka, zaspokajanych w kontakcie z dorosłymi. Z tzw. baraszkowania, pojawiającego się we wczesnym dzieciństwie każdego zdrowego dziecka i w każdej – normalnej rodzinie, stworzyła ona system terapeutyczny. Prostota i naturalność tej metody jest jej niewątpliwą zaletą, a zarazem świadczy o genialności odkrycia Sherborne. Podstawowe założenia metody to rozwijanie przez ruch:

- świadomości własnego ciała i usprawniania ruchowego,
- świadomości przestrzeni i działania w niej,
- dzielenia przestrzeni z innymi ludźmi i nawiązywania z nimi bliskiego kontaktu.

W trakcie realizacji programu starano się uwzględniać następujące cele:

- pomoc dziecku w nawiązaniu więzi z rówieśnikami w grupie,
- umożliwienie dziecku poznania uczuć radości, satysfakcji, powodzenia,
- zachęcenie dziecka do porozumiewania się przy pomocy ruchu, dźwięku, śpiewu oraz języka,
- danie dziecku poczucia pewności i ufności,
- rozwinięcie w dziecku świadomości samego siebie,
- rozwinięcie poczucia opiekuńczości, które umożliwia zaangażowanie w życie grupy, rozwój wrażliwości i odpowiedzialności za innych,
- rozwinięcie zdolności dziecka do podejmowania decyzji i szukania rozwiązań,
- pomoc dziecku w nabraniu umiejętności płynnego przechodzenia od ćwiczenia do ćwiczenia,
- wzmacnianie jego koncentracji na tym co robi (R. Kościelak 1988).

Zdaniem praktyków metoda ta pozwala dzieciom upośledzonym umysłowo osiągać lepsze wyniki w zakresie sprawności motorycznej. Dzieci są bardziej samodzielne, odpowiedzialne, szybciej nawiązują kontakt z innymi osobami (M. Przasnyska 1989).

W wychowaniu dzieci pełnosprawnych zakłada się, że wraz ze wzrostem sumy doświadczeń, wzrasta autokreacyjny udział jednostki w wychowaniu i od niej samej w coraz większym stopniu zależy efekt jej uczenia się współżycia społecznego (J. Grochulska 1993). Dziecko o obniżonej sprawności umysłowej, musi otrzymać gotowe wzorce funkcjonowania interpersonalnego w intencjonalnie stworzonych ku temu sytuacjach. Wychowawca musi zadbać o to, aby uległy one internacjonalizacji i nauczyć wychowanków, w jaki sposób mogą je wykorzystać w różnych sytuacjach życia społecznego. Z uwagi na nie odbiegające od normy zdolności do naśladownictwa u upośledzonych umysłowo,

technika modelowania i psychodrama to najbardziej wskazane dla nich spośród oddziaływań behawioralnych. Wychowanie określa się jako uczenie znaczeń. Znaczenie jest nadawane, gdy prezentuje się te, a nie inne wzory i modele, trenuje się te, a nie inne czynności, jedne wzmacniając pozytywnie, inne negatywnie. Zadaniem prowadzącego terapię było podawanie wzorów modeli, ewentualnie bycie samemu wzorem, modelem. W eksperymencie zastosowano głównie prezentację wzorów zachowań *in vivo* raz w postaci symbolicznej: wizualnej (obrazki), wyobrażeniowej i werbalnej (instrukcje). Odgrywaniu ról w ramach dramy towarzyszyło zwykle omówienie problemu w grupie i znalezienie najważniejszych zachowań w danej sytuacji. Wybór właściwego sposobu zachowania się wobec zadania wymaga bowiem zrozumienia sytuacji i aktywnego od niej ustosunkowania się poprzez reorganizację dotychczasowych doświadczeń, które dotąd nie były związane z sytuacją. Umiejętnie zorganizowana przez terapeutę presja sytuacyjna, która sprowokuje określone z góry zachowania będące przedmiotem ćwiczeń doprowadzi w przyszłości do opanowania umiejętności samodzielnego rozwiązywania problemów sytuacyjnych bez podanego wzoru. Wypracowane wzorce zachowań wymagają wielokrotnych powtórzeń w trakcie treningu, aż do wyuczenia. Fakt, iż terapia była prowadzona przez wychowawcę pracującego na co dzień z dziećmi umożliwiła przeniesienie wyćwiczonego repertuaru zachowań w naturalne warunki internatu. Dla spotęgowania wpływów stymulacyjnych, zastosowano elementy techniki wzmacniania pozytywnego, stosując nagrody w formie symbolicznych odznaczeń, lub wyrażanych werbalnie pochwał. W celu uniknięcia rodzącej napięcie rywalizacji, starano się tak dobrać zajęcia, aby każde dziecko, stosowanie do swych możliwości, mogło osiągnąć sukces i zostać nagrodzone.

Stanowi odprężenia i spokoju, złagodzeniu napięć emocjonalnych, sprzyjać miały także ćwiczenia relaksacyjne wzorowane na treningu autogennym Schulza w modyfikacji A. Polender (1988). Proste opowiadanie o treści odpowiadającej dziecięcym upodobaniom może je skłonić do pełnego zaangażowania się w naśladowanie czynności wykonywanych przez główną postać opowieści. Silna tendencja małych dzieci do identyfikacji umożliwia im na zasadzie naśladownictwa osiągnięcie stanu zmniejszenia napięć mięśniowych. Utrzymanie labilnej jeszcze uwagi dziecka przez czas ćwiczeń wymaga pozytywnej motywacji z jego strony. Stwarza to przed prowadzącym ćwiczenia obowiązek nawiązania z dzieckiem więzi emocjonalnej i wytworzenia odpowiedniej atmosfery. Początkowo obserwowano u dzieci niemożność skupienia uwagi i beztróskiego odprężenia. Dwie spośród dziewczynek przez cały czas trwania terapii nie poddały się sugestii, trwając w stałym napięciu, ich ciało nie zdradzało oznak rozluźnienia, pomimo motywowania i starań wychowawcy w kierunku stworzenia dodatniej emocjonalnie atmosfery ćwiczeń. Diagnoza wykazała, iż wspomniane dzieci cechowała impulsywność ruchowa. Dla reszty badanych bajkowa instrukcja słowna, w której po dramatycznym napięciu następuje rozładowanie, możliwość utożsamiania się z bohaterem, dostateczna orientacja w schemacie własnego ciała, stosowany niejednokrotnie podkład muzyczny sprawiły, iż relaksacja jako nietrudna w realizacji stała się z czasem ćwiczeniem, do którego dzieci podchodziły z przyjemnością.

Techniką efektywnie kształcąca zachowania społeczne akceptowane oraz umiejętności spełniania zadań życiowych jest socjoterapia. Metoda ta polega na celowym organizowa-

niu doświadczeń społecznych tak, by możliwy stał się proces przemian w psychice dziecka. Polegać one mają na modyfikacji trzech elementów:

- przebudowie sądów poznawczych,
- przebudowie wzorów zachowań,
- odreagowaniu emocjonalnym.

Korekta sądów poznawczych, które dziecko wyniosło z przeżyć traumatycznych staje się możliwa tylko i wyłącznie wtedy, gdy treść nowych doświadczeń jest przeciwstawna do treści doświadczeń urazowych. Jej kierunek powinien uwzględniać następujące obszary funkcjonowania: relacje z rówieśnikami, z dorosłymi, stosunek do zadań oraz do siebie samego. Rekonstrukcja wzorów zachowań dokonuje się poprzez opanowanie nowych strategii działania, optymalnych dla danej sytuacji. Odreagowanie emocjonalne umożliwi przemiany odnoszące się do sfery poznawczej i behawioralnej. Jest to proces naturalny, nie wymagający uczenia. Dlatego wystarczy, że w trakcie zajęć okażemy dzieciom zainteresowanie, cierpliwość i zrozumienie, a ich emocje zostaną ukierunkowane przez ożywioną działalność. Przy doborze zadań socjoterapeutycznych kierowano się zasadami: afirmacji, bliskiego kontaktu, otwartości, istnienia norm.

Dla określenia istotności wpływu terapii na zachowanie społeczne badanych dzieci posłużono się testem studenta dla dwu prób zależnych i sformułowano następujące wnioski:

1. Terapia zaburzeń w zachowaniu dzieci o obniżonej inteligencji z wykorzystaniem elementów Metody Ruchu Rozwijającego W. Sherborne, technik behawioralnych i relaksacyjnych oraz socjoterapii w wysokim stopniu warunkuje redukcję zachowań antyspołecznych takich, jak: narzucanie swej woli i nie liczenie się z innymi, przeszkadzanie innym w pracy, brak poszanowania cudzej własności, plotkowanie, używanie zwrotów nieprzyzwoitych, ordynarnych lub wrogich ($t=5,47$) oraz niweluje zaburzenia o charakterze psychologicznym, a wśród nich: skłonności do przeceniania własnych uzdolnień, niewłaściwe reakcje na krytykę i frustrację, domaganie się nadmiernej uwagi lub pochwał, niezrównoważenie emocjonalne ($t=5,90$).

2. Zaburzenia w przystosowaniu wyrażające się aktami buntu ($t=3,95$), niewłaściwymi formami zachowania się w towarzystwie ($t=3,19$), nadmierną pobudliwością ruchową ($t=3,95$), kradzieżą i kłamstwem ($t=2,75$) uległy znacznemu obniżeniu na skutek zastosowanych oddziaływań terapeutycznych. Dziewczynki zdecydowanie rzadziej w swoim postępowaniu kierują się zazdrością, a także stosują zamykanie się w sobie jako strategię uciekania od problemu.

Wyniki badań pozwalają na stwierdzenie, iż zasadnym i wskazanym jest włączenie wyżej wymienionych terapii do planu pracy wychowawczej z dzieckiem upośledzonym umysłowo w stopniu lekkim.

BIBLIOGRAFIA

- Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M., *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganie rozwoju dziecka*, WSiP, Warszawa 1992
- Giryński A., *Funkcjonowanie młodzieży upośledzonej umysłowo w stopniu lekkim w rolach społecznych*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa 1989

- Grochulska J., *Agresja u dzieci*, WSiP, Warszawa 1993
- Kościelak R., *Psychologiczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo*, PWN, Warszawa 1988
- Matson J.L., „Skala Umiejętności Społecznych dla Dzieci i Młodzieży wg Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY)” – adaptacja: W. Pilecka, J. Pilecki, maszynopis
- Maurer A., *Terapia trudności w nauce czytania i pisanie u dzieci upośledzonych umysłowo*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1988
- Muszyński H., *Rozwój moralny*, WSiP, Warszawa 1983
- Nihira K., Foster R., Shellhaas M., Leland H., *Skala Zachowania Przystosowawczego dla Dzieci, Młodzieży i Dorosłych wg AAMD Adaptive Behavior Scale for Children and Adults* – przekład, modyfikacja i wstępna adaptacja J. Kostrzewski, PIPS, Warszawa 1975
- Przasnyska M., *Nauczanie kultury fizycznej w szkole życia według programu Weroniki Sherborne*, „Szkoła Specjalna” 1989, nr 2
- Skorny Z., *Poznawcza i działaniowa koncepcja osobowości*, Kwartalnik Pedagogiczny 1978, nr 4
- Testy psychologiczne w poradnictwie wychowawczo-zawodowym. Poszerzone podręczniki dla badającego*, PWN, Warszawa 1980