

# Diagnoza i terapia pedagogiczna

w przestrzeni edukacyjnej

---

redakcja naukowa:

**Joanna Skibska i Justyna Wojciechowska**



# Diagnoza i terapia pedagogiczna

w przestrzeni edukacyjnej



# Diagnoza i terapia pedagogiczna

w przestrzeni edukacyjnej

---

redakcja naukowa:

**Joanna Skibska i Justyna Wojciechowska**

© Copyright by Authors  
Kraków 2014

ISBN 978-83-64275-71-5

Recenzenci:

prof. zw. dr hab. Irena Adamek

prof. dr hab. Jan Grzesiak

Redakcja: Zuzanna Bochenek

Korekta: Marta Pustuła

Korekta tekstów anglojęzycznych: Elżbieta Chudoba

Projekt okładki, skład: Joanna Bizior



Wydawnictwo LIBRON – Filip Lohner  
al. Daszyńskiego 21/13  
31-537 Kraków  
tel. 12 628 05 12  
e-mail: [office@libron.pl](mailto:office@libron.pl)  
[www.libron.pl](http://www.libron.pl)

# Spis treści

<b>WSTĘP</b>	7
<b>WIELOWYMIAROWOŚĆ DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNO-TERAPEUTYCZNYCH</b>	
Krystyna Duraj-Nowakowa Pedagogiczna przestrzeń diagnozy, profilaktyki i terapii	11
Iwona Maria Kijowska Praca terapeuty pedagogicznego z perspektywy studentów	21
Katarzyna Herda-Płonka Zarys wsparcia logopedycznego realizowanego w placówkach oświatowych w województwie śląskim	39
Małgorzata Bednarska Zasadność i potrzeba wsparcia psychologicznego i psychoterapii studentów	53
Anida Szafrąńska Terapia pedagogiczna w domach dziecka. Rozwiązania praktyczne	65
<b>DIAGNOZA PEDAGOGICZNA – OBSZARY I ZADANIA</b>	
Karin Fodorová Diagnostyka pedagogiczna w przedszkolu	79
Simona Hendrychová Diagnostyka pedagogiczna nauczyciela przedszkola	87
Natalia Gumińska, Magdalena Zajac Diagnoza pedagogiczna w placówkach opiekuńczo-wychowawczych szansą na optymalny rozwój dziecka	95
Dominika Duraj Diagnoza pedagogiczna w pracy nauczycielskiej	105
Katarzyna Jadach Status prawny dziecka rodziców żyjących w rozłączeniu z perspektywy szkoły	115
<b>MUZYKA W EDUKACJI, EDUKACJA W MUZYCE</b>	
Maciej Kołodziejwski Terapia (z) muzyką w tle. Wgląd w wybrane eksploracje badawcze	129
Irena Burczyk Działania muzykoterapeutyczne w procesie edukacyjnym	147
Lidia Kęska Terapeutyczna rola działań muzycznych na etapie wczesnoszkolnym	161
<b>DZIECKO ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI – TEORIA I PRAKTYKA</b>	
Anna Porczyńska-Ciszewska Dziecko z ADHD w szkole – obraz kliniczny oraz konsekwencje	169
Małgorzata Pótorak Wiedza i poczucie kompetencji do pracy z dziećmi z ADHD nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej	181

Natalia Gumińska, Magdalena Zając	
Funkcjonowanie dziecka z autyzmem w rodzinie	193
Anna Banasiak	
Współpraca specjalistów z rodzicami dzieci z autyzmem	205
Zdzisława Janiszewska-Nieścioruk, Agata Miodek	
Prowiączające możliwości metody Marii Montessori w edukacji przedszkolnej dziecka z autyzmem	217
Beata Jerzakowska	
Audiodeskrypcja jako tekst użytkowy. Propozycja wykorzystania techniki na lekcji języka polskiego pierwszym krokiem projektu edukacyjnego integrującego środowisko widzących i niepełnosprawnych wzrokowo	229
Patrycja Kozera-Mikuła	
Dysleksja u młodzieży gimnazjalnej – diagnostyczne i terapeutyczne aspekty pomocy psychologiczno-pedagogicznej	241
Jolanta Maciąg	
<i>Clumsy Child Syndrome</i> : rozpoznawalne i „niewidoczne” symptomy dyspraksji u młodszych dzieci	249
<b>AUTORZY</b>	261

# Wstęp

Dobro dziecka jest nadrzędne wobec wyzwań, jakie ludzkość podejmuje na co dzień. Dobro skupia wokół siebie wartości zgodne z kodeksem moralnym człowieka<sup>1</sup>, dlatego wielowymiarowe starania pedagogów są ukierunkowane na wspieranie rozwoju dziecka, pomoc w przewyżnianiu trudności, a także budzenie i nieustanne motywowanie warunkujące intensywność i jakość dalszych działań. Dokonujące się zmiany rzeczywistości, których jesteśmy świadkami, a jednocześnie współuczestnikami, z jednej strony w znacznym stopniu ułatwiają funkcjonowanie w świecie, z drugiej natomiast przez swoją złożoność i dynamikę rodzą wymagania określonych umiejętności w procesie doświadczania i przeżywania. Profilaktyka, diagnoza i terapia to swoista triada w przestrzeni pedagogicznej, dlatego wiedza i praktyka w odniesieniu do tych procesów muszą być silnie zespolone. Osiągnięcia wynikające z cywilizacyjnego postępu nakładają na pedagogów, jak również specjalistów reprezentujących inne dziedziny, obowiązek nieustannego pogłębiania wiedzy po to, aby móc ją zastosować w praktyce. Okoliczności i warunki współczesnego życia nakazują także prowadzenie obserwacji zachowań dzieci, młodzieży i osób dorosłych, które z różnych przyczyn wymagają wsparcia. Wnikliwa analiza złożonych często symptomów daje podstawę do wyłonienia obszaru wiedzy oraz właściwego jej zastosowania, a umiejętne podążanie za drugim człowiekiem warunkuje przyjęcie odpowiedniej strategii wspomagania i stymulacji.

Profilaktyka, diagnoza i terapia mają na uwadze nie tylko dążenie do prawidłowego rozwoju, ale również właściwe funkcjonowanie jednostki w środowisku. Okoliczności naszego istnienia są silnie osadzone w społeczeństwie, dlatego jakość relacji ze środowiskiem odgrywa istotną rolę w życiu każdego z nas. To wszystko jednoznacznie przemawia za tym, aby praca każdego pedagoga była nieustannie doskonalona i wzbogacana.

Koncepcja niniejszej publikacji została tak pomyślana, aby podział treści pozwolił na wyłonienie zasadniczych tematów: wielowymiarowości działań

---

<sup>1</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego*, red. B. Dunaj, Warszawa 2001, s. 177.



profilaktyczno-terapeutycznych, obszarów i zadań diagnozy pedagogicznej, muzyki w edukacji, działań pedagogicznych oraz zagadnień związanych z pracą terapeutyczną z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

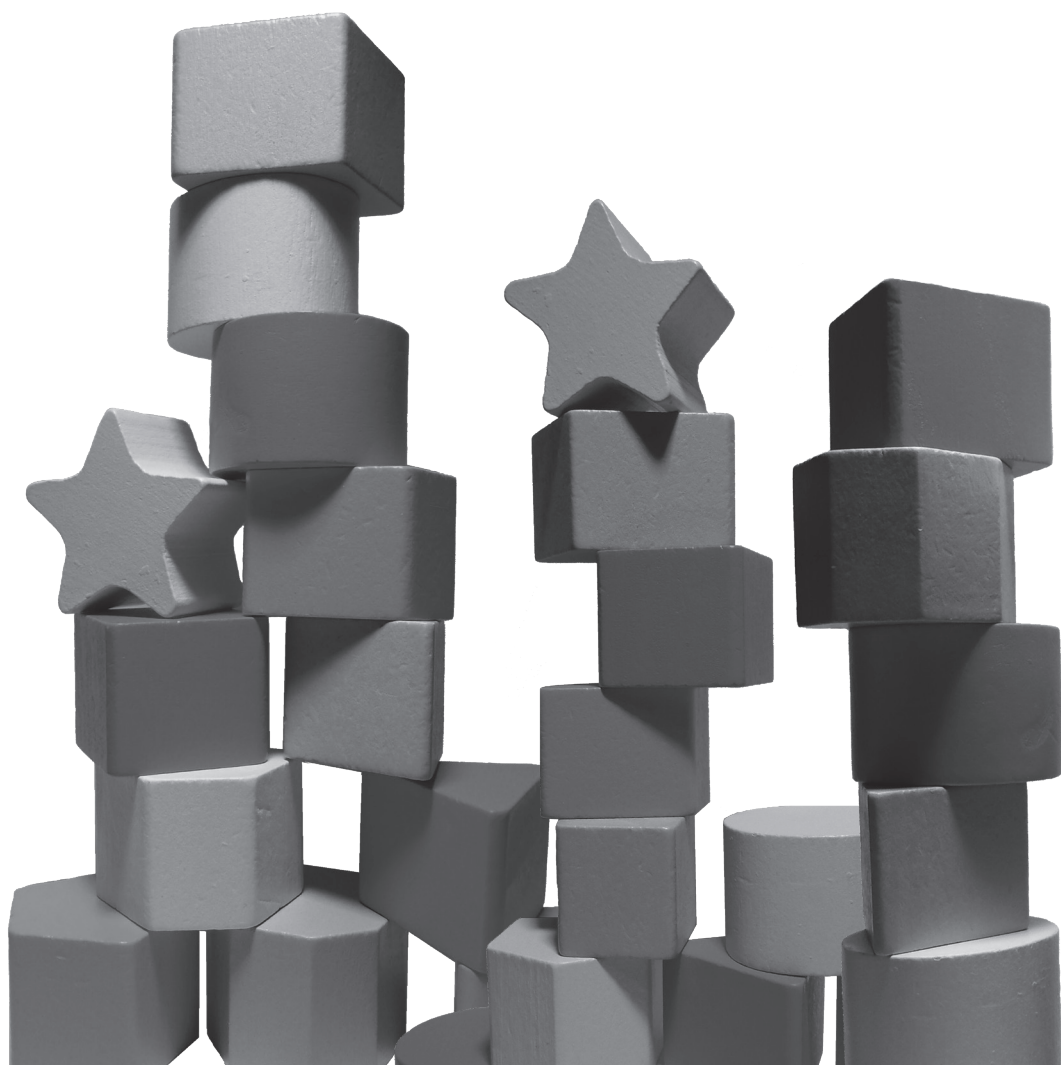
Rozważania autorów części pierwszej nawiązują do pracy terapeuty, charakteru wsparcia logopedycznego, a także potrzeby wsparcia psychologicznego i psychoterapii. Część druga została poświęcona roli diagnozy w złożonym procesie wychowania i kształcenia. Osobną uwagę poświęcono przestrzeni przedszkola oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych z jednoczesnym wskazaniem na wagę nauczycielskich kompetencji dla rzetelnej diagnozy. Trzecia część publikacji porusza zagadnienia związane z muzyką, która jest uznana za element terapii, przy czym autorzy omawiają to zagadnienie wieloaspektowo. Ostatnia część bezpośrednio nawiązuje do terapii dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w teorii i praktyce. Autorzy omawiają specyfikę zachowań dziecka z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej i współwystępującymi deficytami, odnoszą się do charakteru pracy z dzieckiem z ADHD. Odrębną uwagę poświęcono funkcjonowaniu dziecka z autyzmem zarówno w przedszkolu, jak i w rodzinie. Zajęto się też pomocą psychologiczno-pedagogiczną uwzględniającą usprawnianie umiejętności ucznia z dysleksją oraz dyspraksją.

Autorom, którzy dołożyli wszelkich starań, by podzielić się z czytelnikami swoją wiedzą, doświadczeniem oraz kompetencjami zawodowymi, dziękujemy za trud przygotowania tekstów i zaangażowanie w prace związane z powstaniem tomu.

W sposób szczególny dziękujemy recenzentom: Pani prof. zw. dr hab. Irenie Adamek i Panu prof. dr. hab. Janowi Grzesiakowi, których wszystkie uwagi i sugestie nadały publikacji ostateczny kształt.

*Joanna Skibska i Justyna Wojciechowska*

Wielowymiarowość działań  
profilaktyczno-terapeutycznych





Krystyna Duraj-Nowakowa

## Pedagogiczna przestrzeń diagnozy, profilaktyki i terapii

### Wprowadzenie

U podstaw niniejszych rozważań leży wybór – spośród tzw. wielkich – tu preferowanego paradygmatu poznania systemologicznego, który jako przed założenia ma uwarunkowania indywidualne/osobiste i społeczno-pedagogiczne. Opieram je na rozległych i wieloletnich studiach literaturowych, i to interdyscyplinarnych, oraz własnych próbach licznych aplikacji tego podejścia do obu rodzajów posiadanych kwalifikacji (filologicznych i pedagogicznych) na użytek rozstrzygnięcia podejmowanych problemów, rozwiązywanych myślowo<sup>1</sup> i/lub empirycznie. Oto źródła i wybrane podejścia do rozmyślań w opisie, których rezultaty przedstawiam kolejny raz, ale tu odmiennie, do dyskusji<sup>2</sup>.

Na podkreślenie zasługuje autorska wizja przestrzeni niezawężonej do sfery tylko edukacyjnej, lecz – systemologicznie – szeroko pojmowanej jako przestrzeń pedagogiczna.

Aktualny i ważki problem przestrzeni, tu: pedagogicznej – wychowawczej, społeczno-opiekuńczej i innych odmian związanych z subdyscyplinami naszej dyscypliny poznania, występuje jako przedmiot uwagi coraz częściej także w literaturze filozoficznej, socjologicznej, politologicznej i psychologicznej. Nierzadko zastępowany jest on wyrażeniami: „przestrzeń kulturowa”, „pole edukacyjne” i „środowisko edukacyjne”. Od razu więc zaznaczę, iż w ich fachowych definicjach pojęcia te nie są równoważne/równorzędne. Mają swoją specyfikę, zatem również osobne konotacje.

Nasze uwagi, wybory i decyzje warunkują tu okoliczności aktualnych zmian społeczno-pedagogicznych, które skłaniają do autorskiego rozważenia swoistości i znaczenia przestrzeni pedagogicznej dla omawianych trzech obszarów aktywności nauczycieli i pedagogów.

---

<sup>1</sup> K. Duraj-Nowakowa, *Poszukiwanie ładu w edukacji: refleksje humanistyczne o migotliwych kontekstach*, [w:] *Oświata w otoczeniu burzliwym*, red. H. Rusek, A. Górniok-Naglik, J. Oleksy, Katowice 2008, s. 22–33.

<sup>2</sup> *Zob. Przestrzeń, filozofia i architektura: osiem rozmów o poznawaniu, produkowaniu i konsumowaniu przestrzeni*, red. E. Rewers, Poznań 1999.

Za cele niniejszego opracowania obrałam 1) teoretyczne: metodologiczne oraz rzeczowe osadzenie problemu/tematu w literaturze fachowej i 2) antycypację rezultatów/następstw ewentualnych w przyszłości zastosowań sformułowanych tu tez.

## Istota przestrzeni pedagogicznej

Ustalenia pojęciowo-terminologiczne skłoniły mnie do wyboru dwu definicji przestrzeni:

1. nieskończony, nieograniczony obszar trójwymiarowy, 2. zamknięta, ograniczona część tego obszaru, 3. pusta, rozległa, nieograniczona płaszczyzna, część tej płaszczyzny, 4. odległość, odstęp, dystans, ale 5. jedno z podstawowych pojęć matematyki (zob. też: przestworze: 6. szeroka, rozległa, nieograniczona przestrzeń)<sup>3</sup>.

W niniejszym opracowaniu termin „przestrzeń” będzie używany w czterech pierwszych odcieniach znaczeniowych.

Jednak oprócz powyższych sześciu odcieni znaczeniowych przestrzeń ma także sens metafizyczny, który odnosi się do sfery mentalnej okoliczności społeczno-psychologicznych i pedagogicznych. Dlatego także obu tym rodzajom przestrzeni do zastosowania w pedagogice przeznaczam dalej miejsce i uwagę.

Natomiast przesłanek dla wyjaśnienia tytułowej kwestii niniejszej części tekstu poszukuję we wskazanych obszarach myślenia naukowego i proponuję przyjęcie następujących teorii:

1. Systemów społecznych (T. Parsons).
2. Integracji teorii systemów i teorii działań (J. Habermas).
3. Wymiany społecznej (G. Homans, P. Blau).
4. Synergii oddziaływań (I. Prigoginé, H. Haeleem).
5. Przestrzeni społecznej (P. Bourdieu).
6. Wymiany komunikacyjnej (R. Emerson).
7. Strukturyzacji makro- i mikropoziomów rzeczywistości społecznej (A. Giddens)<sup>4</sup>.
8. Pedagogiki systemologicznej (A. Lewin, W. Okoń, J. Radziejewicz, K. Sosniński i wspólnie K. Duraj-Nowakowa)<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> *Mały słownik języka polskiego*, red. S. Skorupka, H. Auderska, Z. Łempicka, Warszawa 1968, s. 658.

<sup>4</sup> Dawnej proweniencji jest zainteresowanie pedagogów dla uznawanych teorii; osobiście wyraziłam i ujawniłam je najpierw w metodologicznej monografii – zob. K. Duraj-Nowakowa, *Teoria systemów a pedagogika*, Kraków 1992.

<sup>5</sup> Zob. *Eadem, Modelowanie systemowe w pedagogice*, Kraków 1997. Zob. także monografię (moich siedmiu kontynuatorów i zarazem uczniów): *Szkice systemowych ujęć pedagogiki*, red. M. Kaliszewska, B. Klasińska, Kielce 2010.

Czyli w najszerszym znaczeniu przestrzeń pedagogiczna, co proponuję tu przyjąć, to szeroko rozumiany obszar/teren/pole, w którym dokonują się procesy pedagogicznej działalności. Przekonuje bowiem argumentacja, iż

Człowiek jest istotą przestrzenną. Przestrzeń jest właściwością i warunkiem jego istnienia i działania, ma więc znaczenie egzystencjalne. Człowiek ma stosunek aktywny, spontaniczny, ale także świadomy i celowy do przestrzeni. Ma ona wielostronne wymiary<sup>6</sup>.

Konkludując nasze dotychczasowe myślenie: przez przestrzeń pedagogiczną rozumiemy względnie racjonalną jednolitą konstrukcję uporządkowania (nie chaosu) życia społeczno-pedagogicznego, działalności społeczno-pedagogicznej opartej na – uwaga! – subiektywno-obiektywnej percepcji tej rzeczywistości społeczno-pedagogicznej. U jej podstaw znajdują się, o własnie, szerzej: systemy oświaty i szkolnictwa, działalność nauczycieli i pedagogów, której głównym celem jest kształtowanie osobowości siebie jako mistrza<sup>7</sup> i naszych wychowanków. Pedagogika bowiem za przedmiot uwagi przyjmuje rozległe pojmowanie wychowania jako szczególnego procesu społeczno-kulturowego przyswajania i transmisji doświadczeń: wzorców kulturowych, norm i wartości w procesie dojrzewania osoby człowieka do formatu osobowości.

## Komponenty struktury przestrzeni pedagogicznej

W przestrzeni pedagogicznej wyodrębnia się trzy poziomy: indywidualny/osobowy, grupowy i instytucjonalny. „Na dwu pierwszych poziomach przestrzeń kształtuje się w życiu codziennym, reprezentując rzeczywistość, która jest interpretowana przez ludzi i ma dla nich subiektywne znaczenie jako jednolity świat”<sup>8</sup>.

Przestrzeń edukacyjna przedstawia bowiem z jednej strony subiektywny i abstrakcyjny, z drugiej zaś strony obiektywny obraz rzeczywistości społecznej instytucji pedagogicznych – oświatowo-szkolnych. Rzeczywistość, organizując się w czasie i przestrzeni, odzwierciedla szczególny rodzaj uporządkowania/ładu stosunków/relacji ogółu systemów (tzn. nadsystemów, systemów równorzędnych i podsystemów) osób i instytucji, gdyż przestrzeń ta tworzy koherentną całość. Całość uwarunkowaną konkretnym okresem/epoką historii rozwoju społeczeństwa, przestrzeń społeczną i geograficzną. Ten trzeci poziom instytucjonalny funkcjonuje według norm (kontekst tele-

<sup>6</sup> M. Michalik, *Przestrzeń jako wartość*, „Prometeusz” 2006, nr 9.

<sup>7</sup> Zob. K. Duraj-Nowakowa, *Dlaczego pedagogice potrzeba mistrzów i mistrzostwa?*, [w:] *Prace pisarskie pedagogów*, red. K. Duraj-Nowakowa, Kraków 2014 (maszynopis w przygotowaniu do druku).

<sup>8</sup> P. L. Berger, T. Luckmann, *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, przeł. J. Niżnik, Warszawa 1983, s. 38.

ologiczno-aksjologiczny) regulujących zachowanie jednostek w zorganizowanej i zintegrowanej instytucji<sup>9</sup>.

Na tym tle spostrzegamy, że przestrzeń pedagogiczną wyróżnia swoista struktura, której kompozycję wyznaczają wymagania państwa (i jego agend rządowych – obu ministerstw edukacji i szkolnictwa wyższego) oraz potrzeby/oczekiwania społeczeństwa.

Na przestrzeń pedagogiczną składają się takie komponenty, jak: infrastruktura, instytucje różnych szczebli w pionie i poziomie organizacyjnym, standardy kształcenia, wychowania i opieki, socjalizacji oraz resocjalizacji, grupy społeczne, rynek wychowania, zakresy i poziomy usług pedagogicznych oraz wzajemne relacje między tymi elementami jako ów systemologiczny czynnik uspołniania, czyli systemologicznej koherencji. Relacje te nie mają tylko charakteru horyzontalnego czy wertykalnego, są siecią zależności wzajemnych, zwanych specyficznie – według teorii systemów – splecionymi.

Tutaj należałoby zamieścić wykaz i charakterystyki właściwości przestrzeni pedagogicznej. Nie mając na to miejsca (w limitowanej objętości tekstu), ograniczę się tylko do ich przeliczenia (9) i bardzo skrótowych dookreśleń:

- wielowymiarowość przyczyn i następstw przestrzeni w pedagogice (o czym nieco szerzej napiszę dalej);
- temporalność organizacji przestrzeni (powtórzmy: w czasie);
- asymetryczność dynamicznych podprzestrzeni;
- heterogeniczność niejednorodnego połączenia różnorodnych elementów przestrzeni;
- względna ciągłość czasowa, niekiedy bowiem przerywana na poziomie osoby i/lub grupy oraz instytucji;
- „przeciągłość” liczby osób, instytucji i powtarzalności wydarzeń w granicach wspólnej przestrzeni;
- nasycenie wydarzeniami o lateralnym (w sensie gotowości do pozbycia się sztywności w postrzeganiu i rozumieniu świata) znaczeniu wartości na drodze życiowej człowieka;
- sterowość mechanizmów: diagnoz i prognoz, profilaktyki, wspierania i pomocy oraz korekty i terapii przez progresywną zmianę znaczenia i wartości przedmiotów zainteresowań systemów pedagogicznych;
- wielopoziomowość przestrzeni co najmniej w dwu konfiguracjach rodzajów: 1) obiektywna i subiektywna, 2) osobista, grupowa i instytucjonalna<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> I. Surina, *Rozważania o przestrzeni edukacyjnej – od teorii do praktyki edukacyjnej*, [w:] *Przestrzeń edukacyjna wobec wyzwań i oczekiwań społecznych*, red. I. Surina, Kraków 2010, s. 13–26. Zob. także K. Duraj-Nowakowa, *Tropy/ścieżki integrowania myślenia pedagogów o edukacji*, [w:] *Przestrzeń edukacyjna...*, s. 27–36.

<sup>10</sup> Zob. M. Augé, *Nie-miejsca: wprowadzenie do antropologii hipernowoczesności*, przeł. R. Chymkowski, Warszawa 2010; S. Symotiuk, *Filozoficzne aspekty problemu przestrzeni*, [w:] *Przestrzeń*

Właściwości przestrzeni pedagogicznej ujawniają różnice/dyferencjacje poziomów i zakresów/stylów życia i działalności wychowawczej/samowychowawczej oraz statusu społecznego uczestników tych aktywności/działań/procesów.

## Funkcjonowanie przestrzeni pedagogicznej w myśleniu i działaniu nauczycieli i pedagogów

Funkcjonowanie jest tu rozumiane jako pełnienie przez przestrzeń funkcji z tzw. pierwszej grupy, czyli zadań, czynności, operacji, ale też – systemologicznie w pełni – jako czynników, uwarunkowań i przyczyn uaktywniania tej przestrzeni w pedagogii na co dzień, w praktyce pedagogicznej.

Na pytanie o funkcje przestrzeni w pedagogice najwcześniej udzielać odpowiedzi uniwersalnie starała się dydaktyka, dlatego aplikacja tych odpowiedzi jest możliwa w szerszym zakresie i w innych działach proponując się zastanowić nad jej fundamentalnymi ustaleniami dawnej daty.

I tak za przykład mogą posłużyć cztery modele lekcji: tradycyjno-podająca, nauczania praktyczno-technicznego, problemowa i eksponująca (dzieło, utwór). W związku z analogią do zajęć np. wychowawczo-opiekuńczych trzeba podkreślić, że konstatowano, iż nauczyciele nie umieją łączyć poszczególnych modeli, stosując – monometodycznie – izolowanie poszczególnych dróg/metod postępowania. Nie umieją łączyć poszczególnych strategii, a tym bardziej poszczególnych systemów dydaktyczno-wychowawczych<sup>11</sup>.

Dydaktycy najwcześniej za J. A. Komeńskim (XVII w.) eksponowali racje za stosowaniem systemu oddziaływań pedagogicznych, podkreślając, iż „system to na ogół wielostronny kierunek pedagogiczny, będący osobną całością uzasadnioną przez ogólne założenia”<sup>12</sup>. Później zaś ustalono, że jest „to zespół składników, obejmujących nauczycieli, uczniów, treści kształcenia i środki dydaktyczne, które to składniki, oddziałując na siebie wzajemnie, służą osiągnięciu założonych celów kształcenia i wychowania”, co podkreśla – eksponując systemologiczny kontekst – wybitny pedagog W. Okoń<sup>13</sup>.

W nowszym ujęciu „system dydaktyczny jest to całościowy kształt wielu ściśle ze sobą sprzężonych elementów o różnych funkcjach prakseologicznych z dziedziny procesu nauczania, jego celów i zadań, treści, metod, zasad, środków i organizacji”<sup>14</sup>, jak to zapisał krakowski uczyony, J. Zborowski, którego twórczość ogólnopolsko doceniamy.

---

w nauce współczesnej, red. G. Nowak, S. Symotiuł, Lublin 1998; *Relacje przedmiotów (w) lokalnej przestrzeni*, red. M. J. Śmiałek, Poznań 2009.

<sup>11</sup> E. Fleming, *Współczesny system dydaktyczno-wychowawczy*, Kraków 1972, s. 56.

<sup>12</sup> K. Sośnicki, *Dydaktyka ogólna*, Wrocław 1959, s. 6–7.

<sup>13</sup> W. Okoń, *Zarys dydaktyki ogólnej*, Warszawa 1967, s. 332.

<sup>14</sup> J. Zborowski, *Unowocześnianie metod nauczania*, Warszawa 1970, s. 2.



Wskutek krytyki dotychczasowych definicji, ale bez uwzględnienia kolejności składników systemu, sporządzono dojrzały opis: „system dydaktyczny jest złożoną, kompleksową i dynamiczną całością, obejmującą w powiązaniu funkcjonalnym, strukturalnym i hierarchicznym: 1) osoby: nauczycieli i uczniów, 2) procesy: nauczania i uczenia się, 3) współczynniki: cele, treści, środki, bazę materialną”<sup>15</sup>.

Istotne znaczenie ma wykorzystanie przestrzeni klasy szkolnej, świetlicy itp. w uczeniu się i wychowaniu<sup>16</sup>, co wpływa na klimat/atmosferę komunikacji. Ważna jest przecież nawet aranżacja miejsc siedzących na lekcji/zajęciach, czyli zorganizowanie tej fizycznej przestrzeni zgodnie z oczekiwanymi zachowaniami przebywających w niej osób. Uwzględniać więc trzeba aranżacje: rzędowo-szeregową (liniową, w której dominują osoby siedzące z przodu i w centrum), typu podkowy (sprzyja nasileniu relacji uczeń – uczeń i nauczyciel – uczeń) lub segmentów (sprzyja współpracy w małych grupach jak w nauczaniu problemowym według projektu E. Fleminga), albowiem układy miejsc siedzących, podkreślmy, różnią się przecież także mocą interakcji.

## Konkluzja

Gdy pytamy o funkcje przestrzeni w pedagogii i pedagogice, co podkreślałam już uprzednio, stawiamy nie tylko kwestie przyczyn, uwarunkowań i czynników, ale – dodam teraz – i następstw, skutków/rezultatów, które z kolei, jak wiadomo, wyznaczają wyobrażone uprzednio, czyli antycypowane, cele. To druga grupa funkcji ich systemologicznej interpretacji. W tym miejscu tytułem podsumowania całości toku rozumowania wskazane jest, aby umocować konkluzję, właśnie na celach zatrzymać uwagę, ponieważ obligują do tego aksjologiczno-teleologiczne wymiary myślenia pedagogicznego<sup>17</sup>, a więc zapytać o wartości i cele użycia/wykorzystania przestrzeni w szeroko rozumianym wychowaniu aktualnie. Ponieważ jednak wciąż trudniejsze, tzw. miękkie, są zagadnienia wartości wychowawczo-opiekuńczych, za twardszą podstawę – także przydatną dla analogii i transferu na grunt działalności wychowawczej – niechże nam posłużą kategorie celów kształcenia B. Blooma; w celu ich większej obiektywizacji i aktualizacji przywiodę równoległe dwie taksonomie (rozciągnięte w czasie i zmieniane – pierwsza sprzed blisko 60 lat, druga – sprzed kilkunastu):

A. Pierwsza:	B. Druga:
1. Wiedza	1. Pamiętać
2. Rozumienie	2. Rozumieć
3. Stosowanie	3. Stosować

<sup>15</sup> E. Fleming, *Unowocześnianie systemu dydaktycznego*, Warszawa 1974, s. 59.

<sup>16</sup> A. Nalaskowski, *Przestrzenie i miejsca szkoły*, Kraków 2002.

<sup>17</sup> Zob. A. Szejnberg, *Komunikacyjne środowisko nauczania i uczenia się*, Wrocław 2006; *idem*, *Środowisko proksemiczne komunikacji edukacyjnej*, Opole 2007.

- |            |               |
|------------|---------------|
| 4. Analiza | 4. Analizować |
| 5. Synteza | 5. Oceniać    |
| 6. Ocena   | 6. Tworzyć.   |

Oryginalna liczba sześciu kategorii pozostała bez korekty i powtórzona w zweryfikowanej po latach taksonomii. Zmieniono nazwy trzech kategorii i przedstawiono kolejność dwu z nich. Przy czym zastosowano formy bezokolicznikowe czasowników, aby dopasować te kategorie do formy ujęć celów kształcenia, nazywanych procesualnie i postulatycznie. Zauważmy, iż pierwsza spośród kategorii – „Pamiętać” – jest ściśle związana z jednym z dwu ważniejszych celów kształcenia – promowaniem uczenia się pamięciowego jako bazy, zatrzymywania wyuczonej informacji, co służy uczeniu się ze zrozumieniem i rozwiązywaniu problemów. Pięć pozostałych kategorii z drugiej wersji celów dotyczy uczenia się ze zrozumieniem i transferu/umiejętności zastosowania wiedzy w rozwiązywaniu nowych problemów.

Dlaczego tak nietypowo, wciąż jeszcze bazując na literaturze fachowej, nawet tu, w podsumowaniu, sugeruję koncentrować się na tych celach w myśleniu na temat własnego referatu? Ponieważ stopień ogólności tej taksonomii pomaga, a nawet zobowiązuje do myślenia w zakresie szerszym, pedagogicznym, także więc naukowo-metodologicznym diagnozowania (por. koncepcje poznania i badań pedagogicznych również innymi metodami), a także profilaktycznym (por. w bardziej zasadnej kolejności: zapobieganie trudnościom opiekuńczo-wychowawczym, socjalizacja i resocjalizacja) oraz terapeutycznym (zamysł i ich realizacja: korekcja, zmiany, usprawnienia).

Nie mając tu już miejsca na dookreślenie licznych a jeszcze wciąż otwartych zagadnień wokół problematyki własnego opracowania, zaznaczę jedynie, iż postrzegam je w uwikłaniu/spleceniu wskazanych komponentów systemu przestrzeni pedagogicznej, nadsystemu oświatowo-szkolnego i podsystemów dla tych wymiarów nadsystemu i systemu<sup>18</sup>. Takie rozumienie powinno, jestem przekonana, przyświecać naszym dalszym pracom – pojedynczym i zbiorowym – nad problemem. Albowiem to w tych postulatach potencjalnie tkwią cechy aplikacyjne niniejszych ustaleń, znaczące, jak to starałam się uzasadnić, dla pedagogiki i pedagogii w różnych ich subdyscyplinach i rodzajach.

<sup>18</sup> O niektórych aspektach w ujęciu metodologii pedagogiki piszę od wielu lat – zob. K. Duraj-Nowakowa, *Pedagogika społeczna: między integracją a dezintegracją*, Rzeszów 2009; eadem, *Podejścia do pedagogiki: wybór*, Rzeszów 2008; eadem, *Pisarstwo naukowe: między rzemiosłem a sztuką*, Kraków 2014 (maszynopis po recenzji wydawniczej w przygotowaniu do druku); eadem, *Studiowanie literatury przedmiotu*, Kraków 2012; eadem, *Źródła podejść do pedagogiki: zarys problemów*, Kielce 2005.

## Bibliografia

- Augé M., *Nie-miejsca: wprowadzenie do antropologii hipernowoczesności*, przeł. R. Chymkowski, Warszawa 2010.
- Berger P. L., Luckmann T., *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*, przeł. J. Niżnik, Warszawa 1983.
- Duraj-Nowakowa K., *Dlaczego pedagogice potrzeba mistrzów i mistrzostwa?*, [w:] *Prace pisarskie pedagogów*, red. K. Duraj-Nowakowa, Kraków 2014 (maszynopis w przygotowaniu do druku).
- Duraj-Nowakowa K., *Modelowanie systemowe w pedagogice*, Kraków 1997.
- Duraj-Nowakowa K., *Pedagogika społeczna: między integracją a dezintegracją*, Rzeszów 2009.
- Duraj-Nowakowa K., *Pisarstwo naukowe: między rzemiosłem a sztuką*, Kraków 2014 (maszynopis po recenzji wydawniczej w przygotowaniu do druku).
- Duraj-Nowakowa K., *Podejścia do pedagogiki: wybór*, Rzeszów 2008.
- Duraj-Nowakowa K., *Poszukiwanie ładu w edukacji: refleksje humanistyczne o migotliwych kontekstach*, [w:] *Oświata w otoczeniu burzliwym*, red. H. Rusek, A. Górniok-Naglik, J. Oleksy, Katowice 2008.
- Duraj-Nowakowa K., *Studiowanie literatury przedmiotu*, Kraków 2012.
- Duraj-Nowakowa K., *Teoria systemów a pedagogika*, Kraków 1992.
- Duraj-Nowakowa K., *Tropy/ścieżki integrowania myślenia pedagogów o edukacji*, [w:] *Przestrzeń edukacyjna wobec wyzwań i oczekiwań społecznych*, red. I. Surina, Kraków 2010.
- Duraj-Nowakowa K., *Źródła podejść do pedagogiki: zarys problemów*, Kielce 2005.
- Fleming E., *Unowocześnianie systemu dydaktycznego*, Warszawa 1974.
- Fleming E., *Współczesny system dydaktyczno-wychowawczy*, Kraków 1972.
- Mały słownik języka polskiego*, red. S. Skorupka, H. Auderska, Z. Łempicka, Warszawa 1968.
- Michalik M., *Przestrzeń jako wartość*, „Prometeusz” 2006, nr 9.
- Nalaskowski A., *Przestrzenie i miejsca szkoły*, Kraków 2002.
- Okoń W., *Zarys dydaktyki ogólnej*, Warszawa 1967.
- Przestrzeń edukacyjna wobec wyzwań i oczekiwań społecznych*, red. I. Surina, Kraków 2010.
- Przestrzeń, filozofia i architektura: osiem rozmów o poznawaniu, produkowaniu i konsumowaniu przestrzeni*, red. E. Rewers, Poznań 1999.
- Relacje przedmiotów (w) lokalnej przestrzeni*, red. M. J. Śmiałek, Poznań 2009.
- Sośnicki K., *Dydaktyka ogólna*, Wrocław 1959.
- Surina I., *Rozważania o przestrzeni edukacyjnej – od teorii do praktyki edukacyjnej*, [w:] *Przestrzeń edukacyjna wobec wyzwań i oczekiwań społecznych*, red. I. Surina, Kraków 2010.
- Symotiuk S., *Filozoficzne aspekty problemu przestrzeni*, [w:] *Przestrzeń w nauce współczesnej*, red. G. Nowak, S. Symotiuk, Lublin 1998.
- Szkice systemowych ujęć pedagogiki*, red. M. Kaliszewska, B. Kłasińska, Kielce 2010.
- Sztejnberg A., *Komunikacyjne środowisko nauczania i uczenia się*, Wrocław 2006.
- Sztejnberg A., *Środowisko proksemiczne komunikacji edukacyjnej*, Opole 2007.
- Zborowski J., *Unowocześnianie metod nauczania*, Warszawa 1970.

## **Pedagogiczna przestrzeń diagnozy, profilaktyki i terapii**

### **Streszczenie:**

Wprowadzenie: indywidualne/osobiste i społeczno-pedagogiczne czynniki wyboru tematu referatu i jego cele.

1. Istota przestrzeni pedagogicznej.
2. Komponenty struktury przestrzeni pedagogicznej.
3. Funkcjonowanie przestrzeni pedagogicznej w myśleniu i działaniu nauczycieli i pedagogów.

Konkluzja: dalsze cele i prognozowane efekty wykorzystania przestrzeni w pedagogice i pedagogii.

**Słowa kluczowe:** pedagogiczna przestrzeń, komponenty struktury przestrzeni pedagogicznej, funkcjonowanie przestrzeni pedagogicznej

## **Pedagogical space of diagnosis, prevention and therapy**

### **Summary:**

Introduction: individual/personal and socio-pedagogical factors of choosing the paper's topic and its aims.

1. The essence of pedagogical space.
2. Components of pedagogical space's structure.
3. The functioning of pedagogical space in teachers' and pedagogues' thinking and practice.

Conclusions: future aims and effects of exploiting the space in pedagogics and pedagogy.

**Keywords:** pedagogical space, components of pedagogical space's structure, functioning in pedagogical space



Iwona Maria Kijowska

## Praca terapeuty pedagogicznego z perspektywy studentów

*Kto ma silną wolę i silną chęć służby ludziom,  
Temu życie pięknym będzie snem,  
Choćby droga do celu była poplątana  
A myśli niespokojne...*

Janusz Korczak

### Wprowadzenie

Od ponad 40 lat (od ok. 1973 r.) mówi się wprost o pomocy osobom z dysfunkcjami rozwojowymi (tj. zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi wynikającymi z niewłaściwego funkcjonowania analizatora wzrokowego, słuchowego i kinestetyczno-ruchowego, zaburzeniami mowy) poprzez organizowanie im w szkołach, przedszkolach i placówkach zajęć korekcyjno-kompensacyjnych<sup>1</sup>. Jednakże niedokładnie określa się osobę realizującą te zajęcia, jej rolę i zadania w zakresie udzielania pomocy. W literaturze przedmiotu mówi się o reedukatorze<sup>2</sup>, terapeutcie pedagogicznym<sup>3</sup>, specjalście terapii pedagogicznej<sup>4</sup> czy też terapeutcie osób ze specyficznymi trudnościami uczenia się<sup>5</sup>. Spotyka się również zamienne stosowanie wymienionych nazw, a tym samym funkcji/ról pełnionych przez osoby zajmujące się pomaganiem. W niniejszym artykule przyjęto formę „terapeuta pedagogiczny”.

---

<sup>1</sup> Zob. K. Szostek, *Organizacja zajęć reedukacyjnych*, [w:] *Praca wyrównawcza z dziećmi mającymi trudności w czytaniu i pisaniu. Poradnik nauczyciela-reedukatora*, cz. 1: *Wprowadzenie*, red. H. Wasyluk-Kuś, Warszawa 1978.

<sup>2</sup> Zob. M. Szurmiak, *Lecniczo-wychowawczy aspekt reedukacji (Realizacja zasad oddziaływania terapeutycznego)*, [w:] *Rozpoznawanie i reedukacja uczniów o częściowo zaburzonym rozwoju psychomotorycznym. Materiały dla nauczycieli*, red. M. Szurmiak, Kraków 1982.

<sup>3</sup> Zob. A. Jakubowska, *Naszyjnik terapeuty*, [w:] *Terapia pedagogiczna w teorii i praktyce*, red. A. Bałejko, M. Zińczuk, Białystok 2006.

<sup>4</sup> Zob. I. Mańkowska, M. Rożyńska, *Warsztat specjalisty terapii pedagogicznej*, Gdynia 2012.

<sup>5</sup> Zob. J. Jastrząb, D. Baczała, *Wybrane zagadnienia z pedagogiki korekcyjno-kompensacyjnej. Wzorzec terapeuty* (Pedagogika Toruńska, t. 3), Toruń 2011.

Mówiąc o terapeutcie pedagogicznym, należy najpierw określić, kim on jest. W piśmiennictwie odnajdujemy informacje, że **terapeuta** to specjalista w zakresie określonej terapii, który koncentruje swoją uwagę na pomaganiu innym, wykorzystując w tym celu określone środki oddziaływań, typowe dla rodzaju terapii czy szkoły terapeutycznej, przezeń reprezentowanej (lub preferowanej). Wybór metod pracy, technik, narzędzi zależy zarówno od jego osobowości, wiedzy, jak i umiejętności, a więc od tego, jaki jest (kim jest) i co robi. Zatem terapeuta pedagogiczny to specjalista, którego praca polega na „[...] niesieniu pomocy dzieciom i młodzieży ze specyficznymi trudnościami w nauce i zachowaniu oraz ich rodzicom [...]”<sup>6</sup>. Przez J. Jastrząb określany jako terapeuta osób ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się odznacza się odpowiednim wykształceniem, interdyscyplinarną wiedzą dotyczącą mechanizmów powstawania, ale też i sposobów rozwiązywania problemów swoich uczniów, szerokim wachlarzem umiejętności w zakresie organizowania i niesienia im pomocy. Charakteryzuje się ponadto zaangażowaniem i troskliwością wobec osoby wspomaganą, cierpliwością i konsekwencją w działaniu, zrównoważeniem emocjonalnym, opanowaniem, elastycznością, otwartością na nowe doświadczenia oraz refleksyjnością, chęcią pomocy innym, miłością do ludzi, wyrozumiałością<sup>7</sup>. Niezwykłą rolę odgrywają tu życzliwość i realistyczny optymizm pedagogiczny<sup>8</sup>, entuzjazm i radość emanująca z terapeuty, kreatywność, ekspresja i zdecydowanie<sup>9</sup>. Prezentując takie cechy i postawy, terapeuta jest w stanie zadbać o właściwe, pozytywne nastawienie i mobilizację uczestników zajęć korekcyjno-kompensacyjnych do pracy, często trudnej, wymagającej samozaparć i systematyczności oraz nakładu energii. Pamiętać więc należy, że w takiej specjalistycznej pracy znaczącym środkiem oddziaływania „[...] terapeutów jest siła ich osobowości oraz charyzma”<sup>10</sup>.

Terapeutę pedagogicznego, spośród innych terapeutów (np. psychoterapeutów, socjoterapeutów, logopedów, specjalistów mowy), wyróżniają problem(y) osoby sięgającej po jego pomoc – uczestnika terapii oraz wiedza merytoryczna i metodyczna w zakresie niesienia mu pomocy. Osobami wspomaganymi przez niego są dzieci, uczniowie, młodzież ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się. U podstaw tych trudności są opóźnienia bądź zaburzenia funkcji percepcyjnych i motorycznych, tj. motoryki (małej i dużej), funkcji wzrokowych, funkcji językowych (percepcji i ekspresji) oraz uwagi<sup>11</sup>.

<sup>6</sup> A. Balejko, *Kodeks terapeuty pedagogicznego*, [w:] *Terapia pedagogiczna...*, s. 173.

<sup>7</sup> Zob. J. Jastrząb, D. Baczała, *op. cit.*

<sup>8</sup> Zob. M. Szurmiak, *op. cit.*

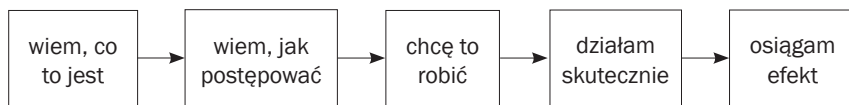
<sup>9</sup> Zob. A. Jakubowska, *op. cit.*

<sup>10</sup> J. A. Kottler, *Skuteczny terapeuta*, Gdańsk 2003, s. 77.

<sup>11</sup> Zob. M. Bogdanowicz, *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*, Gdańsk 2005.

J. Jastrząb, określając, że terapeuta to osoba kompetentna, która jest skuteczna w swoim działaniu, wskazuje jednocześnie na elementy składowe procesu postępowania osoby kompetentnej (schemat 1).

Schemat 1. Postępowanie osoby kompetentnej



Źródło: J. Jastrząb, D. Baczała, *Wybrane zagadnienia z pedagogiki korekcyjno-kompensacyjnej. Wzorzec terapeuty* (Pedagogika Toruńska, t. 3), Toruń 2011, s. 150.

Z zaprezentowanego schematu wyraźnie wynika, że terapeuta powinien się charakteryzować przede wszystkim **świadomością**, świadomością swojej wiedzy, motywów podejmowanego działania, chęci zaangażowania się w owe działania, jak też świadomością możliwości, umiejętności i skuteczności działania, w tym własnych bądź zewnętrznych ograniczeń. Wówczas możemy stwierdzić, że jest on osobą kompetentną.

Z kompetencją wiąże się również profesjonalizm. A. Jakubowska wymienia następujące czynniki składowe profesjonalizmu:

- wysokie specjalistyczne kwalifikacje,
- odpowiednie predyspozycje,
- właściwe miejsce terapii,
- bogaty warsztat pracy (sprzęt, pomoce do terapii, literatura)<sup>12</sup>.

Zatem jest to osoba, która zdobyła odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu terapeuty, stale też je podnosi i weryfikuje. Potrafi skorzystać z własnych cech predysponujących do pracy z ludźmi i na ich bazie rozwija umiejętności sprzyjające pomaganiu oraz dba o właściwy klimat relacji z osobą wspomaganą. Wśród umiejętności istotnych w procesie terapeutycznym, bo zwiększających skuteczność terapii, znajdują się następujące:

- 1) podchodzenie do uczestnika terapii ze zrozumieniem i szacunkiem oraz zachowanie dyskrecji (przestrzeganie zasad tajemnicy zawodowej);
- 2) autentyczne zachowanie się w kontakcie z osobą korzystającą z terapii, tym samym zachęcanie jej do otwartości i autentyczności (taka postawa sprzyja rozwijaniu zaufania i budowaniu poczucia bezpieczeństwa, tak ważnego w procesie terapeutycznym);
- 3) wyznaczanie i utrzymywanie granic kontaktu (dbałość o to, by nie wkraczać w zbyt bliskie relacje lub nie tworzyć zbyt dużego dystansu między sobą a uczestnikami terapii);

<sup>12</sup> A. Jakubowska, *op. cit.*, s. 294.



- 4) budowanie poczucia własnej wartości uczestników terapii poprzez tworzenie im warunków do doświadczania nawet drobnych sukcesów, wzmacnianie osiągnięć lub (w przypadku ich braku) wysiłku i zaangażowania w pokonywaniu trudności;
- 5) odważne, konsekwentne towarzyszenie osobom wspomaganym w poznawaniu i rozwijaniu swoich możliwości;
- 6) prowadzenie diagnozy w działaniu (uczestniczącej) i co jakiś czas weryfikowanie wyników, modyfikowanie podejścia terapeutycznego itp.

J. Jastrząb podkreśla, że wielowymiarowy i interdyscyplinarny charakter terapii pedagogicznej wymusza przyjmowanie przez terapeutę różnych ról, np.: psychoedukatora, rehabilitanta, psychokorektora, reedukatora, logoterapeuty, psychoterapeuty, socjoterapeuty, diagnosty, doradcy, mediatora, metodyka, animatora, badacza i eksperymentatora<sup>13</sup>.

W literaturze można spotkać opisy różnych modeli funkcjonowania terapeutów (doradców). Interesującą klasyfikację podała B. Wojtasiak, wyodrębniając pięć typów doradców, tj.: „dyrektywnego eksperta i informatora, partnerskiego konsultanta oraz spolegliwego opiekuna i leseferystę”<sup>14</sup>. Model eksperta wyznacza dyrektywne podejście do uczestnika terapii, model konsultanta – podejście dialogowe, a model leseferysty określa podejście liberalne, model informatora uplasowany jest na pograniczu podejścia dyrektywnego i dialogowego, natomiast model spolegliwego opiekuna wyznacza podejście dialogowe i liberalne. To, czy terapeuta przyjmuje rolę np. eksperta czy też opiekuna, wynika z jego preferencji w zakresie postrzegania, rozumienia i przyjętej koncepcji funkcjonowania człowieka. Odnalezienie się w tak wielu różnych rolach wymaga od niego odpowiedniego wglądu w siebie, ale też olbrzymiego zasobu możliwości wyrażonych w kompetencjach.

24

O profesjonalnym podejściu do uczestników terapii świadczy również miejsce terapii, odpowiednio wyodrębniony i wyposażony gabinet terapeutyczny. Terapeuci praktycy podkreślają, że powinien on być urządzony w sposób funkcjonalny i estetyczny. Należy zadbać, by nie było w nim zbyt dużo bodźców, które mogą dekoncentrować dzieci/uczniów i powodować u nich zwiększenie napięcia neuromięśniowego. Terapia wówczas nie spełni swej roli. Gabinet nie powinien być też zbyt mały, ogranicza to bowiem możliwości propozycji terapeutycznych, trudno byłoby w nim przeprowadzać np. zajęcia ruchowe. Niezbędne są oczywiście właściwe pomoce do terapii, zarówno te wykonane samodzielnie przez terapeutę (z myślą o konkretnym dziecku), jak i te zakupione, charakterystyczne dla gabinetów XXI wieku (tablice interaktywne, gry terapeutyczne, programy multimedialne itp.). Powinno się tam

<sup>13</sup> Zob. J. Jastrząb, D. Baczała, *op. cit.*

<sup>14</sup> A. Kargulowa, *O teorii i praktyce poradnictwa. Odmiany poradniczego dyskursu. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2004, s. 40.

znaleźć również miejsce na dokumentację i odpowiednią literaturę. Dbałość o wzbogacanie swego warsztatu pracy o nowe metody, techniki i narzędzia diagnostyczne i terapeutyczne oraz o wyposażenie gabinetu stają się istotnym elementem starań o efektywność pracy<sup>15</sup>.

Obok pracy z uczestnikami zajęć terapeuta podejmuje również współpracę z rodzicami dzieci/uczniów, a także z nauczycielami lub innymi osobami odgrywającymi w życiu uczestników terapii określoną rolę. Taka współpraca pojawia się w wyniku nawiązania i podtrzymywania dobrych relacji, systematycznych kontaktów, w ramach których następuje wymiana informacji i doświadczeń dotyczących pracy z dzieckiem/ucznikiem. Terapeuta podpowiada zainteresowanemu właściwe strategie, uczy metod postępowania, wykonywania ćwiczeń, wyjaśnia zawiłości rozwojowe uczestników zajęć, pomaga rozwiązywać ich dylematy, jest profesjonalnym doradcą.

### Terapeuta osób ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się – badania własne

Celem podjętych badań było poznanie opinii studentów na temat roli terapeuty pedagogicznego. Zamierzano sprawdzić postrzeganie jego pracy przez studentów studiów I stopnia (Lic), którzy uczą się tego zawodu w ramach tzw. drugiej specjalności, jak również słuchaczy studiów podyplomowych (SP), a więc osoby, które wykonują zawód nauczyciela, a poprzez kształcenie podyplomowe zamierzają zdobyć dodatkowe kwalifikacje uprawniające do pracy w charakterze terapeuty pedagogicznego<sup>16</sup>. Kolejny cel – praktyczny – związany był z możliwością usprawnienia bądź zmodyfikowania programów nauczania przyszłych terapeutów.

Badaniami objęto dwie grupy respondentów. Pierwszą stanowili studenci II roku studiów licencjackich, nieposiadający doświadczenia w pracy nauczycielskiej, drugą natomiast – nauczyciele z pewnym doświadczeniem zawodowym. Wszyscy oni byli „na półmetku” edukacji w zakresie terapii pedagogicznej.

Badania przeprowadzono w listopadzie 2013 roku metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety. Ogółem przebadano 119 osób. Zadaniem respondentów było, poprzez udzielenie odpowiedzi w ankiecie, opisanie terapeuty pedagogicznego, jego kwalifikacji, cech, umiejętności, pełnionych ról, a także określenie przewidywanych dla niego trudności.

Opisując kwalifikacje osób, które mogą pełnić rolę terapeuty pedagogicznego, 96% wszystkich respondentów stwierdziło, że jego zadania może wykonywać

<sup>15</sup> Zob. J. Jastrząb, D. Baczała, *op. cit.*

<sup>16</sup> W dalszej części pracy (w tym w tabelach i na wykresach) będą stosowane podane w nawiasach skróty: SP – odpowiedzi udzielane przez słuchaczy studiów podyplomowych, Lic – odpowiedzi udzielane przez studentów studiów licencjackich.

nauczyciel dowolnego przedmiotu po studiach podyplomowych z terapii pedagogicznej. Takie stanowisko cieszy, wskazuje ono bowiem na dostrzeganie przez badanych konieczności specjalistycznego doskonalenia zawodowego nauczycieli w kierunku terapii pedagogicznej. Zaskakujące było jednak stwierdzenie, iż pedagog szkolny oraz oligofrenopedagog również mogą pełnić rolę terapeuty bez żadnych dodatkowych szkoleń (78% studentów studiów licencjackich wskazało oligofrenopedagoga, a 59% – pedagoga szkolnego, natomiast 42% słuchaczy studiów podyplomowych podało oligofrenopedagoga i 48% – pedagoga szkolnego).

Zapytano również o to, kim są uczestnicy terapii pedagogicznej (tabela 1).

Tabela 1. Uczestnicy zajęć prowadzonych przez terapeutę pedagogicznego – rozkład liczbowy i procentowy

Uczestnicy terapii pedagogicznej	Studenci studiów licencjackich (Lic)		Słuchacze studiów podyplomowych (SP)	
	N = 86	%	N = 33	%
uczniowie upośledzeni umysłowo	44	51	11	33
uczniowie niedosłyszący, niesłyszący	31	36	14	42
uczniowie niedowidzący, niewidomi	26	30	13	39
uczniowie niedostosowani społecznie bądź zagrożeni niedostosowaniem	66	77	25	76
uczniowie z zaburzoną mową	66	77	14	42
uczniowie z zaburzeniami narządu ruchu	64	74	8	24
dzieci/uczniowie ryzyka dysleksji, uczniowie z dysleksją, dysgrafią, dysortografią, dyskalkulią	84	98	33	100
uczniowie zdolni	20	23	17	52
inni uczniowie (jacy?)	-	-	-	-

Źródło wszystkich tabel w tym artykule: opracowanie własne.

Zdecydowana większość badanych (98% studentów studiów licencjackich oraz 100% słuchaczy studiów podyplomowych) stwierdziła, że uczestnikami zajęć prowadzonych przez terapeutów pedagogicznych są dzieci i uczniowie ryzyka dysleksji, z dysleksją, dysgrafią, dysortografią i dyskalkulią. Zaskakujące jest jednak, iż respondenci wskazują również uczniów, z którymi pracę pomocową powinni realizować inni specjaliści, tj.:

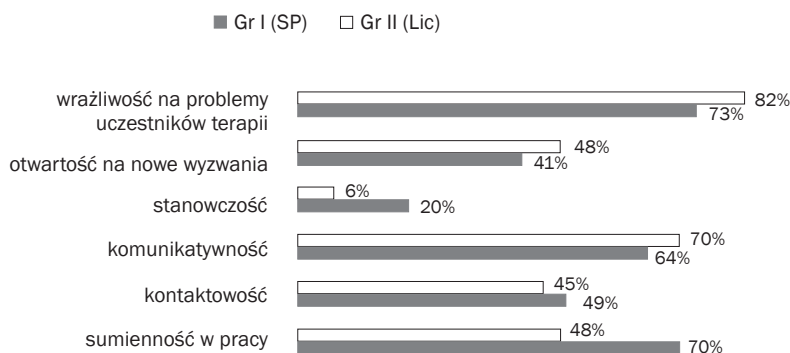
- niedostosowanych społecznie bądź zagrożonych niedostosowaniem – tu powinna być realizowana praca resocjalizacyjna lub socjoterapia;
- upośledzonych umysłowo – rewalidacja;
- z zaburzoną mową – zajęcia logopedyczne;

- zdolnych (jak wskazują słuchacze studiów podyplomowych) – praca w ramach kół zainteresowań.

Podejście takie może wynikać z faktu, że u wielu uczestników terapii pedagogicznej występują sprzężone deficyty rozwojowe (globalne bądź fragmentaryczne), a badani wskazali wszystkie możliwe objawy. Prawdopodobne też, że pewne pojęcia nie są jeszcze zasymilowane przez studentów i słuchaczy. Wiadomo, że wśród dzieci/uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych (SPE) znajdują się osoby z zaburzeniami narządów zmysłu, ruchu, mowy, upośledzone umysłowo oraz ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się (STU). Być może nierozróżnianie tych pojęć powoduje zamieszanie w określaniu uczestników zajęć korekcyjno-kompensacyjnych.

Interesujące było ustalenie pożądanых cech terapeuty pedagogicznego. Badani, spośród sześciu podanych, mogli wybrać te, które uważali za najistotniejsze. Mieli też możliwość dopisania własnych propozycji (wykres 1).

Wykres 1. Pożądane cechy terapeutów – rozkład procentowy odpowiedzi



Źródło wszystkich wykresów w tym artykule: opracowanie własne.

Najważniejsze cechy wskazane przez badanych to wrażliwość na problemy uczestników terapii i komunikatywność. Na dalszych miejscach plasują się kontaktowość oraz otwartość na nowe wyzwania, bardziej jednak podkreślana przez słuchaczy studiów podyplomowych. W zakresie wymienionych cech stanowisko badanych grup jest zbliżone. Znaczną różnicę dostrzega się w zakresie cech sumienności (48% – SP i 70% – Lic) i stanowczości (6% – SP i 20% – Lic). Słuchacze studiów podyplomowych wskazują na ich mniejszą rolę w pracy pedagoga niż studenci studiów licencjackich.

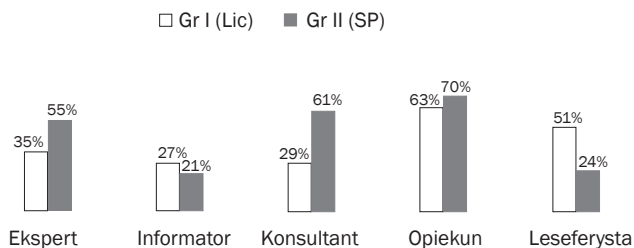
W dalszej kolejności poszukiwano informacji o najistotniejszych umiejętnościach terapeuty. Badani mieli za zadanie wybrać osiem spośród 13 podanych oraz możliwość dopisania własnych propozycji.

Tabela 2. Umiejętności terapeutów pedagogicznych – rozkład liczbowy i procentowy

Umiejętności	Studenci studiów licencjackich (Lic)		Słuchacze studiów podyplomowych (SP)	
	N = 86	%	N = 33	%
obserwacji	72	84	25	76
analizowania problemów	71	83	29	88
nawiązywania kontaktu	80	93	32	97
szybkiego rozpoznawania trudności dydaktycznych uczniów	74	86	30	91
diagnozowania	76	88	31	94
organizowania działań terapeutycznych	74	86	29	88
konstruowania programów terapeutycznych dla uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych	63	73	25	76
tworzenia pomocy do terapii pedagogicznej	57	66	16	48
prognozowania przebiegu kariery edukacyjnej uczniów z SPE	24	28	8	24
samodzielnego rozwijania profesjonalnych umiejętności	34	40	14	42
sięgania po wsparcie i pomoc	29	34	12	36
współpracy w zespole	37	43	11	33
przyjmowania kierowniczej roli w pracy z grupą, lidera	17	20	5	15
inne (jakie?) .....	1	1	-	-

Analizując dane zawarte w tabeli 2, dostrzega się bardzo zbliżone stanowiska. W obu grupach zdecydowana większość respondentów podkreśliła, że najważniejszą umiejętnością jest nawiązywanie kontaktu. Następnie wskazywano na: umiejętność diagnozowania, analizowania problemów, szybkiego rozpoznawania trudności dydaktycznych uczniów oraz organizowania działań terapeutycznych. Jako istotne wybierano również umiejętność obserwacji oraz konstruowania programów terapeutycznych dla uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Najmniej wskazań znalazło się w grupie umiejętności dotyczących prognozowania przebiegu kariery edukacyjnej uczniów z SPE oraz przyjmowania kierowniczej roli w pracy z grupą, lidera. A przecież wiadomo, że to terapeuta jest osobą wiodącą, wyznaczającą kierunek pracy z podopiecznymi. Zapytano więc o postrzeganie modeli/ról terapeutów pedagogicznych (wykres 2).

Wykres 2. Modele terapeuty pedagogicznego – porównanie wyników procentowych



Zauważa się pewne rozbieżności w postrzeganiu tych ról przez badanych z obu grup. Dla studentów studiów licencjackich istotniejsze jest, aby terapeuta w swoim podejściu do uczestnika terapii i jego rodziny prezentował przede wszystkim model opiekuna (63%) i leseferysty (51%). Natomiast słuchacze studiów podyplomowych podkreślali wagę roli opiekuna (70%) oraz konsultanta (61%), ale także eksperta (55%). Tym samym wskazali terapeutę jako osobę z troskliwym podejściem do dziecka/ucznia, uwzględniającym jego potrzeby, podejmującym z nim dyskusję z dużą wiedzą i umiejętnościami, które wykorzystuje w praktyce. Studenci przede wszystkim podkreślili konieczność otoczenia opieką uczestnika zajęć i podążania za nim, przyzwolenia na to, by dziecko wyznaczało kierunek terapii. Terapeuta skupiony jest tu bardziej na tworzeniu warunków do terapii niż na jej prowadzeniu. W takim rozumieniu jego roli dostrzega się pewne niebezpieczeństwo. Trudności dziecka/ucznia w nauce w takim przypadku mogą się pogłębić, nie ma ono bowiem wiedzy ani umiejętności do tego, aby likwidować swoje deficyty rozwojowe. Wzmacniać to może niechęć do nauki, szczególnie wtedy, kiedy z braku właściwych ćwiczeń bądź ich systematyczności dziecko będzie przeżywało permanentną frustrację.

Poproszono również respondentów o własne określenia terapeuty, roli, jaką spełnia, i zadań, jakie ma wykonać w kontakcie z uczestnikiem zajęć korekcyjno-kompensacyjnych bądź jego rodziną. Badani przywoływali wiele porównań, stosowali też wiele metafor i opisów:

- przyjaciel dziecka i rodziny, który potrafi zaradzić kłopotom;
- osoba wspierająca dziecko w pokonywaniu jego trudności;
- naprawiacz życia;
- informator;
- przewodnik po krętej krainie różnych trudności i partner w ich pokonywaniu;
- specjalista w swojej dziedzinie, profesjonalista, życzliwy i otwarty, dobry diagnosta;
- osoba dopingująca do pracy, wzbudzająca wiarę dziecka we własne możliwości;

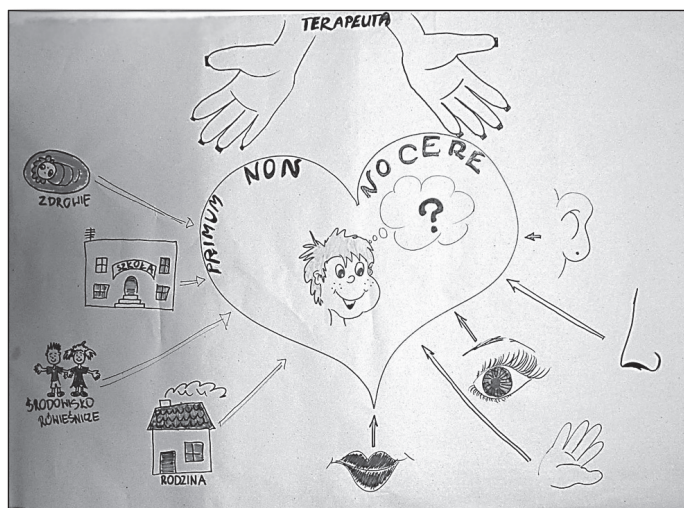
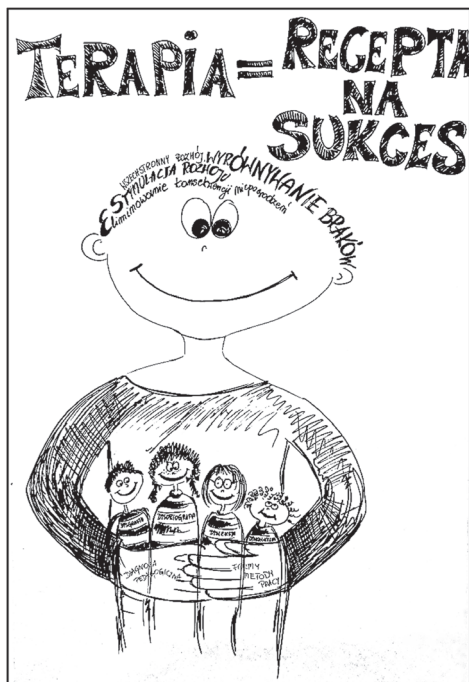
- lekarz, który pomaga w prawidłowym rozwoju, wspiera je, by dorównały poziomem do rówieśników, wydobywa ich potencjał w takim stopniu, w jakim jest to możliwe;
- aktor;
- opiekun, człowiek serdeczny budzący zaufanie;
- jest jak pączek – smaczny (czytaj: rozumiejący, sympatyczny i pożywny, bo pomocny);
- osoba ciepła, cierpliwa, kreatywna, ale też konsekwentna, stanowcza i wymagająca;
- Anioł, który przeprowadza bezpiecznie dziecko nad przepaścią trudności ku radośniejszej przyszłości, w której łatwiej będzie radzić sobie z przeciwnościami;
- Anioł, który wie więcej niż otoczenie i wie, jak pomóc;
- „dobry duch” dzieci mających problemy; jest to cień, za którym te dzieci mogą się schować i nabrać sił, jest to duch obecny wówczas, kiedy dziecko ma do pokonania „schody” – trudności;
- ktoś, kto potrafi słuchać, lubiący pracę z dziećmi, współpracujący;
- to malarz, który potrafi namalować przeszłość, teraźniejszość i przyszłość dziecka;
- jest jak dziki koń, który biegnie w nieznaną, przed siebie, ale jest otwarty, z głową pełną pomysłów;
- jest jak Prometeusz – przynosi szansę na nowe życie, oświetla je, daje nadzieję, służy ludziom (altruista);
- „rozumne koło ratunkowe”.

W zaprezentowanych porównaniach i metaforach dostrzec można wagę zarówno wiedzy merytorycznej, umiejętności metodycznych, jak i społecznych. Badani podkreślają rolę specyficznej relacji, jaką nawiązuje terapeuta z uczestnikami zajęć i jego rodziną. Relacji nasyconej ciepłem, życzliwością, szacunkiem do dziecka i jego najbliższych, zrozumieniem trudności i wskazywaniem możliwości ich pokonywania. Podobnie ujmują tę relację oraz zadania terapeuty w pracach plastycznych – plakatach (ilustracja 1 i 2)<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Plakaty zostały wykonane przez respondentów – słuchaczy studiów podyplomowych – podczas zajęć dotyczących organizacji terapii pedagogicznej.

Ilustracja 1 i 2. Rola i zadania terapeuty pedagogicznego

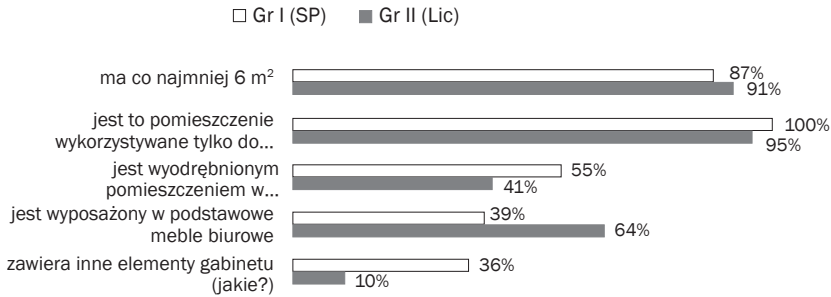


Źródło: archiwum własne autorki.



Kolejną kwestią poddaną analizie w badaniu było opisanie przez respondentów gabinetu terapeutycznego (wykres 3).

Wykres 3. Gabinet terapeuty pedagogicznego – rozkład procentowy



Respondenci wskazywali, że ogromne znaczenie ma dla nich to, by gabinet był pomieszczeniem wykorzystywanym tylko do zajęć z terapii pedagogicznej bądź innych zajęć terapeutycznych (100% – SP i 95% – Lic), ponadto – by miał co najmniej 6 m<sup>2</sup> (87% – SP i 91% – Lic). W pozostałych aspektach ujawniły się różnice w stanowiskach badanych. Studenci studiów licencjackich podkreślali, że gabinet powinien być wyposażony w odpowiednie meble biurowe, natomiast dla słuchaczy studiów podyplomowych ta kwestia odgrywała mniejszą rolę (39% – SP i 64% – Lic). Dla nich z kolei istotniejszym okazało się, by był on miejscem wyodrębnionym w budynku szkolnym (55% – SP i 41% – Lic) oraz aby znalazły się w nim w odpowiednie pomoce do terapii pedagogicznej (36% – SP i 10% – Lic). Stanowisko studentów w zakresie wyposażenia gabinetu w pomoce jest zaskakujące – biorąc pod uwagę tok kształcenia i zrealizowane przedmioty (metody terapii pedagogicznej), można było oczekiwać ich większej świadomości w odniesieniu do tego problemu.

W dalszej kolejności poproszono o wyrażenie swego stanowiska na temat współpracy terapeuty z osobami z kręgu uczestnika zajęć (tabela 3).

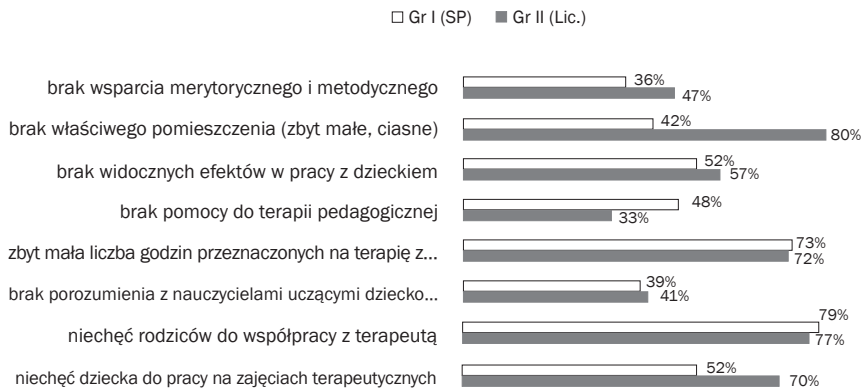
Tabela 3. Współpraca terapeuty z osobami z kręgu uczestnika zajęć – rozkład liczbowy i procentowy

Współpraca terapeuty	Studenci studiów licencjackich (Lic)		Słuchacze studiów podyplomowych (SP)	
	N = 86	%	N = 33	%
z rodzicami wszystkich uczniów	8	9	5	15
z rodzicami uczniów, których obejmuje on pracą terapeutyczną	83	97	33	100
ze wszystkimi nauczycielami	19	22	8	24
z nauczycielami uczącymi uczniów objętych terapią	76	88	31	94
z innymi osobami zajmującymi się pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole	63	73	29	88
z innymi terapeutami pracującymi z uczniem	81	94	22	67
z lekarzami, u których leczy się uczeń objęty terapią	57	66	15	45
z innymi osobami (z jakimi?).....	3	3	-	-

Wszyscy słuchacze studiów podyplomowych i prawie wszyscy studenci studiów licencjackich (97%) w pierwszej kolejności wskazywali na konieczność współpracy z rodzicami uczniów objętych terapią. Na drugim miejscu wśród respondentów z grupy Lic znalazła się konieczność współpracy z innymi terapeutami pracującymi z dzieckiem/ucznieniem (94%) i nauczycielami uczącymi uczniów objętych terapią (88%). Nieco inaczej ustaliła się kolejność współpracy wśród słuchaczy studiów podyplomowych. Tu badani podkreślili konieczność współpracy z nauczycielami uczącymi uczestników terapii (94%) i osobami zajmującymi się pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole (88%). Dość duża różnica wystąpiła w zakresie postrzegania współpracy z lekarzami. Zdecydowana większość studentów studiów licencjackich (66%, tj. o 21% więcej niż słuchacze studiów podyplomowych) wskazała na taką potrzebę i konieczność.

Od dawna wiadomo, że im bardziej rośnie wiedza na określony temat, tym większa jest świadomość doświadczania różnych trudności. O przewidywane problemy w pracy terapeutycznej zapytano w dalszej części ankiety (wykres 4).

Wykres 4. Przewidywane problemy w pracy terapeuty pedagogicznego – rozkład procentowy



Zarówno studenci, jak i słuchacze podkreślają, że znaczącą trudnością w pracy terapeutycznej mogą być niechęć rodziców do podjęcia współpracy z terapeutą (79% – SP i 77% – Lic) oraz zbyt mała liczba godzin przeznaczona na terapię z dzieckiem (73% – SP i 72% – Lic). Jednak zauważa się znaczącą różnicę w postrzeganiu trudności wynikającej z braku właściwego pomieszczenia do prowadzenia zajęć – gabinetu. 80% studentów studiów licencjackich zgłasza to jako problem, gdy tymczasem na taką trudność wskazuje 42% słuchaczy studiów podyplomowych. Podobnie znaczące różnice dostrzega się w zakresie bezpośredniej pracy z dzieckiem. Tu 70% respondentów z grupy Lic podaje jako problem niechęć ucznia do pracy na zajęciach lekcyjnych, podczas gdy tę kwestię jako problematyczną postrzega 52% osób z grupy SP. Co drugi badany jako trudność wskazuje na brak widocznych efektów pracy. Natomiast na brak pomocy do terapii pedagogicznej narzeka prawie połowa słuchaczy studiów podyplomowych i co trzeci student studiów licencjackich (48% – SP i 33% – Lic). Ten wynik uzyskany w grupie Lic koresponduje z oceną ważności wyposażenia w pomoce gabinetu terapii pedagogicznej (wykres 3). Odwrotnie jest w zakresie postrzegania problemu związanego ze wsparciem merytorycznym i metodycznym. Tu większy odsetek stanowią studenci niż słuchacze (36% – SP i 47% – Lic).

## Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań należy stwierdzić, że:

- zarówno studenci studiów licencjackich, jak i słuchacze studiów podyplomowych wskazują na konieczność specjalistycznego przygotowania do wykonywania zawodu terapeuty pedagogicznego, np. w ramach studiów podyplomowych bądź studiów stacjonarnych, przy tzw. drugiej specjalności;

- nie do końca precyzyjnie określano uczestników terapii pedagogicznej;
- wśród istotniejszych, pożądanych cech terapeuty wybierano: wrażliwość na problemy uczestników terapii oraz komunikatywność i kontaktowość; większość studentów studiów licencjackich wskazywało jeszcze na sumienność w pracy, a większość słuchaczy studiów podyplomowych – na otwartość na nowe doświadczenia;
- licznie reprezentowanymi umiejętnościami, którymi powinien się wykazywać terapeuta, są: umiejętność nawiązywania kontaktu, diagnozowania, analizowania problemów, szybkiego rozpoznawania trudności dydaktycznych uczniów oraz organizowania działań terapeutycznych;
- rola opiekuna jest tą, która została wskazana przez większość badanych jako najistotniejsza w pracy pedagoga terapeutycznego; słuchacze studiów podyplomowych podkreślali jeszcze jako znaczące role konsultanta i eksperta, natomiast studenci studiów licencjackich – rolę leseferysty, rozumianą jako zgodną z zasadą wolności wyboru jednostki;
- poprzez zaprezentowane metafory i porównania respondenci podkreślali, że terapeutę pedagogicznego charakteryzują wielkowymiarowość, interdyscyplinarna wiedza i bogate umiejętności warunkujące realizację złożonych zadań terapeutycznych;
- gabinet terapeuty powinien być pomieszczeniem wykorzystywanym tylko do zajęć z terapii pedagogicznej bądź innych terapeutycznych o powierzchni co najmniej 6 m<sup>2</sup>;
- zarówno studenci studiów licencjackich, jak i słuchacze studiów podyplomowych w przyszłej pracy terapeutycznej obawiają się różnych problemów, przede wszystkim niechęci rodziców do podjęcia współpracy z terapeutą oraz zbyt małej liczby godzin przeznaczonych na terapię z dzieckiem.

## Konkluzja

Praca terapeuty pedagogicznego jest niezwykle wymagająca, zarówno wobec niego samego, jak i wobec osób, które sięgają po pomoc specjalistyczną w zakresie niwelowania zaburzeń percepcyjno-motorycznych. Osoba wykonująca ten zawód powinna się wykazać wieloma cechami i umiejętnościami, które wykorzystywane w relacji terapeutycznej pozwolą uczestnikom zajęć na pokonanie specyficznych trudności w uczeniu się i sprzyjać będą doświadczaniu przez nich sukcesów, które staną się wtedy również sukcesami terapeuty. Badania pokazały, że kierunek pracy edukacyjnej w zakresie terapii pedagogicznej jest właściwy. Respondenci byli na tzw. edukacyjnym półmetku. Można sądzić, że z chwilą ukończenia studiów pierwszego stopnia bądź podyplomowych będą mieli sprecyzowany pogląd dotyczący pracy terapeutycznej w gabinecie.

Zastanowić się jednak należy nad możliwością ukazywania sposobów radzenia sobie z różnymi trudnościami zawodowymi. Tej kwestii należałoby poświęcić jeszcze więcej miejsca w programach studiów. Warto też rozważyć, wzorem innych terapii, wprowadzenie osoby superwizora (nie tylko metodyka), po to, by szczególnie młody terapeuta na progu swej pracy miał wsparcie zarówno merytoryczne, metodyczne, jak i osobiste. Zwłaszcza w takich sytuacjach, kiedy dziecko nie jest zmotywowane do pracy, kiedy nie współpracują rodzice, kiedy na efekty trzeba długo czekać, kiedy zaczynają się pojawiać wątpliwości co do sensu podejmowanych działań. Rozwijanie umiejętności nie tylko dydaktycznych, wychowawczych, ale też diagnostycznych i terapeutycznych pozwala na rozwój kompetencji terapeutycznych. Przez cały czas należy pamiętać, że istotne jest to, co robi skuteczny terapeuta, jak organizuje i planuje swoją pracę, ale przede wszystkim – kim jest i jakim jest człowiekiem.

## Bibliografia

- Balejko A., *Kodeks terapeuty pedagogicznego*, [w:] *Terapia pedagogiczna w teorii i praktyce*, red. A. Balejko, M. Zińczuk, Białystok 2006.
- Bogdanowicz M., *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*, Gdańsk 2005.
- Jakubowska A., *Naszyjnik terapeuty*, [w:] *Terapia pedagogiczna w teorii i praktyce*, red. A. Balejko, M. Zińczuk, Białystok 2006.
- Jastrząb J., Baczała D., *Wybrane zagadnienia z pedagogiki korekcyjno-kompensacyjnej. Wzorzec terapeuty* (Pedagogika Toruńska, t. 3), Toruń 2011.
- Kargulowa A., *O teorii i praktyce poradnictwa. Odmiany poradoznawczego dyskursu. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2004.
- Kottler J. A., *Skuteczny terapeuta*, Gdańsk 2003.
- Mańkowska I., Rożyńska M., *Warsztat specjalisty terapii pedagogicznej*, Gdynia 2012.
- Szostek K., *Organizacja zajęć reedukacyjnych*, [w:] *Praca wyrównawcza z dziećmi mającymi trudności w czytaniu i pisaniu. Poradnik nauczyciela-reedukatora*, cz. 1: Wprowadzenie, red. H. Wasyluk-Kuś, Warszawa 1978.
- Szurmiak M., *Leczniczo-wychowawczy aspekt reedukacji (Realizacja zasad oddziaływania terapeutycznego)*, [w:] *Rozpoznawanie i reedukacja uczniów o częściowo zaburzonym rozwoju psychomotorycznym. Materiały dla nauczycieli*, red. M. Szurmiak, Kraków 1982.

## Praca terapeuty pedagogicznego z perspektywy studentów

**Streszczenie:** Terapeuta pedagogiczny to specjalista, który zajmuje się niesieniem pomocy dzieciom i młodzieży ze specyficznymi trudnościami w nauce czytania, pisania, liczenia. Szkoły wyższe kształcą nauczycieli, przygotowując ich do wykonywania tego zawodu. W niniejszym artykule ukazano opinie studentów (znajdujących się w połowie procesu kształcenia) na temat postrzegania roli terapeuty pedagogicznego. W wyniku badań stwierdzono m.in., że w jego edukacji należałoby więcej miejsca poświęcić na analizę sytuacji trudnych oraz wypracowywanie sposobów ich przezwyciężania.

**Słowa kluczowe:** terapeuta pedagogiczny, dzieci/uczniowie ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, cechy i umiejętności terapeuty, gabinet terapeuty

## The work of an educational therapist from students' perspective

**Summary:** An educational therapist is a specialist who helps children and youth with specific difficulties in learning reading, writing and counting. Higher schools train teachers preparing them to undertake this profession. The article presents opinions of students, who are halfway through their higher education, on the role of the educational therapist. The research shows that there should be more time dedicated to the analysis of difficult situations and working out the way to overcome them.

**Keywords:** educational therapist, children/pupils with specific learning difficulties, features and skills of a therapist, a therapist's office



Katarzyna Herda-Płonka

## Zarys wsparcia logopedycznego realizowanego w placówkach oświatowych w województwie śląskim

### Wprowadzenie

Niniejszy artykuł przedstawia analizę wyników badań sondażowych zrealizowanych na przełomie grudnia i marca 2014 roku. Miały one na celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie oferowanej pomocy logopedycznej ze strony placówek oświatowych oraz określenie danych liczbowych dotyczących dzieci objętych planową opieką logopedyczną w stosunku do dzieci wymagających takiego wsparcia. Autorski kwestionariusz ankiety został rozesłany w wersji papierowej do 43 poradni pedagogiczno-psychologicznych oraz drogą e-mailową do blisko 1000 placówek oświatowych – przedszkoli i szkół z całego województwa śląskiego. Z zaproszenia do udziału w badaniach skorzystały 22 poradnie pedagogiczno-psychologiczne oraz 75 placówek oświatowych.

### Charakterystyka badanych grup respondentów

Tabela 1. Teren badań, ankietowani: płeć, staż pracy, dodatkowe formy kształcenia

Rodzaj placówki	Poradnia Pedagogiczno-Psychologiczna (PPP)	Przedszkole/Szkoła
TEREN BADAŃ – <i>N</i> badanych  Podano nazwy miejscowości dla placówek, które wskazały to w korespondencji e-mail.	Bielsko-Biała (3), Jastrzębie-Zdrój (2), Pszczyna, Rybnik, Sosnowiec, Chorzów, Katowice, Mysłowice, Gliwice, Zabrze, Tychy, Węgierska Góra, Bieruń, Kłobuck, Piekary Śląskie, Żywiec, Zawiercie	Ruda Śląska (2), Gliwice (2), Piekary Śląskie, Jastrzębie-Zdrój, Katowice, Częstochowa, Zabrze, Sosnowiec, Jasik, Kobielice, Bytom, Węglowie, Czerwionka-Leszczyny, Kozy, Chorzów, Wiry, Gilowice, Rybnik, Miasteczko Śląskie, Wisła Wielka



Rodzaj placówki	Poradnia Pedagogiczno-Psychologiczna (PPP)	Przedszkole/Szkoła
ANKIETOWANI – N badanych	<p>22 kobiety-logopedzi, ponad połowa badanych – staż pracy powyżej 15 lat (nauczyciele dyplomowani). Jedna osoba ma staż pracy w przedziale od 10 do 14 lat (nauczyciel kontraktowy).</p> <p>Dodatkowe formy kształcenia: neurologopedia (5), surdologopedia (2), oligofrenopedagogika (7), terapia pedagogiczna (5), terapia jąkania (3), alternatywne metody komunikacji (2), wczesne wspomaganie rozwoju mowy dziecka (6), inne – studia podyplomowe (4).</p>	<p>75 kobiet, ¾ respondentek to badani, którzy mają staż pracy powyżej 15 lat (nauczyciele dyplomowani). Staż pracy ¼ osób mieści się w przedziale od 10 do 14 lat (nauczyciele kontraktowi), pojedyncze osoby mają staż pracy do 4 lat (nauczyciele stażyści).</p> <p>Dodatkowe formy kształcenia: logopedia (16), neurologopedia (7), terapia jąkania (5), terapia pedagogiczna (1), surdopedagogika (1), oligofrenopedagogika (6), alternatywne metody komunikacji (3), wczesne wspomaganie rozwoju (1), terapia pedagogiczna (1).</p>

Źródło wszystkich tabel w tym artykule: opracowanie własne.

40

### Analiza szczegółowych pytań z kwestionariusza ankiety – zestawienie poradnia pedagogiczno-psychologiczna a placówki oświatowe (przedszkola i szkoły)

Zagadnienia	Poradnia Pedagogiczno-Psychologiczna (PPP)			Przedszkole/Szkoła		
	Przedział	N	%	Przedział	N	%
Liczba dzieci objętych opieką logopedyczną w roku szkolnym 2013/2014	do 100	4	18	do 25	19	25
	od 101 do 200	7	32	od 26 do 51	24	32
	od 201 do 300	5	23	od 52 do 77	14	19
	od 301 do 400	0	0	od 78 do 103	15	20
	od 401 do 500	3	14	powyżej 104	3	4
	powyżej 501	1	4			
	brak odp.	2	9			

Zagadnienia	Poradnia Pedagogiczno-Psychologiczna (PPP)			Przedszkole/Szkoła																
Liczba zatrudnionych specjalistów	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Liczba</th> <th>N</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>7</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>8</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Liczba	N	%	1	2	9	2	7	32	3	8	36	4	4	18	5	1	5	<p>96% badanych udzieliło odpowiedzi, że w placówce oświatowej jest przynajmniej jeden pedagog, który ma kompetencje logopedyczne. 4% badanych odpowiedziało, że jest ich dwóch.</p> <p>Liczba nauczycieli, którzy mają ukończone studia podyplomowe w tym zakresie: 83% (1), 8% (2), 4% (3), 5% (4).</p>
Liczba	N	%																		
1	2	9																		
2	7	32																		
3	8	36																		
4	4	18																		
5	1	5																		
Liczba placówek przedszkolnych i szkolnych pod nadzorem logopedy zatrudnionego w PPP	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Liczba</th> <th>N</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>do 25</td> <td>6</td> <td>27</td> </tr> <tr> <td>od 26 do 50</td> <td>9</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>od 51 do 76</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>powyżej 77</td> <td>4</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>brak odp.</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Liczba	N	%	do 25	6	27	od 26 do 50	9	41	od 51 do 76	2	9	powyżej 77	4	18	brak odp.	1	5	Placówki przedszkolne i szkolne w znacznej większości korzystają ze wsparcia ze strony koordynatora, tj. logopedy z poradni pedagogiczno-psychologicznej.
Liczba	N	%																		
do 25	6	27																		
od 26 do 50	9	41																		
od 51 do 76	2	9																		
powyżej 77	4	18																		
brak odp.	1	5																		
Liczba zajęć logopedycznych realizowana w miesiącu przypadająca na jedno dziecko	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Liczba</th> <th>N</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>4</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>9</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>inne</td> <td>5</td> <td>23</td> </tr> </tbody> </table>	Liczba	N	%	1	4	18	2	9	41	3	2	9	4	2	9	inne	5	23	<p>W zależności od liczby dzieci objętych opieką średnio dla jednego dziecka przewiduje się od 2 do 3 zajęć w miesiącu. Dwie placówki wykazały, że realizowane są zajęcia dla dwóch osób 3 razy w tygodniu po 15 minut. Takie rozwiązanie jest korzystniejsze dla dzieci w stosunku do zajęć realizowanych przez logopedę raz w tygodniu po 45 minut.</p> <p>Z kolei zajęcia grupowe oscylują w przedziale od 2 do 4 spotkań po 45 minut.</p>
Liczba	N	%																		
1	4	18																		
2	9	41																		
3	2	9																		
4	2	9																		
inne	5	23																		
Średnia wieku dzieci podlegających opiece logopedycznej (max)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Przedział</th> <th>N</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2-3 l.</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3-4 l.</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5-6 l.</td> <td>11</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>Inne</td> <td>10</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>brak odp.</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Przedział	N	%	2-3 l.	0	0	3-4 l.	0	0	5-6 l.	11	50	Inne	10	45	brak odp.	1	5	Średnia wieku oscyluje w przedziale pomiędzy 5 i 6 lat. Maksymalny przedział wiekowy, jaki wymienili respondenci, to dzieci od 3 do 9 lat.
Przedział	N	%																		
2-3 l.	0	0																		
3-4 l.	0	0																		
5-6 l.	11	50																		
Inne	10	45																		
brak odp.	1	5																		

Zagadnienia	Poradnia Pedagogiczno- -Psychologiczna (PPP)	Przedszkole/Szkoła
Realizacja zajęć logopedycznych na podstawie programu	Badani wymieniali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- autorskie programy – innowacje,</li> <li>- programy J. Cieszyńskiej,</li> <li>- Klaudiusz, Fonem,</li> <li>- trening płynnej wymowy – jąkanie.</li> </ul>	Badani wymieniali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- autorskie programy (43%),</li> <li>- teczkę logopedyczną, „Mówię, więc jestem” i inne gotowe programy (46%),</li> <li>- brak (11%).</li> </ul>
Realizacja zajęć logopedycznych na podstawie programu multimedialnego	Tylko jedna z respondentek oświadczyła, że nie da się pracować na programach multimedialnych.  Najczęściej wymieniane to: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Logopedia (77%),</li> <li>- Mówiące obrazki (14%),</li> <li>- Zabawa słowem, Zwierzaki, Logo-Gry, Zabawy logopedyczne, Dźwięczność – trening poprawnej wymowy (9%).</li> </ul> Pojedynczo wymieniono: Logozabawy, Słownik obrazkowy, Świat dźwięków, Teczka pracy logopedycznej (5%).	Badani najczęściej wymieniali: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Logopedia (15%),</li> <li>- Mimowa (3%),</li> <li>- Pakiet logopedyczny (3%),</li> <li>- Komlogo (4%),</li> <li>- Logopedyczne zabawy (4%),</li> <li>- Logoobrazki (8%),</li> <li>- Logo-Gry (3%),</li> <li>- brak (32%).</li> </ul>
Jakie działania o charakterze logopedycznym, poza indywidualną terapią, są organizowane w poradni dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym?	93% badanych potwierdza, że w placówkach realizowane są inne działania o charakterze logopedycznym, poza indywidualną terapią, 7% nie.  Najczęściej wymieniano: przesiewowe badanie słuchu i mowy (32%), zajęcia grupowe (6%), konsultacje dla rodziców (14%), bezpłatne diagnozy logopedyczne (9%), grupowe zajęcia dla dzieci w wieku szkolnym (9%).  Pojedynczo wymieniono: warsztaty, zajęcia dla tzw. wczesnego wspomagania rozwoju, zajęcia grupowe dla dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, konsultacje w PPP, zajęcia logorytmiczne na terenie przedszkoli, warsztaty dla młodzieży jękającej się, badanie wstępne w żłobku.	

Zagadnienia	Poradnia Pedagogiczno-Psychologiczna (PPP)	Przedszkole/Szkoła
<p>Jakie działania są organizowane w placówce poza indywidualną terapią logopedyczną?</p>		<p>92% badanych potwierdza takie działania, 8% nie.</p> <p>Najczęściej wymieniano: ćwiczenia (artykulacyjne, ćwiczenia oddechowo-fonacyjne – zajęcia grupowe), prelekcje dla rodziców, dla rodziców z dziećmi, realizacja projektu z UE, np. „Klasy 1–3 zindywidualizowane nauczanie”, badania przesiewowe, konsultacje dla nauczycieli; dbałość o rozwój mowy: słownictwo, wymowa w trakcie realizacji zajęć dydaktycznych, utrwalanie nawyków poprawnego pisania niezależnie od wady wymowy.</p>
<p>Czy logopeda nawiązuje współpracę z logopedą zatrudnionym w placówkach szkolnych? Mowa o nauczycielu, który posiada kompetencje w tym zakresie.</p> <p>Czy placówka jest pod nadzorem logopedy zatrudnionego w poradni?</p>	<p>100% badanych dało twierdzącą odpowiedź na to pytanie. Najczęściej wymienione formy współpracy to: badania logopedyczne – przesiewowe (40%), konsultacje (36%), warsztaty – prelekcje (32%), grupowe wsparcie dla logopedów z danego terenu (23%), współpraca z NFZ (5%).</p>	<p>92% – tak 8% – nie</p> <p>Inne otwarte wypowiedzi badanych: „w razie potrzeby, placówka nie musi mieć nadzoru z Poradni, bowiem ma zatrudnionego logopedę, który uzyskał pełne kwalifikacje – Europejskie Centrum Logopedy wydany przez Komisję Związku Logopedów Polskich w Warszawie”; nadzór wrzesień – październik – badania przesiewowe w przedszkolu; logopeda zatrudniony w przedszkolu na bieżąco współpracuje z grupą wsparcia w poradni pedagogiczno-psychologicznej.</p>

Zagadnienia	Poradnia Pedagogiczno-Psychologiczna (PPP)	Przedszkole/Szkola
<p>Jakie zadania realizuje logopeda w PPP?</p> <p>Czy na terenie placówki prowadzi się działania z zakresu profilaktyki logopedycznej?</p> <p>Czy wymienione działania są włączone w treści programowe realizowane podczas codziennych zajęć w przedszkolu czy szkole?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- orzecznictwo i opiniowanie wniosków (100%),</li> <li>- realizacja zajęć indywidualnych (91%),</li> <li>- realizacja zajęć grupowych (64%),</li> <li>- inne (50%) – badania przesiewowe, prowadzenie praktyk, porady dla rodziców, nauczycieli, szkolenia – warsztaty, bezpłatne diagnozy, współpraca z placówkami oświatowymi, współpraca przy tworzeniu programów indywidualnych, doradztwo metodyczne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zabawy i ćwiczenia oddechowe i relaksacyjne (85%),</li> <li>- ćwiczenia fonacyjne – wydłużenie fazy oddechowej (89%),</li> <li>- gimnastyka buzi na wesoło – zabawy i ćwiczenia usprawniające aparat artykulacyjny (93%),</li> <li>- zabawy i ćwiczenia logorytmiczne (71%),</li> <li>- rytmogesty towarzyszące wymowie samogłosek (56%).</li> </ul> <p>84% – tak (zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze, zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, zajęcia psychoedukacyjne) 16% – nie</p>
<p>Modele wsparcia logopedycznego</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- konsultacja – praca bezpośrednio z dzieckiem (95%),</li> <li>- logopeda koordynatorem terapii – rodzic podejmuje terapię (82%),</li> <li>- logopeda koordynatorem działań na terenie placówki szkolnej (59%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- konsultacja – praca bezpośrednio z dzieckiem (32%),</li> <li>- logopeda koordynatorem terapii – rodzic podejmuje terapię (82%),</li> <li>- logopeda koordynatorem działań na terenie placówki szkolnej (59%).</li> </ul>

Zagadnienia	Poradnia Pedagogiczno-Psychologiczna (PPP)	Przedszkole/Szkoła
<p>Obszary oddziaływań</p> <p>Profilaktyka</p> <p>Diagnoza i monitorowanie mowy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prelekcje w szkołach rodzenia (9%),</li> <li>- prelekcje w szkołach i przedszkolach (14%),</li> <li>- rozszerzenie badań przesiewowych (9%),</li> <li>- konsultacje do 3. roku życia (23%),</li> <li>- współpraca z pediatrą i innymi specjalistami (14%),</li> <li>- programy o charakterze profilaktycznym (9%),</li> <li>- ulotki (5%),</li> <li>- propozycja włączenia dnia: „Biała sobota”.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wydłużony czas na pierwsze spotkanie diagnostyczne (9%),</li> <li>- zwiększona liczba etatów dla logopedów w szkole (9%),</li> <li>- sprzęt i narzędzia (testy, arkusze obserwacji, kwestionariusze wywiadów) (18%),</li> <li>- rozszerzona współpraca z placówkami (5%),</li> <li>- wdrożenie standardów europejskich (9%),</li> <li>- logopeda zatrudniony przy poradni pediatrycznej (9%),</li> <li>- badania przesiewowe obowiązkowe dla wszystkich dzieci w wieku przedszkolnym (16%),</li> <li>- przesiewowe badanie słuchu (5%),</li> <li>- większy dostęp do programów multimedialnych (14%).</li> </ul>	<p>Wśród odpowiedzi otwartych wymieniono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- szkolenia dla rad pedagogicznych,</li> <li>- prelekcje dla rodziców (instruktaż dla rodziców dzieci 2–3-letnich),</li> <li>- zakup odpowiednich zabawek edukacyjnych,</li> <li>- zaangażowanie we współpracę logopedów na oddziałach położniczo-noworodkowych,</li> <li>- zaaranżowanie odpowiednich działań w ośrodkach pediatrycznych,</li> <li>- podjęcie działań profilaktycznych w żłobkach,</li> <li>- dostęp do ortodonty – krótki okres oczekiwania do specjalistów,</li> <li>- ukierunkowanie zabawy w grupie przedszkolnej.</li> </ul> <p>Wymieniono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zaaranżowanie oddziaływań diagnostycznych dla dzieci 4–5-letnich,</li> <li>- doksztalcenie społeczeństwa – promocja – media.</li> <li>- dookreślenie standardów diagnozy (testy),</li> <li>- nakład finansowy na uposażenie warsztatu pracy logopedy,</li> <li>- badania obowiązkowe co najmniej 2 razy w roku bez zgody rodzica (np. wrzesień – maj),</li> <li>- zwiększenie liczby godzin na popularyzowanie wiedzy w zakresie zaburzeń rozwoju mowy dziecka,</li> <li>- wsparcie w trudnych diagnozach (surdo-neuro i in.),</li> <li>- nieodpłatne szkolenia dla nauczycieli,</li> <li>- zatrudnienie logopedy przy poradniach pediatrycznych.</li> </ul>

Zagadnienia	Poradnia Pedagogiczno-Psychologiczna (PPP)	Przedszkole/Szkoła
Terapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- indywidualna (5%),</li> <li>- prowadzona na terenie szkół przez logopedów (5%),</li> <li>- grupowa terapia dzieci z zaburzonym słuchem fonemowym (5%),</li> <li>- warsztat pracy – pomoce (27%),</li> <li>- większa liczba placówek udzielających wsparcia (14%).</li> </ul>	<p>Wymieniono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- większy dostęp do specjalistów – placówka oświatowa a współpraca z NFZ,</li> <li>- grupy wsparcia dla logopedów,</li> <li>- na terenie placówki terapia – praca indywidualna – czas dostosowany do potrzeb, a nie według ustawy, np. 2 x 30 min.,</li> <li>- dostęp do pomocy naukowych – wyposażenie warsztatu pracy,</li> <li>- pełna współpraca z rodziną (dziennik postępów),</li> <li>- etat logopedy w przedszkolach i szkołach.</li> </ul>

Badani respondenci (logopedzi) z poradni pedagogiczno-psychologicznych poproszeni zostali o ustosunkowanie się (twierdząco – T lub przecząco – N) do zaproponowanych stwierdzeń:

- 1) brak jednolitych aktów prawnych – 27% T, 73% N;
- 2) konsultacje merytoryczne – 55% T, 45% N;
- 3) duża liczba dzieci oczekujących na badanie – 50% T, 50% N;
- 4) mała liczba pracowników – logopedów – 50% T, 50% N;
- 5) brak środków na sprzęt i pomoce – 50% T, 50% N;
- 6) bariery architektoniczne – 55% T, 45% N;
- 7) brak środków na wyposażenie sali do terapii grupowej – 68% T, 32% N;
- 8) mała liczba osób z przygotowaniem specjalistycznym do realizacji zadań postdiagnostycznych – 27% T, 73% N;
- 9) brak różnorodnych form pomocy PPP zalecanych przez poradnie – 50% T, 50% N;
- 10) niski poziom organizacji PPP, tzn. postrzegana jest raczej jako placówka szkolna, a nie jako wspierająca – 59% T, 41% N;
- 11) oczekuje się, że zadania będą realizowane przez poradnię, a są one w gestii szkoły – 59% T, 41% N;
- 12) nadmierne oczekiwania ze strony placówek przy ich małym zaangażowaniu – 59% T, 41% N;
- 13) duża liczba dzieci powracających na badania diagnostyczne – 59% T, 41% N;

- 14) trudność w uzyskaniu wyników badań od innych specjalistów – 55% T, 45% N;
- 15) duża liczba zgłoszonych dzieci w stosunku do etatów logopedów w PPP – 73% T, 27% N;
- 16) długi czas oczekiwania na badania diagnostyczne – 45% T, 55% N;
- 17) tendencja do przerywania terapii z uwagi na daleki dojazd – 41% T, 59% N;
- 18) konieczność zapewnienia opieki najmłodszym dzieciom – 82% T, 18% N;
- 19) większa liczba zaangażowanych logopedów, większa liczba etatów – 77% T, 33% N;
- 20) treści programowe uwzględniają rozwój komunikacji językowej dziecka – 73% T, 27% N;
- 21) grupa wsparcia dla logopedów – 55% T, 45% N.

Wśród wymienionych stwierdzeń pojawiły się zwroty celowe, tzw. oczywiste, i poniekąd niezwiązane stricte z tematyką logopedyczną, np. stwierdzenie dotyczące barier architektonicznych, a to po to, aby dowiedzieć się, czy respondenci dokonali dogłębnego przemyślenia odpowiedzi na temat postawionych zagadnień.

## Konkluzja

Z uzyskanych wyników badań można wywnioskować, że zarówno poradnie pedagogiczno-psychologiczne, jak i placówki oświatowe wskazują na podobny zakres wdrażania pewnych zmian w obszarze profilaktyki – diagnostyki – terapii. Zasygnalizowano, że oddziaływania profilaktyczne powinny być realizowane już w okresie życia prenatalnego dziecka.

W okresie prenatalnym, według L. Kaczmarka, ma miejsce tzw. okres przygotowawczy (od 3 do 9 miesiąca życia płodowego), w którym rozwija się podstawowy organ nadawczy i odbiorczy mowy, czyli mózg i drogi nerwowe. W okresie prenatalnym dziecko ćwiczy mięśnie potrzebne mu po urodzeniu się do oddychania, pobierania pokarmu i wydawania głosu. W 12 tygodniu pojawia się ruch podciągania, poodnoszenia górnej wargi, co stanowi wstępne stadium w rozwoju odruchu ssania. W 17 tygodniu dziecko ćwiczy ruchy ssące, uwypukla i wysuwa wargi ku przodowi. Kształtowanie się wiązań głosowych trwa do końca 3 miesiąca. Dziecko w czasie rozwoju poprzez prozaicznie prostą czynność – polykanie wód płodowych – ćwiczy w ten sposób mięśnie, które po urodzeniu będą brały udział w mówieniu i oddychaniu. W tym czasie dziecko ma już ukształtowane struny głosowe, więc [...] jest zdolne do reakcji płaczu na długo przed urodzeniem. Dziecko do 3 miesiąca życia ma ukształtowany aparat słuchu, a w okresie pomiędzy 4–5 miesiącem życia odbiera bodźce akustyczne, co oznacza, że świadoma mama jest w stanie wykorzystać ten fakt do kształ-



towania się mowy dziecka. Niektóre matki nie są skłonne do spontanicznej rozmowy z dzieckiem. Dziecko poprzez odbiór dźwięków na drodze pozaakustycznej (melodię, akcent, rytm i natężenie dźwięków) przyswaja sobie cechy prozodycznej mowy. Dziecko słyszy i rozróżnia w tym czasie głos matki oraz uderzenia jej serca<sup>1</sup>.

Zatem szkoła rodzenia jest tym miejscem, w którym treść dotycząca rozwoju mowy dziecka powinna być mocno podkreślana.

Następny teren rzeczywistych oddziaływań powinien się odnosić do kontaktu z lekarzem pediatrą, który np. podczas konsultacji, bilansów mógłby obrazowo przedstawić zagadnienie rozwoju mowy dziecka. Najkorzystniej oczywiście byłoby, gdyby w placówce NFZ, we współpracy z pediatrą, takich konsultacji dokonywał logopeda zatrudniony w pełnym wymiarze godzin. Kolejny obszar wsparcia powinien, zdaniem badanych, odwoływać się do szkolenia zarówno rodziców, jak i nauczycieli. Szkolenie dla rodziców opierałoby się na takich zagadnieniach, jak: przebieg rozwoju mowy dziecka, diagnoza logopedyczna i jej rola, przekonanie i zachęcenie rodziców i opiekunów do systematycznej pracy z dzieckiem w domu, kształtowanie u rodziców postaw względem prawidłowego nastawienia do zakupu takich zabawek, które będą stymulowały rozwój mowy dziecka, zapoznanie rodziców z fachową literaturą do systematycznej pracy z dzieckiem oraz udostępnienie technicznych i praktycznych wskazań z zakresu oddziaływań terapeutycznych na terenie domu. Z kolei szkolenie dla nauczycieli opierałoby się na omówieniu następujących tematów: przebieg rozwoju mowy dzieci, ocena poziomu komunikacji dziecka, narządy artykulacyjne i ich rola w prawidłowej komunikacji, diagnoza logopedyczna i jej rola, stymulowanie rozwoju mowy u dzieci, doskonalenie kompetencji językowych uczniów oraz doskonalenie kompetencji komunikacyjnych nauczycieli. Z informacji uzyskanych z kwestionariusza ankiety wynika, że logopedzi z placówek oświatowych podejmują różnego typu inicjatywy celem upowszechnienia wiedzy na omawiany temat poprzez wygłaszanie referatów, np. *Praca z dzieckiem z zaburzeniami mowy spowodowanymi uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, Jak rozwijać mowę dziecka*.

Jedna z respondentek zauważyła, iż konieczne jest wczesne podjęcie działań profilaktycznych wobec dzieci przejawiających określone dysfunkcje w obrębie narządu artykulacyjnego i aparatu oddechowego oraz ośrodkowego układu nerwowego. Stąd też duże znaczenie ma monitorowanie mowy dzieci, zwłaszcza poprzez wykonywanie systematycznych, cyklicznych badań przesiewowych od ich najwcześniejszych lat życia.

<sup>1</sup> A. Błaszczuk-Sadowska, *Profilaktyka logopedyczna. Z doświadczeń logopedy pracującego w przedszkolu*, [w:] *Logopeda a specjalne potrzeby edukacyjne w obliczu reformy szkolnej*, red. W. Brejnak, E. Wolnicz-Pawłowska, Warszawa 2011, s. 66.

Poniżej przedstawiono szczegółowy zakres działań zaproponowany przez logopedę szkolnego:

- 1) Profilaktyka: ćwiczenia wspomagające artykulację, usprawniające narzędy mowy, ćwiczenia żuchwy, warg, języka, podniebienia miękkiego, ćwiczenia oddechowe oraz ćwiczenia słuchu fonematycznego.
- 2) Diagnoza i monitorowanie mowy poprzez: wywiad z rodzicami lub opiekunem, kartę badania mowy, kwestionariusz obrazkowy, zestawy ilustracji do analizy i inne, ćwiczenia usprawniające motorykę narządów mowy, ćwiczenia słuchowe, ćwiczenia wykonywane pod kontrolą wzrokową i słuchową, ćwiczenia usprawniające wymowę głosek w izolacji, w sylabie, w wyrazie, w zdaniu, w mowie potocznej. Konieczne jest uwzględnienie zasady stopniowania trudności w doborze jakości, liczby głosek i tekstów do ćwiczeń.
- 3) Terapia, która składa się z dwóch zasadniczych etapów: wywołanie prawidłowego wzorca artykulacyjnego danej głoski, utrwalenie tego wzorca w ciągu mowy.

Badane grupy respondentów jednoznacznie postrzegają konieczność włączenia różnych modeli wsparcia logopedycznego. Wyniki badań wskazują na preferencję modelu II, jakim jest model konsultacyjny, w którym logopeda pełni rolę koordynatora terapii. Terapię zaś podejmuje rodzic wobec dziecka na terenie domu rodzinnego. W dalszej kolejności wyróżniany był model, w którym logopeda pełni rolę koordynatora działań, jakie podejmuje placówka szkolna czy przedszkolna. Logopeda w tym modelu koordynuje działania nauczyciela (z przygotowaniem logopedycznym) względem rodzica i dziecka, które wykazuje trudności logopedyczne. Trzeci, najrzadziej wymieniany przez grupy respondentów, to model konsultacyjny zorientowany na bezpośredniej pracy z dzieckiem w poradni pedagogiczno-psychologicznej. Biorąc pod uwagę, iż w każdej badanej placówce był nauczyciel, który miał przygotowanie logopedyczne (w węższym zakresie poprzez kurs czy studia podyplomowe), można założyć, iż przy odpowiednim wsparciu ze strony logopedy z poradni pedagogiczno-psychologicznej jest on w stanie w pełni poprowadzić terapię logopedyczną dzieci, o ile jego wymiar godzin sprowadzać się będzie do pełnego etatu tzw. nauczyciela logopedy. W takim układzie istotne wydaje się, aby nauczyciele, którzy kończą studia podyplomowe z zakresu logopedii, swoją praktykę logopedyczną realizowali pod kierunkiem stricte logopedy z poradni pedagogiczno-psychologicznej, który już na tym etapie będzie mógł w odpowiedni, przemyślany i ukierunkowany sposób przygotowywać praktykanta do planowej pracy z uczniami przejawiającymi trudności w zakresie płynności mówienia. Takie rozwiązanie daje możliwość większego monitorowania wsparcia logopedycznego, jakie jest realizowane w danej placówce szkolnej czy przedszkolnej, która podlega jednocześnie pod kontrolę i wsparcie ze strony logopedy z poradni pedagogiczno-psychologicznej.

Dookreślona statystycznie liczba dzieci wymagających pomocy logopedycznej w placówkach szkolnych jest wprost proporcjonalna do wielkości placówki. Można hipotetycznie mówić o faktycznych sukcesach – powodzeniu terapii logopedycznej, o ile ma miejsce rzeczywista współpraca poradni pedagogiczno-psychologicznej z pedagogami odpowiedzialnymi za proces terapii logopedycznej w placówkach oświatowych, tak jak to obecnie deklarują badani. Istotnym wyznacznikiem zmian na lepsze jest czynnik związany z zatrudnieniem pełnoetatowego pracownika na terenie przedszkola czy szkoły w charakterze tylko logopedy. Zmiana tego typu daje przede wszystkim nauczycielowi większą autonomię w zakresie realnie podejmowanych działań na rzecz planowej terapii logopedycznej dziecka.

Reasumując: logopedzi zarówno z poradni pedagogiczno-psychologicznej, jak i z placówek oświatowych są przekonani o konieczności włączenia działań prewencyjnych we wczesnych stadiach rozwoju mowy dziecka. Proponowane działania w obszarze profilaktyki, diagnostyki i terapii są pokrewne dla obu grup badanych. Ankietowani (w zestawieniu) proponują następującą strukturę wsparcia logopedycznego:

- 1) działania profilaktyczne na terenie szkół rodzenia (popularyzacja wiedzy na temat rozwoju mowy dziecka);
- 2) profilaktyka w obszarze oddziaływań na terenie poradni pediatrycznych (zatrudniony logopeda);
- 3) badania diagnostyczne – przesiewowe (oparte na ujednoliconych narzędziach diagnostycznych już na terenie żłobków oraz placówek przedszkolnych i szkolnych);
- 4) popularyzacja wiedzy w środowiskach rodzinnych i pedagogicznych (media, ulotki, prelekcje);
- 5) pełna współpraca pomiędzy poradnią pedagogiczno-psychologiczną a placówkami oświatowymi poprzez zwiększenie odpowiedniej liczby pełnoetatowych pracowników na stanowisku logopedy; dookreślenie zadań do realizacji dla logopedy z poradni i z placówki przedszkolnej lub szkolnej;
- 6) lepsze wyposażenie warsztatu pracy logopedy (warunki organizacyjne pracy, warunki dydaktyczne pracy);
- 7) finansowanie ustawicznego kształcenia w zakresie logopedii – dodatkowe kursy, szkolenia itp.

## Bibliografia

Błaszczyk-Sadowska A., *Profilaktyka logopedyczna. Z doświadczeń logopedy pracującego w przedszkolu*, [w:] *Logopeda a specjalne potrzeby edukacyjne w obliczu reformy szkolnej*, red. W. Brejnak, E. Wolnicz-Pawłowska, Warszawa 2011.

### Zarys wsparcia logopedycznego realizowanego w placówkach oświatowych w województwie śląskim

**Streszczenie:** Niniejszy artykuł przedstawia analizę wyników badań sondażowych na temat wsparcia logopedycznego w placówkach oświatowych w województwie śląskim. Miały one na celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie oferowanej pomocy logopedycznej ze strony placówek oświatowych oraz określenie danych liczbowych dotyczących dzieci objętych planową opieką logopedyczną w stosunku do dzieci wymagających takiego wsparcia. Autorski kwestionariusz ankiety został skierowany do logopedów z poradni pedagogiczno-psychologicznych oraz placówek oświatowych – przedszkoli i szkół z całego województwa śląskiego. Na zaproszenie do udziału w badaniach odpowiedziały 22 poradnie pedagogiczno-psychologiczne oraz 75 placówek oświatowych. Uzyskane wyniki badań wskazują, że proponowane dezyderaty zmian w obszarze profilaktyki, diagnostyki i terapii są pokrewne dla dwóch grup badanych. Wyłonione propozycje zmian świadczą o świadomości rozumienia istoty problemu, jakim są zaburzenia w rozwoju mowy u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym.

**Słowa kluczowe:** logopedia – profilaktyka, diagnostyka, terapia; liczba dzieci objętych opieką logopedyczną; modele wsparcia logopedycznego

### Speech therapy in educational institutions in Silesian voivodeship

**Summary:** This article presents the analysis of poll results on speech therapy support in Silesian educational establishments.

The research was aimed at determining the actual state of the speech therapy that is offered by the educational institutions, as well as estimating the number of children that are provided with speech therapy in comparison to all those who need it.

The original questionnaire was directed to speech therapists from Pedagogical-Psychological Counselling Centres and to teachers from educational establishments (kindergartens and schools) in the whole Silesian voivodeship.

22 clinics and 75 schools accepted the invitation to take part in the research.

The obtained results indicate that the proposed demands in the field of prevention, diagnostics and therapy are similar in the two groups of respondents. The proposals of changes that have emerged show that it is commonly understood that speech disorders among pre-school and school children are a real problem.

**Keywords:** speech therapy prevention, diagnostics, therapy, a number of children provided with speech therapy, speech therapy models



Małgorzata Bednarska

## Zasadność i potrzeba wsparcia psychologicznego i psychoterapii studentów

### Wprowadzenie

Przestrzeń edukacyjna obejmuje swoim zakresem różne formy edukacyjnej działalności. Odbiorcami jej oddziaływań są osoby na różnych poziomach rozwoju, w różnym wieku, różnej płci, różnego statusu materialnego. W świetle współczesnego rozumienia edukacji proces ten może mieć miejsce przez całe życie człowieka – mówimy o permanentnej/ustawicznej edukacji. Myślenie takie niewątpliwie opiera się na współczesnym pojmowaniu rozwoju człowieka z punktu widzenia psychologii. Mam tu na myśli podejście zwane *life-span development psychology*, inaczej: „psychologia rozwojowa w ciągu życia” czy „psychologia rozwoju człowieka”. „W podejściu tym zakłada się, iż rozwój nie kończy się wraz z osiągnięciem dorosłości, lecz jest procesem przekształcania się zachowań i struktury psychicznej człowieka w wymiarze całego życia”<sup>1</sup>. Tak rozumiany rozwój człowieka umożliwia zmianę, uczenie się, kształcenie w zasadzie od poczęcia do późnej starości, aż do śmierci.

### Czas studiowania

Dodatkowo w ostatnim czasie zmienia się również przebieg dotychczasowo ustalonych faz rozwoju człowieka, zwłaszcza ich czas trwania, początek i koniec wystąpienia. Szczególnie jest to widoczne na przykładzie adolescencji. Z jednej strony coraz młodsze dzieci (ok. 10–11 l.) wchodzą w okres tzw. dorastania – zachodzą w nich zmiany psychofizyczne świadczące o dojrzewaniu, starają się być samodzielne, próbują zarezerwowanych dotychczas dla starszej młodzieży zachowań – spożywanie używek (alkohol, narkotyki), zainteresowanie sferą seksualną; z drugiej jednak strony dzisiejsi 25–30-latkowie ciągle czują się jeszcze niewystarczająco dorośli, żeby zacząć zupełnie samodzielne życie, oddzielić się od rodziców, założyć rodzinę, wykonywać stałą pracę zawodową, być na własnym utrzymaniu. Niejednokrotnie studiują na kolejnych kierunkach, bywają w związkach, pomieszkują z rodzicami<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2003, s. 10.

<sup>2</sup> Problematyka poruszana m.in. podczas dyskusji w czasie konferencji „Dziecko w perspektywie trudnych sytuacji życiowych”, która odbyła się 11–12.12.2013 r. na Uniwersytecie Adama

Od kilkunastu lat mam kontakt jako nauczyciel, od kilku lat też jako psychoterapeuta, ze studentami różnych uczelni. Z moich obserwacji wynika, że są to osoby „wrzucone” w rzeczywistość uczelnianą trochę z zaskoczenia, bez przygotowania, czasem bez ich woli, funkcjonujące niejednokrotnie jak uczniowie szkoły średniej, szukające pomocy, wsparcia, rad. Według dość powszechnego psychologicznego podziału na fazy rozwoju człowieka klasyfikuje się je jako osoby będące w okresie wczesnej dorosłości (między 20–23 l. a 35–40 l.), jednak zarówno sposób ich funkcjonowania, jak i wypełnianie przez nich zadania w obecnych czasach bardziej przypominają późną adolescencję. I tak, jeśli przyjąć podział zadań rozwojowych przypadających na poszczególne fazy rozwoju człowieka za R. Havinghurstem, w okresie adolescencji mamy do czynienia z takimi zadaniami, jak: osiągnięcie niezależności uczuciowej od rodziców i innych osób dorosłych, przygotowanie do małżeństwa i życia w rodzinie, przygotowanie do kariery zawodowej (niezależności ekonomicznej)<sup>3</sup>. Okres wczesnej dorosłości charakteryzują z kolei: wybór małżonka, założenie rodziny i wychowywanie dzieci, prowadzenie domu, rozpoczęcie pracy<sup>4</sup>. Będąc w kontakcie ogólnym, ale i bardziej szczegółowym, długotrwałym ze studentami, częściej miałam wrażenie, że nie mogą oni się jeszcze uporać z niezakończonymi, niezrealizowanymi zadaniami typowymi dla okresu adolescencji, a o zadaniach wymienianych w literaturze jako typowe dla wczesnej młodości jeszcze w ogóle nie myślą albo dopiero planują je na dalszą przyszłość.

Dlatego wydaje mi się, że osoby w tym okresie życia, edukacji, rozwoju w szczególny sposób powinny mieć możliwość skorzystania z pomocy, wsparcia, czasem nawet dłuższej trwającego kontaktu psychoterapeutycznego, w celu uporania się z trudnościami życiowymi, jakie niesie czas studiowania. Nie mam tu na myśli jedynie trudności związanych z uczeniem się czy relacjami na uczelni, choć w dużej mierze i to staje się istotnym problemem w ich funkcjonowaniu i w efekcie pretekstem do szukania pomocy. Ale niejednokrotnie są oni umęczeni, przytłoczeni również kwestiami życia rodzinnego, osobistego, własnej egzystencji, tożsamości, relacjami interpersonalnymi.

Trochę przyzwyczajeni, że do tej pory na ich edukacyjnej drodze, gdzieś w swoim pokoiku/gabiniecie na terenie szkoły, często tylko symbolicznie, towarzyszył im jakiś pedagog/psycholog szkolny, intuicyjnie oczekują tego samego na uczelni. Niektórzy mają to szczęście, że rzeczywiście zapewnia ona tego typu pomoc. Na przykład we Wrocławiu Politechnika Wrocławska i Uniwersytet Wrocławski przewidują kontakt dla potrzebujących tego studentów, doktorantów z psychologiem, psychoterapeutą. Do miejsc pracy takich osób

---

Mickiewiczza w Poznaniu, ale też w czasie rocznych Dni IPP (konferencji Instytutu Psychoanalizy i Psychoterapii w Warszawie).

<sup>3</sup> I. Obuchowska, *Adolescencja*, [w:] *Psychologia rozwoju...*, s. 197.

<sup>4</sup> E. Gurba, *Wczesna dorosłość*, [w:] *Psychologia rozwoju...*, s. 206.

dzwonią i piszą maile, z nadzieją uzyskania pomocy, studenci innych wrocławskich uczelni – Uniwersytetu Medycznego, Akademii Wychowania Fizycznego, które jeszcze nie dopracowały się takiego rozwiązania.

Istnienie tego typu miejsc przy wyższych uczelniach, dostępnych studentom, doktorantom, może i pracownikom, wydaje się zasadne również z innego powodu. Przez wydłużający się okres adolescencji, w dużej mierze w wyniku konieczności zdobycia instytucjonalnego wykształcenia trwającego coraz dłużej, przedłuża się też czas nieposiadania własnych dochodów, niezbędnych np. do zorganizowania sobie wsparcia psychologicznego w sferze usług prywatnych (płatnych). Będąc ciągle „pod skrzydłami” rodzicielskimi, osoby takie niekoniecznie potrafią się poruszać w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Problemy, z jakimi nie mogą sobie same poradzić, z którymi pojawiają się w gabinecie psychologa czy psychoterapeuty, są z reguły wstydlive, tajemnicze, nieopowiadane innym. Osoby te nie bardzo wiedzą więc, gdzie i jak uzyskać pomoc, niekoniecznie chcą i mogą prosić o wsparcie rodziców, nie mają doświadczenia w kwestii tego, jak go szukać w inny sposób. Sprawdzona i znana do tej pory droga – pedagog/psycholog szkolny, na wielu uczelniach okazuje się już nieaktualna.

Z innej jeszcze strony czas przypadający na studiowanie jest okresem wchodzenia w dorosłe życie, kiedy taki młody człowiek nie jest jeszcze do końca ukształtowany psychofizycznie – w tym czasie wręcz bardzo intensywnie formuje się osobowość, jest to czas „tworzenia siebie”<sup>5</sup>. Czy nie jest to odpowiedni czas, by pozbyć się różnego rodzaju obciążeń, żeby nie utrudniały one w późniejszym czasie dorosłego życia? Czy nie jest to czas, żeby zająć się sobą nie tylko w sferze intelektu, ale i emocji, po to, by za moment móc zająć się innymi, np. potomstwem? I czy wreszcie nie jest to już najwyższy czas, żeby zająć się sobą, a nie tylko spełnianiem dotychczasowych oczekiwań bliskich, rodziny, zanim zacznie się kształtowanie własnej, nowej rodziny? Zwykle w teorii panuje przekonanie, że lepiej zapobiegać niż leczyć, że prewencja jest tańsza niż zwalczanie późniejszych skutków. Może właśnie pomagając młodemu zbudować solidne fundamenty ich osobowości, relacji społecznych, rodzinnych, życia zawodowego, unikamy ponoszenia większych kosztów jednostkowych, społecznych i finansowych w dalszej przyszłości.

Trzeba dodać, że pomoc tego typu wielu młodym ludziom ułatwia albo wręcz umożliwia w ogóle studiowanie. Wymogi uczelni, niepowodzenia w procesie studiowania, nie zawsze korzystne środowisko rówieśnicze czy niekoniecznie odpowiednio przygotowana kadra do pracy z osobami mającymi trudności życiowe, różnego rodzaju wewnętrzne ograniczenia – wszystko to może powodować, że jednostka nie jest w stanie zdobyć wyższego wykształcenia, niejednokrotnie mimo wybitnych zdolności intelektualnych. Wystarczy

<sup>5</sup> I. Obuchowska, *op. cit.*, s. 167.



wspomnieć, że wielu tzw. wielkich ludzi miało kłopoty z kształceniem instytucjonalnym. Ostatnio wspomina się np. o przypuszczalnym zespole Aspergera, utrudniającym funkcjonowanie społeczne, w przypadku Newtona i Einsteina<sup>6</sup>.

## Doniesienie z gabinetu psychoterapeuty

Moje zainteresowanie problematyką wsparcia psychologicznego i psychoterapii skierowanych do studentów miało początek w 2006 roku (ponad 8 lat temu), kiedy zapoczątkowałam swój kontakt zawodowy ze studentami Politechniki Wrocławskiej jako psychoterapeuta. Swoje dyżury rozpoczynałam od kilku godzin tygodniowo. Stopniowo, z roku na rok liczba godzin i dni dyżurów powiększała się, co umożliwiało przyjmowanie coraz większej liczby osób. Przez ten czas miałam możliwość kontaktu konsultacyjno-terapeutycznego z grupą ponad 150 osób. Niektórzy z pojawiających się u mnie studentów korzystali z 1–2 konsultacji, inni – z długotrwałej, 1–2-letniej terapii. Bywali i tacy, którzy korzystali z pomocy w jednej serii spotkań – nieprzerwany kontakt, inni z kolei znikali i pojawiali się w kilku seriach w ciągu trwania swoich kilkuletnich studiów. Bardzo często moja pomoc, z racji limitowanej liczby miejsc do konsultacji czy terapii, ograniczała się do skierowania do lekarza psychiatry w celu przepisania koniecznych leków czy innych ośrodków psychologiczno-psychoterapeutycznych. Zdarzały się przypadki kontaktu z psychologami i psychoterapeutami z innych miast, ośrodków, by „przekazać” sobie pacjentów lub podjąć innego rodzaju współpracę. W wyniku kontaktu ze mną co najmniej w jednym przypadku student odważył się szukać pomocy w szpitalu psychiatrycznym – poddał się wreszcie odkładanemu przez długi czas leczeniu (miałam telefoniczny kontakt podczas pobytu tej osoby w szpitalu, umawialiśmy się na dalszą pracę po zakończeniu hospitalizacji). Często moje działania nie ograniczały się jedynie do osoby samego potrzebującego. Niejednokrotnie dotyczyły one też jego bliskich – rodziców, rodzeństwa, przyjaciół, partnerów. Przygotowywali oni tło pod mające się odbyć spotkanie, przyprowadzali samego wymagającego pomocy lub przychodzili poradzić się, co robić, kiedy osoby takiej nie można było zachęcić do szukania wsparcia, a sytuacja tego wymagała (np. niewychodzenie z domu, niewstawanie z łóżka).

Trudno podać ogólne powody, dla których ktoś decyduje się przyjść do psychoterapeuty. Można powiedzieć, że każdorazowo jest to związane z cierpieniem o różnych przyczynach i sile oraz poszukiwaniem ulgi. Każda osoba jest inna i każdy powód przyjścia jest bardzo indywidualny. Jednak próbując dokonać takiego uogólnienia, można powiedzieć, że przeważnie podczas pracy w gabinecie PWr spotykałam się z osobami mającymi:

<sup>6</sup> J. Pertkiewicz, *Einstein i Newton cierpieli na autyzm*, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/2419>, [dostęp: 10.04.2014].

- zaburzenia depresyjne (depresja jednobiegunowa, afektywne zaburzenie dwubiegunowe – CHAD);
- zaburzenia lękowe (agorafobia – lęk przed wyjściem z domu, przed przebywaniem w miejscu publicznym; fobie społeczne – lęk przed kontaktami z innymi; zespół lęku uogólnionego);
- zaburzenia stresowe pourazowe/zespół stresu pourazowego (PTSD) (np. w wyniku kontaktu ze śmiercią, zagrożeniem życia własnym lub kogoś bliskiego);
- zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (alkohol, dopalacze, narkotyki);
- zaburzenia adaptacyjne (kłopoty w przystosowaniu się do nowych warunków życiowych, takich jak nowa uczelnia, początki studiowania w ogóle, nowy etap rozwojowy – początki dorosłości, konieczność podjęcia pierwszej pracy);
- zaburzenia osobowości (np. osobowość lękliwa, zależna, chwiejna emocjonalnie, typu borderline, paranoiczna);
- DDA (dorosłe dzieci alkoholików) – osoby pochodzące z rodzin alkoholików mające trudności we własnym funkcjonowaniu społecznym (np. kontynuacji studiów, ukończeniu studiów, napisaniu pracy inżynierskiej/magisterskiej);
- myśli samobójcze – w wyniku zaburzenia afektywnego lub urazu;
- inne (w tym osobowości psychotyczne).

Bardzo trudno jednoznacznie stwierdzić i zdiagnozować, z czym przychodzi do gabinetu, często przestraszona, nieufna, młoda osoba. W większości przypadków jest to pierwszy raz, kiedy ktoś zdecydował się zaryzykować i szukać pomocy u profesjonalisty. Z moich danych wynika, że dotyczy to około połowy pojawiających się u mnie osób (tak odpowiadają pytani o poprzedni kontakt z psychologiem/psychoterapeutą/psychiatrą). Niektórzy dodają, że próbowali do tej pory leczyć się środkami ziołowymi czy innymi sposobami (uprawianie sportu, medytacja, taniec), niektórzy nie są pewni, czy kiedyś korzystali z pomocy specjalisty – byli jako dziecko z rodzicami u kogoś, ale kto to był, czemu służyło spotkanie, nie wiedzą; wielu wspomina, że długo zbierali się w sobie, wybierali się, ale nie mogli wcześniej przełamać swojego oporu, nieśmiałości, nieufności. Druga połowa trafiających do mojego gabinetu to osoby, które miały diagnostyczny kontakt z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, psychiatrą, przeszły już jakiś rodzaj terapii albo w skrajnych przypadkach odwiedziły wielu psychologów, psychiatrów, były na oddziałach szpitalnych i ciągle szukają wsparcia oraz mają nadzieję na pomoc. Coraz większa świadomość społeczna w zakresie uzyskiwania pomocy psychologiczno-psychoterapeutycznej powoduje, że coraz więcej osób zgłasza się z diagnozą od psychiatry czy psychologa i wskazaniem odbycia gruntownej długoterminowej psychoterapii. Większość z nich niestety nie może zrealizować tego wskazania w gabinecie

przy uczelni z racji ograniczonej liczby miejsc, a także ciągle zgłaszających się nowych potrzebujących pomocy. PWr jest miejscem skupiającym ponad 30 tysięcy studentów. Łatwo się domyślić, że pomoc uzyskają tylko najbardziej potrzebujący, ale też domagający się tego i wytrwali studenci. Niestety nie zawsze ostatnie dwie cechy idą niestety w parze z cierpieniem psychicznym. Szkoda więc, że pomoc taka nie jest bardziej dostępna i umożliwiana potrzebującym jej osobom. Dzieje się tak również w sektorze publicznej i prywatnej pomocy psychologiczno-psychotherapeutyczno-psychoiatrycznej.

## Ilustracja kliniczna

Uchylając jeszcze bardziej drzwi gabinetu psychotherapeutycznego, chciałabym przedstawić kilka przykładów z odbywającej się tam pracy – różnej jakościowo, różnych osób, o różnym przebiegu i czasie trwania. Jej założeniem jest pomoc zgłaszającej się osobie – nie zawsze jest to możliwe. A może każde spotkanie wnosi coś do życia szukających pomocy, tylko nie zawsze są oni tego świadomi, mówią o tym, są w stanie wziąć więcej. Z tych różnych względów jest to praca, w której nie zawsze jest się pewnym wywołanych skutków, poprawy w funkcjonowaniu pacjenta. Niekiedy informacje te przychodzą przypadkowo po latach – pacjent wróci na kolejną konsultację, ktoś znajomy (inny praktyk) wspomni o jego losach, terapeuta spotka go przypadkowo. Ostatnio na konferencji psychotherapeutycznej znana polska psychoanalityczka, K. Walewska, przedstawiała przypadek osoby, której psychoterapię prowadziła 25 lat temu. Mimo zakończonej dawno relacji terapeutycznej od czasu do czasu są w kontakcie, odbywają konsultacje, terapeutka wie, jak toczą się losy jej dawnej pacjentki<sup>7</sup>. Mało kto w tym zawodzie ma komfort takiego doświadczenia. Praca ta wiąże się też z niepewnością, ryzykiem i obawą o pacjenta. Żeby dobrze ją wykonywać, konieczne są solidne przygotowanie zawodowe, ciągłe doszkalanie się i regularna superwizja wykonywanej pracy.

58

### Ilustracja 1. Metamorfoza

Młoda kobieta zgłosiła się do gabinetu z powodu trudności w studiowaniu – niemożność nauczenia się do kolokwium, egzaminu, brak motywacji. W wyniku dokładniejszego badania przyczyn szukania pomocy okazuje się, że miewa ona stany depresyjne, myśli samobójcze. Już wcześniej zgłosiła się po pomoc psychoiatryczną – brała leki, konsultowała się też psychologicznie. Mimo usilnych starań na miarę ówczesnych możliwości pacjentka nie była w stanie przechodzić na kolejne semestry i lata studiów już od jakiegoś czasu. Studiowała wymarzony kierunek, bardzo chciała pracować w wybranym zawodzie. Początki kontaktu nie

<sup>7</sup> K. Walewska, *Zakazana miłość: Lolita – miłość po 70*, referat przedstawiony na konferencji psychoanalitycznej XXIII Dni IPP „Romantyczni”, Warszawa, 15 lutego 2014 r.

należały do najłatwiejszych. Trudno było mi zdobyć zaufanie kobiety, miewała ona do tej pory różne, niekoniecznie pozytywne, doświadczenia z psychiatrami, psychologami. Ani ona, ani ja nie byliśmy chyba na początku optymistycznie nastawione do możliwości terapii. Mimo to nasz kontakt trwał trzy lata, odbyliśmy około 100 spotkań. Z początku były to sesje co dwa tygodnie, później co tydzień, przez jakiś czas nawet dwa razy w tygodniu. Spotkania odbywały się głównie w roku akademickim – 2–3-miesięczne przerwy na czas wakacji (brak dyżurów w gabinecie, ale też wyjazdy pacjentki z Wrocławia). Podczas trwania terapii kobieta miewała, zwłaszcza na początku, różne problemy natury somatycznej, po chwilowej poprawie następowały znów tygodnie i miesiące nawrotu poprzedniego albo gorszego niż poprzednio stanu. Pacjentka wracała kilka razy do lekarza psychiatry po leki. Bardzo wolno przesuwała się, ale jednak przesuwała, w programie studiów, a tym samym w latach studiów.

Pracowałyśmy nad relacjami z innymi, nad relacją do siebie pacjentki. Od czasu do czasu pojawiała się kwestia naszej wzajemnej relacji – dwóch kobiet na różnych etapach życia, w różnych rolach, po dwóch stronach relacji terapeutycznej. Byliśmy na początku bardzo daleko siebie – pacjentka mówiła, patrząc na mnie z wyrzutem: „Czuję, że jest most między nami” – w sensie: „Czuję, że mnie Pani nie rozumie”. Mimo że trudno było zdobyć zaufanie pacjentki i do końca były obszary, w które nie zostałam zaproszona – radziła sobie sama, przy końcu naszego kontaktu nieśmiało zaczęła przyznawać, że „Chyba jest lepiej”.

W pewnym momencie terapii przyszedł czas na przyjrzenie się relacji z partnerem, bardzo ważnej, ale i niejasnej na początku. Z czasem coraz bardziej zaczął być widoczny proces odseparowywania się pacjentki od rodziny, pozwalania sobie na własną, odrębną tożsamość, budowania własnej rodziny – na początku nieśmiało, bez przekonania, bardziej w sferze planów. Pojawiało się realizowanie pierwszych zadań dorosłego życia: pierwsza praca, wspólne mieszkanie z partnerem, myślenie o wspólnej przyszłości. Na horyzoncie powoli pojawiło się zakończenie studiów – tak nierealne na początku naszej pracy. W wyniku, myślę, pozwolenia sobie na niepowodzenia, omyłność, błędzenie (zwłaszcza że przecież w studiowanie, w dorosłość kiedyś człowiek wchodzi pierwszy raz, a nie zawsze szlaki te są przetarte przez starsze rodzeństwo, rodziców, znajomych) powoli, popełniając czasem nieuchronne błędy, pacjentka zaczęła zdobywać nowe, nieznanie wcześniej i nieosiągalne, lądy, nie tylko w ramach studiów. Pojawił się też apetyt na większy rozwój, poznawanie innych części świata, lepsze jakościowo życie.

Nie do końca wiadomo, jaki wkład w rozwój i samopoczucie kobiety miałam ja, psychoterapia, nasza relacja. Nie wiadomo, jak potoczyłyby się jej losy, gdybyśmy na siebie nie trafiły. Nie do końca też wiem, jak moja dawna pacjentka zamknie rozpoczęte przez siebie sprawy – nasz kontakt zakończył się tuż przed obroną pracy inżynierskiej, na początku pracy zawodowej, tuż przed zalegalizowaniem związku z partnerem. Pozostanie to jej tajemnicą, może kiedyś pojawi

się w moim gabinecie (wspomniałam pacjentce o takiej możliwości, gdyby kiedyś miała potrzebę), a może nigdy nie będzie ciągu dalszego. Można powiedzieć, że tak jak podczas terapii pozostawała dzielna, samodzielna, samowystarczalna w pewnych sprawach, tak teraz też chciała dokończyć pewne sprawy bez mojego udziału. To jednak, co widziałam, co dane mi było zobaczyć, czego pozwoliła mi doświadczyć w wyniku kontaktu z nią, to metamorfoza z osoby cierpiącej emocjonalnie i fizycznie, mającej trudności ze snem, spędzającej większość czasu w łóżku, niemającej siły dźwigać codziennych obowiązków, w coraz bardziej radzącą sobie, samodzielną, mającą własne plany, rozwojową osobę.

Terapia odbyła się na miarę potrzeb pacjentki i możliwości miejsca (gabinet psychoterapeutyczny przy PWr). W innych warunkach być może spotkania byłyby częstsze, przerwy wakacyjne krótsze. Z mojego punktu widzenia pacjentka mogła jeszcze korzystać z możliwości wsparcia i dzielenia się trudami życia z drugą osobą. Jednak być może wzmocnione w wyniku terapii relacje, może siły, które odkryła w sobie, a może etap życia, na jakim m.in. w wyniku terapii się znalazła, nie wymagały już kontynuowania psychoterapii. Terapia ma służyć pacjentowi, nie terapeutę, dlatego też konieczne było uszanowanie decyzji kobiety. Można powiedzieć, że udało się zrobić to, co było w tej sytuacji możliwe. Tylko i aż tyle. Różni ludzie pozwalają czasem terapeutom potowarzyć w ich życiu, ale to ciągłe ich życie.

#### Ilustracja 2. Przerwana terapia

Pacjentka zgłosiła się z powodu zalecenia lekarza psychiatry. Jak oznajmiła: „Lekarz powiedział, że mam przejść psychoterapię, czyli chodzić do terapeuty dwa lata i w tym czasie ma mieć miejsce przebudowa osobowości”. Jak powiedziała, tak zrobiła. Na pewno częściowo. Bardzo słownie po dwóch latach kobieta zakończyła ze mną kontakt. Niekoniecznie z oczekiwaną przez nas obie (chyba) poprawą i niekoniecznie był to czas odpowiedni do zakończenia tej terapii. Pacjentka przed rozpoczęciem spotkań ze mną od kilku lat była już w kontakcie z psychiatrami, psychologami, psychoterapeutami (kilka nieudanych prób terapii) z propozycją psychoterapii w warunkach szpitalnych, po kilku seriach leczenia farmakologicznego. Przeszła już okresy niewychodzenia z łóżka, dużej płaczliwości, problemów ze snem, gwałtownych wybuchów złości. W momencie pojawienia się u mnie nie czuła wyraźnie potrzeby terapii, ale zakładała, że skoro lekarz tak powiedział, to trzeba było przyjść. Pacjentka była na początku przygnębiona, często płakała podczas sesji. Wszystko to nie wyglądało najlepiej z punktu widzenia terapeutycznego – wiele nieudanych prób pomocy pacjentce, jej rozczarowanie specjalistami, brak motywacji do pracy nad sobą. Nie miałam również miejsca do terapii, dlatego też uważałam, że to się nie może udać. Przed wakacjami odbyłyśmy kilka spotkań i nie robiąc pacjentce szczególnej nadziei na możliwość kontynuacji ich po przerwie, rozstałam się z nią na 2–3 miesiące (nie było dokładnie wiadomo). Mimo deklaracji, że nie wierzy, iż może jej to pomóc,

i nie potrzebuje tego, kobieta pojawiała się regularnie na każdej umówionej wizycie, jak również końcem sierpnia odezwała się ponownie w celu wznowienia kontaktu. Sesje przez większość trwania terapii były trudne. Pacjentka pozostawała milcząca, przygnębiona, niechętnie wpuszczała mnie w zarezerwowane głównie dla niej obszary jej życia. Nie nauczono jej dzielić się swoimi sprawami z innymi. Niedługo po rozpoczęciu naszego kontaktu zakończyła, trudną chyba dla niej do tej pory, relację z chłopakiem. Trochę martwiło mnie to, że teraz będzie jeszcze bardziej samotna, ale po jakimś czasie zaczęły się pojawiać w to miejsce dawne znajomości, nowe relacje z kobietami – koleżankami, ale i mężczyznami. Pacjentka próbowała wrócić na studia (chodziła na część zajęć) – była na urlopie zdrowotnym z powodu problemów psychologicznych – nawet pracować. W tym czasie w swojej rodzinie funkcjonowała jakby nigdy nic – nikt nie miał pojęcia o jej problemach, m.in. na studiach, nikt nie widział wcześniej jej stanów depresyjnych (leżała w łóżku, kiedy była sama, po powrocie innych członków rodziny robiła wrażenie, że coś robi, uczy się, pomaga w domu). Uczyla się kontaktów społecznych – zdarzały się nieporozumienia w naszym ustalaniu spotkań (odwoływaniu, przekładaniu). Martwiłam się wtedy, czy z pacjentką wszystko w porządku, a ona pojawiała się np. po tygodniu od nieobecności na sesji zdziwiona, że na nią czekałam. Mówiła wtedy np.: „Myślałam, że pani nie pracuje, bo były na uczelni godziny rektorskie” itp. Nie przychodziło jej do głowy sprawdzić domysłów, skontaktować się na wszelki wypadek, dać znać, że coś się dzieje. Trudno uznawać obecność lub brak uśmiechu na twarzy pacjenta za oznakę działania lub nie terapii, ale jako sukces w naszej pracy odebrałam to, że kobieta zaczęła z czasem coraz bardziej i częściej się uśmiechać. Zaczęła też bardziej dbać o swój wygląd. Bardziej otwarcie się wyrażała, trochę pewniej opowiadała różne historie. Ciągłe trudno było sięgać do wspomnień pacjentki. Nie pamiętała prawie niczego sprzed 14. roku życia. W ogóle niechętnie wracała do przeszłych wydarzeń. W pewnym sensie udało się trochę „dotknąć” relacji pacjentki z mamą, z rodzeństwem. Jednak zwykle odpowiadała na moje komentarze: „Nie wydaje mi się, żeby tak było”. Może tylko czasem trochę mniej zaprzeczała, a bardziej dopuszczała taką możliwość. W momentach lepszego samopoczucia chętniej dzieliła się ze mną swoim światem, przyjmowała moje argumenty; kiedy było gorzej – wycofywała się, unikała konfrontacji, zniknęła. W rezultacie po dwóch latach pracy zniknęła na dobre – nie wróciła po wakacyjnej przerwie, nie dała znać, co się dzieje. Nigdy też nie uznała, że terapia jej pomaga, że działa. Nie widziała związku terapii ani zdarzeń mających miejsce w jej życiu z jej samopoczuciem – „Po prostu tak się czuję i już”. Mimo to uważam, że doświadczyła czegoś innego niż do tej pory, może, jak twierdził F. Alexander, korektywnego doświadczenia emocjonalnego?<sup>8</sup> Myślę, że stan, w jakim się znajdowała w momencie przyścia

<sup>8</sup> M. Bednarska, *Terapia korektywnym doświadczeniem emocjonalnym*, „Dialogi” 2003, nr 1–2, s. 61.

na terapię, jak również być może wcześniejsze jej doświadczenia nie umożliwiły bardziej efektywnej, intensywnej, trwającej do momentu wystarczającej poprawy jej samopoczucia pracy. A może w tych warunkach – gabinetowych – udało się zrobić i tak więcej, niż wydawało się możliwe na początku.

### Ilustracja 3. Interwencja kryzysowa

Parę lat temu, na początku mojej pracy terapeutycznej, miałam kontakt z młodym, 20-letnim mężczyzną, który pojawił się w gabinecie z powodu, jak to określił, „przeżycia traumy”. Bardzo zależało mu na szybkim spotkaniu, nie dopuszczał innego terminu. Jako wolontariusz był ratownikiem w tzw. grupie operacyjnej. Podczas jego drugiego dyżuru grupa dostaje wiadomość, że w rzece ktoś/coś pływa. Pacjent natrafia na ciało młodego mężczyzny z, jak to określił, „stężeniem pośmiertnym”. Z racji krótkiego stażu jako ratownik wcześniej nikogo jeszcze nie uratował. Można powiedzieć, że jego pierwszy, jedyny kontakt z człowiekiem w akcji ratowniczej to wyławianie zwłok. Szczególnie źle się poczuł, gdy dzień później w ramach szkolenia miała miejsce symulacja ratowania topielca i, będąc pod wodą, zobaczył tam ciało – wyszedł z wody, poszedł do toalety, popłakał się.

Pod wpływem tego zdarzenia pacjent przewartościowuje swój świat. Przede wszystkim inaczej zaczyna patrzeć na uczelnię, wykładowców, innych studentów. Zaczyna myśleć, że to wszystko nic nie znaczy. „Tam (w wodzie) to jest dopiero prawdziwe życie. Kruche, łatwe do zniszczenia, ulotne”. Zaczyna krytykować wykładowców za ich niekompetencję. Podobnie myśli o studentach: „To jeden wyścig szczurów”. Narzeka na brak normalności, koleżeństwa. „Tu są tylko punkty, zaliczenia. Tam jest prawdziwe życie”.

Pacjent przypomina też sobie, że 13 lat temu przeżył podobne zdarzenie jak ostatnio. Z okna bloku, w którym mieszkał, wypadło niemowlę (chłopiec) – brat kolegi. Razem podbiegli je zobaczyć. Leżało jak lalka. Pacjent odruchowo odwrócił ciało. „Głowa była rozcięta, mózg leżał obok, lała się krew”. Wspomina też o śmierci dziadka. Z nią jednak szybko się oswoił.

Pacjent po wyrzuceniu z siebie męczących go emocji mówi: „Pracy w grupie operacyjnej nie rzucę”. Próbuje dwa razy kończyć spotkanie. Zapraszam pacjenta na kolejny raz, i następne w razie potrzeby. Mężczyzna nie zamierza wyjść, nie wstaje. Ma potrzebę wspomnieć o swojej słabości, rozsypaniu się. Myślał, że jest silniejszy. Mówi o sobie, że na co dzień jest wesoły, lubi humor, zabawę. Nie lubi się zamartwiać. „Nie chcę tego roztrząsać, chcę zapomnieć, nie jestem osobą nerwową” – mówi podniesionym głosem, jest pobudzony. Trzeci raz podejmuję próbę zakończenia spotkania – tym razem z powodzeniem. Pacjent wstaje, podaje mi rękę, wychodzi. Nigdy nie wraca. Przed wyjściem rzuca jeszcze: „Młody człowiek, V rok studiów, dwa kierunki, w kieszeni portfel, komórka, karta judo. Wszystko na nic”.

\* \* \*

Przedstawione tu trzy ilustracje są tylko krótkim doniesieniem z pracy psychoterapeuty studentów. Trudno po kilku latach pracy, wielu spotkanych osobach, licznie prowadzonych terapiach wybrać te 2, 3, 4 najbardziej nadające się do przedstawienia. Podzieliłam się jednym trudnym, ale powiedziałabym: udanym przypadkiem terapii i jednym też niełatwym, ale myślę, że mniej udanym, niedokończoną terapią. Jako kontrast do tego przedstawiłam też relację z jednego spotkania (bo takich też odbywam wiele) o charakterze interwencyjnym, ale ważnego, potrzebnego, pouczającego.

Sądzę, że nie są one ani lepsze, ani gorsze od pozostałych, których ani tu, ani może w żadnym innym artykule nie uda mi się opisać. Praca psychoterapeuty w dużej mierze pozostaje w czterech ścianach gabinetu. Nawet fragmenty, które udaje się przedstawić jako krótkie historie, służyć mają głównie celom rozwojowym – psychoterapii, psychoterapeutów, innych osób. Zawsze jednak anonimowość i poufność spraw pacjenta jest na pierwszym miejscu. Dlatego też przedstawione tu ilustracje są małym wycinkiem pracy, nie zawierają celowo faktów z życia opisywanych osób i nie umożliwiają zidentyfikowania omawianych przypadków.

## Konkluzja

Od wielu lat widzę potrzebę wspierania środowiska akademickiego psychologicznie/psychoterapeutycznie. Myślę, że nie chodzi tu tylko o studentów, ale i pracownicy uczelni niejednokrotnie informują o konieczności uzyskania pomocy – miałam takie osoby również w swoim gabinecie. Pojawiają się też przypadki superwizji pracy nauczyciela akademickiego – nie jako sprawdzenia, ale udzielenia wsparcia, pomocy w trudnych niekiedy sytuacjach. Trudno od razu pomóc wszystkim i osiągnąć ideał, ale wydaje mi się, że powinniśmy chociaż dążyć do pomocy najbardziej potrzebującym. Dobrze byłoby, gdyby młodzi ludzie, rozpoczynając studia, mogli liczyć nie tylko na uzyskanie koniecznej do zdobycia dyplomu wiedzy, ale też na szerszy rozwój, może nawet poprawę swojego dotychczasowego życia. Oczywiście nie jest to główna funkcja uczelni, ale jako konieczna marginalna działalność powinna się znaleźć w misji każdej Alma Mater.



## Bibliografia

- Bednarska M., *Terapia korektywnym doświadczeniem emocjonalnym*, „Dialogi” 2003, nr 1–2.
- Gurba E., *Wczesna dorosłość*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2003.
- Obuchowska I., *Adolescencja*, [w:] *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2003.
- Pertkiewicz J., *Einstein i Newton cierpieli na autyzm*, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledger/x/2419>, [dostęp: 10.04.2014].
- Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2003.
- Walewska K., *Zakazana miłość: Lolita – miłość po 70*, referat przedstawiony na konferencji psychoanalitycznej XXIII Dni IPP „Romantyczni”, Warszawa, 15 lutego 2014 r.

## Zasadność i potrzeba wsparcia psychologicznego i psychoterapii studentów

**Streszczenie:** Artykuł jest próbą zwrócenia uwagi na potrzebę organizowania studentom możliwości uzyskania pomocy psychologiczno-psychoterapeutycznej. Jest to, jak do tej pory, stosunkowo rzadko spotykana praktyka wśród polskich wyższych uczelni. Zarówno etap rozwojowy, na jakim są zwykle studenci – późna adolescencja, jak i oczekiwania społeczne – bycie dorosłym, a także specyfika tego okresu życia (studia) powodują, że osoby takie mogą być zagubione w rzeczywistości, jakiej doświadczają, a jednocześnie bezradne w szukaniu pomocy. Znana im do tej pory praktyka instytucji pedagoga/psychologa szkolnego zwykle przestaje się sprawdzać. Zapewnienie przez uczelnie możliwości rozwoju nie tylko intelektualnego, ale też emocjonalnego może być szczególnie ważne w perspektywie jakości dalszego życia tych osób.

**Słowa kluczowe:** psychoterapia, studenci, uczelnia wyższa

## Justification and need for psychotherapy and psychological support for higher education students

**Summary:** The article is an attempt to draw attention to the need for organizing a possibility of getting psychological and psychotherapeutic help for higher education students. It has been rather rare practice at Polish higher schools so far. Both: students' stage of development – late adolescence, and social expectations of being a grown up, along with the characteristics of this stage of life (studies) cause that those young people can feel lost in the reality they encounter or feel hopeless in looking for help. The help they used to receive at school from their school counselor can no longer fulfill their needs. Providing them with the possibility of not only intellectual development but also emotional one by the higher school they attend, may have great impact on the quality of their future life.

**Keywords:** psychotherapy, students, higher school

Anida Szafrąńska

## Terapia pedagogiczna w domach dziecka. Rozwiązania praktyczne

### Wprowadzenie

Użyta w tytule nazwa „dom dziecka” wymaga pewnego wyjaśnienia, w nowych przepisach prawnych nie znajdujemy bowiem odniesienia do tej placówki, ale do grupy placówek opiekuńczo-wychowawczych różnego typu.

Instytucjonalna piecza zastępcza, chociaż „krytykowana i w powszechnym mniemaniu nieskuteczna”<sup>1</sup>, nadal stanowi ważny element systemu wsparcia rodziny i zabezpieczenia dziecka. Jest to spowodowane z jednej strony niewystarczającą liczbą rodzinnych form opieki, z drugiej natomiast – koniecznością bieżącego udzielania zabezpieczenia dzieciom z rodzin niewydolnych pod względem opiekuńczo-wychowawczym. Sieć takich placówek powinna funkcjonować obok placówek typu rodzinnego, gdyż „[...] zawsze będzie nie-małe grono dzieci niezdolnych do adaptacji w warunkach kolejnych rodzin zastępczych”<sup>2</sup>.

Niezależnie zatem od krytyki oraz zmian, jakie miały miejsce od momentu reformy i włączenia placówek opiekuńczo-wychowawczych w struktury resortu pomocy społecznej, dom dziecka przeznaczony jest dla dzieci pozbawionych częściowo lub całkowicie opieki rodziny własnej, którym zapewnia stabilne środowisko wychowawcze.

### Placówki opiekuńczo-wychowawcze

Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej<sup>3</sup> wymienia następujące typy placówek opiekuńczo-wychowawczych: placówki interwencyjne, placówki socjalizacyjne, do których zaliczamy dom dziecka, placówki specjalistyczno-terapeutyczne oraz placówki rodzinne. Placówki opiekuńczo-wychowawcze zapewniają dziecku całodobową opiekę, umożliwiają zaspokajanie potrzeb, opracowują i realizują plan pomocy dla niego, umożliwiają utrzymanie kontaktu z rodziną

<sup>1</sup> T. Perzanowski, *Reforma budzi niepokój*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1998, nr 10, s. 7.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 9 września 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 135, z późn. zm.).

biologiczną, podejmują działania na rzecz powrotu dziecka do rodziny, zapewniają dostęp do świadczeń zdrowotnych, kształcenia z uwzględnieniem wieku i możliwości rozwojowych podopiecznych, obejmują dzieci działaniami terapeutycznymi<sup>4</sup>. Szerszy zakres działań mogą podejmować placówki specjalistyczno-terapeutyczne przeznaczone dla dzieci o indywidualnych potrzebach, wymagających stosowania specjalnych metod wychowawczych i specjalistycznej terapii w celu wyrównania opóźnień rozwojowych i edukacyjnych<sup>5</sup>.

Organizacja pracy oraz standardy usług świadczonych w placówkach opiekuńczo-wychowawczych określone zostały w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie instytucjonalnej pieczy zastępczej<sup>6</sup>.

Wyszczególnienie zadań domu dziecka wymaga odniesienia się do podstawowej funkcji tej placówki, jaką jest opieka i wychowanie dziecka osieroconego oraz stworzenie możliwości jego prawidłowego rozwoju psychofizycznego. Do głównych zadań domu dziecka zaliczyć można zatem zapewnienie całodobowej opieki i wychowania, zaspokojenie potrzeb wychowanków, przygotowanie do samodzielnego życia, inicjowanie i utrzymywanie kontaktów z rodziną biologiczną, zabezpieczenie korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Ponadto instytucja ta zapewnia swoim podopiecznym „dostęp do zajęć wychowawczych, kompensacyjnych, terapeutycznych i rewalidacyjnych, o ile takie są wskazane dla dziecka<sup>7</sup> oraz „pomoc w nauce, w szczególności przy odrabianiu zadań domowych oraz w miarę potrzeby przez udział w zajęciach wyrównawczych”<sup>8</sup>. Widać zatem, że wiele zadań skoncentrowanych jest na umożliwieniu wychowankom wyrównania deficytów rozwojowych i opóźnień dydaktycznych.

Podstawą pracy opiekuńczo-wychowawczej, profilaktycznej z dzieckiem i jego rodziną jest plan pracy, a podstawą działań terapeutycznych powinna być diagnoza psychofizycznego rozwoju dziecka, która wyznacza kierunki, zakres, rodzaj i formy oddziaływań terapeutycznych wobec niego.

W tym miejscu warto się odnieść do sytuacji rodzinnej dziecka oraz przyczyn, które doprowadziły do jego instytucjonalizacji. Badania z roku 2012 wykazały, iż uzależnienie rodziców oraz bezradność w zakresie opieki i wychowania to dwie główne przyczyny odbierania dzieci rodzinom pochodzenia (odpowiednio: 39,62% i 25,17%). Najrzadziej ten rodzaj interwencji podejmowany jest z powodu ubóstwa, złych warunków mieszkaniowych oraz bez-

<sup>4</sup> *Ibidem*, art. 93.4.

<sup>5</sup> *Ibidem*, art. 105.

<sup>6</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie instytucjonalnej pieczy zastępczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 292, poz. 1720).

<sup>7</sup> *Ibidem*, § 18.1, p. 5.

<sup>8</sup> *Ibidem*, § 18.1, p. 11.

robocia (odpowiednio: 1%, 0,9% i 0,46%)<sup>9</sup>. Jednocześnie należy podkreślić, iż dzieci wychowywane w rodzinnych bądź instytucjonalnych formach pieczy zastępczej pochodzą z rodzin wieloproblemowych, w których często dochodzi do kumulacji negatywnych czynników ekonomicznych, społecznych, relacyjnych oraz indywidualnych<sup>10</sup>.

Dzieci przebywające w placówkach opiekuńczo-wychowawczych są dotknięte sieroctwem społecznym o różnym stopniu nasilenia. „Sieroctwo społeczne jest pewną formą opuszczenia wynikającego z porzucenia dziecka przez rodziców i zaniechania wszelkich czynności opiekuńczych i wychowawczych”<sup>11</sup>. Ten stan zaniedbania wiąże się z istnieniem warunków hamujących rozwój określonych potrzeb dziecka, a także uniemożliwiających ich zaspokajanie, przy czym za najważniejsze uznać należy zaniedbanie potrzeby więzi emocjonalnej<sup>12</sup>. S. Siwek, omawiając psychofizyczne konsekwencje sieroctwa społecznego, zwraca uwagę na pierwotne zaburzenia rozwoju, które powstają na podłożu różnych reakcji obronnych jako odpowiedź na niekorzystną sytuację wychowawczą, oraz wtórne objawy zaburzeń, które pojawiają się w sytuacji braku lub opóźnionej interwencji terapeutycznej<sup>13</sup>. Dzieci trafiające do placówek opiekuńczo-wychowawczych są zaniedbane wychowawczo, opóźnione w nauce szkolnej, często niedożywione. U wielu z nich występują schorzenia przewlekłe, mikrodefekty rozwojowe, zaburzenia w rozwoju fizycznym i psychicznym<sup>14</sup>. Z badań prowadzonych przez M. Kolankiewicz wynika, że dzieci zdrowe przebywające w domach dziecka stanowią zaledwie 34%<sup>15</sup>.

Pochodzenie wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych z rodzin dotkniętych problemem uzależnień, przemocy, zaniedbywania rozwoju dziecka pod względem zdrowotnym, emocjonalnym, społecznym i edukacyjnym nakłada na placówki konieczność podejmowania działań terapeutycznych zmierzających do zniwelowania roli traumatycznych doświadczeń życiowych oraz psychokorekcji zaburzeń rozwoju psychicznego i społecznego, a także stworzenia warunków właściwego rozwoju, socjalizacji i wychowania<sup>16</sup>.

<sup>9</sup> Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2012 Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 135, z późn. zm.), Warszawa 2013, s. 7.

<sup>10</sup> M. Kolankiewicz, M. Rożen, *Dzieci poza rodziną*, „Dziecko Krzywdzone” 2011, nr 3(36), s. 101.

<sup>11</sup> E. Sierankiewicz, *Opieka, wychowanie, terapia w domach dziecka*, Kraków 1999, s. 14.

<sup>12</sup> *Ibidem*, s. 14–15.

<sup>13</sup> S. Siwek, *Sieroctwo społeczne w genezie nieprawidłowego rozwoju*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2009, nr 6, s. 34–35.

<sup>14</sup> E. Łuczak, *Wychowankowie domów dziecka w świetle badań antropologicznych*, [w:] *Opieka i wychowanie*, red. Cz. Kępski, Lublin 1998, s. 85–94.

<sup>15</sup> M. Kolankiewicz, *Zagrożone dzieciństwo*, Warszawa 1998, s. 319–321.

<sup>16</sup> E. Sierankiewicz, *op. cit.*, s. 9.

## Terapia pedagogiczna

„Terapia” jest pojęciem zapożyczonym z nauk medycznych. W naukach pedagogicznych jedna z definicji podaje:

Terapia pedagogiczna (oddziaływanie terapeutyczno-wychowawcze) jest postępowaniem, którego celem jest skorygowanie niewłaściwych czy niepełnowartościowych zachowań wychowanka, wynikających z zaburzeń rozwoju bądź zaburzeń zachowania – to proces polegający na organizowaniu odpowiednio do diagnozy zaplanowanych sytuacji wychowawczo-terapeutycznych, których wpływ na dziecko dokonuje się przede wszystkim za pomocą metod i środków pedagogicznych. Istotą jego jest takie organizowanie aktywności wychowanka, by poprzez wyzwalanie pozytywnych zmian motywacyjnych a także usprawnianie zaburzonych procesów, korygowanie nietypowych zachowań, kompensowanie braków poszczególnych funkcji przy jednoczesnym oparciu się na najmocniejszych stronach jednostki, umożliwić jej dalszy pełny rozwój<sup>17</sup>.

W placówce opiekuńczo-wychowawczej cele terapeutyczne powinny być częścią składową procesu opieki i wychowania. Pracę wychowawczą w domach dziecka organizują i prowadzą wychowawcy. Ich zadaniem jest rozpoznanie indywidualnych potrzeb dziecka, a następnie nasycenie sytuacji opiekuńczo-wychowawczych takimi bodźcami, które umożliwią mu prawidłowy rozwój. Sytuacje te muszą mieć charakter terapeutyczny, a więc korygujący, kompensujący, usprawniający przy jednoczesnym wyzwalaniu pozytywnej motywacji<sup>18</sup>.

Elementami sytuacji terapeutyczno-wychowawczych są<sup>19</sup>:

- wychowawca posiadający odpowiednie przygotowanie merytoryczne i metodyczne umożliwiające prowadzenie zajęć terapeutycznych, a także posiadający odpowiednie cechy osobowości;
- wychowanek posiadający indywidualne potrzeby rozwojowe wynikające z zaburzeń rozwojowych, indywidualnej historii życia i rozwoju. Poznanie i zrozumienie tych potrzeb jest podstawą opracowania planu działań terapeutycznych;
- odpowiednio dobrana grupa, np. jednorodna pod względem występujących zaburzeń, nieliczna, aby umożliwić wychowawcy nawiązanie głębszych relacji, indywidualizowanie oddziaływań, a wreszcie – osiągnięcie założonych celów;
- starannie dobrane zadania, oparte na opracowanej diagnozie uwzględniającej mocne strony dziecka;
- atmosfera terapeutyczna jako efekt więzi emocjonalnej między terapeutą a dzieckiem.

<sup>17</sup> B. Kaja, *Zarys terapii dziecka*, Bydgoszcz 1998, s. 38.

<sup>18</sup> *Ibidem*, s. 31.

<sup>19</sup> *Ibidem*, s. 32–34.

N. Han-Ilgiewicz, używając określenia „klimat psychiczny”, wiąże z nim następujące elementy: poczucie bezpieczeństwa, poszanowanie godności, dodatnią perspektywę, życzliwość, ład, porządek, konsekwencję w działaniu, wzajemne zrozumienie, współpracę i zgodne współżycie<sup>20</sup>.

Podsumowując ten obszar rozważań, należy podkreślić, że oddziaływania terapeutyczno-wychowawcze w domu dziecka powinny być nastawione nie tylko na niwelowanie zaburzeń rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego, ale i na pobudzanie potencjalnych możliwości wychowanka. Do mocnych stron dziecka R. Kałucka zalicza:

- motywację wynikającą z potrzeby przynależności;
- dążenie do rozwoju umiejętności, poszerzanie wiedzy wynikające z potrzeby poznawczej;
- dążenie do identyfikacji z wzorcami osobowymi wynikające z potrzeby kształtowania własnej tożsamości;
- zasoby dziecka wynikające z jego indywidualnych cech<sup>21</sup>.

To, czy i w jaki sposób wychowawca wykorzysta w procesie terapii potencjał dziecka, zależy od jego wiedzy, umiejętności oraz doświadczenia.

## Terapia w domach dziecka – rozwiązania praktyczne

Na terenie Bytomia funkcjonują trzy placówki opiekuńczo-wychowawcze typu socjalizacyjnego z miejscami interwencyjnymi. Są to Dom Dziecka nr 1, Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza „Bezpieczny Dom”, Placówka Opiekuńczo-Wychowawcza „Szansa dla Dziecka”.

Tabela 1. Dzieci w instytucjonalnych formach pieczy zastępczej w Bytomiu w latach 2010–2013

Lp.	Rok sprawozdawczy	Liczba miejsc w placówkach	Liczba dzieci w ciągu roku	Liczba dzieci (stan na 31.12)
1	2010	140	256	136
2	2011	128	238	138
3	2012	128	200	145
4	2013	128	197	149

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MOPR w Bytomiu.

Analiza danych zawartych w tabeli 1 wskazuje, iż w ciągu czterech lat liczba dzieci umieszczanych w instytucjonalnych formach pieczy zastępczej malała, co jest zjawiskiem pozytywnym. Niepokojący jest jednak fakt, iż pomimo działań

<sup>20</sup> N. Han-Ilgiewicz, *Potrzeby psychiczne dziecka*, Warszawa 1963, s. 16–35.

<sup>21</sup> R. Kałucka, *Nowy dom, nowa rodzina – perspektywa relacji między dzieckiem a najbliższym otoczeniem w kontekście adaptacji w rodzinnym domu dziecka*, [w:] *Rodzinne domy dziecka. Opieka, wychowanie, terapia*, red. L. Drozdowski, B. Weigl, Warszawa 2011, s. 49.

podejmowanych w zakresie pracy z rodziną oraz rozwoju rodzinnych form pieczy zastępczej część dzieci nadal pozostaje w instytucjonalnych formach opieki.

## Wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych

Zebranie szczegółowych danych na temat stanu zdrowia oraz deficytów rozwojowych dzieci, zwłaszcza tych młodszych, przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych było utrudnione ze względu na duży ruch wychowanków w ciągu roku oraz braki w dokumentacji, która dopiero podczas pobytu dziecka w placówce jest kompletowana i uzupełniana. Niemniej jednak w wyniku obserwacji oraz analizy dokumentów ustalono występowanie u dzieci:

- chorób przewlekłych, w tym alergii, schorzeń kardiologicznych, schorzeń układu moczowego, obniżonej odporności na infekcje;
- nieprawidłowości w rozwoju społecznym: brak zainteresowania opiekunami przy jednocześnie dużym zainteresowaniu obcymi ludźmi, występowanie zachowań polegających na przywieraniu i przytulaniu się do osób obcych;
- niskiej aktywności, braku inicjatywy, huśtawki nastrojów;
- małego zainteresowania otoczeniem, zabawkami, braku umiejętności bawienia się;
- nadpobudliwości, agresji skierowanej na opiekunów i inne dzieci;
- lęków, moczenia się, płaczliwości, braku apetytu;
- znacznego opóźnienia w rozwoju mowy, wad wymowy, jąkania;
- nieprawidłowości w rozwoju ruchowym: słaba koordynacja wzrokowo-ruchowa.

---

70

## Zabawy z dziećmi w wieku przedszkolnym

W tym miejscu przedstawię propozycję zajęć terapeutycznych dla dzieci w wieku przedszkolnym. Ponieważ działalność domu dziecka może być uzupełniana pracą wykonywaną przez wolontariuszy, do zajęć włączono grupę studentów realizujących praktyki pedagogiczne.

Zabawa jest jedną z form aktywności człowieka w każdym wieku. Najpełniej rozwija się w okresie dzieciństwa i dlatego uważana jest za taki rodzaj aktywności, bez którego rozwój dziecka nie może przebiegać prawidłowo<sup>22</sup>. Jest ona czynnikiem rozwoju fizycznego, umysłowego, społecznego. Poprzez zabawę możemy ćwiczyć, udoskonalać różne czynności dziecka.

---

<sup>22</sup> A. I. Brzezińska i in., *O roli zabawy w przygotowaniu dziecka do dorosłego życia*, „Wychowanie w Przedszkolu” 2011, nr 10, s. 5.

Pomysł wprowadzenia zabaw z wykorzystaniem tworzyw przekształcalnych zaczerpnięto z książki *U źródeł rozwoju dziecka* autorstwa H. Olechnowicz<sup>23</sup>. Tworzywa przekształcalne są najprostszymi i powszechnie dostępnymi materiałami, które można wykorzystać w zabawie małych dzieci. Zabawa tworzywami naturalnymi, takimi jak woda, piasek, glina, i ich pochodnymi nie wymaga od dziecka wysokiej sprawności rąk i dojrzałości do różnicowanego, precyzyjnego spostrzegania<sup>24</sup>.

Cele zabaw z wykorzystaniem tworzyw przekształcalnych to:

- zaspokajanie potrzeby aktywności i zabawy,
- usprawnianie motoryki dużej oraz funkcji manualnych,
- wzbogacanie doświadczeń, poznawanie własności rzeczy,
- poznawanie podstawowych pojęć przestrzennych,
- przygotowanie do zrozumienia pojęć liczbowych,
- rozwój mowy i myślenia,
- wzmacnianie koncentracji uwagi,
- rozwijanie funkcji wzrokowych, słuchowych,
- dostarczanie pozytywnych doświadczeń emocjonalnych i społecznych.

Tabela 2. Rodzaje zabaw z wykorzystaniem tworzyw przekształcalnych

Lp.	Rodzaj tworzywa/zabawki	Wymagana sprawność rąk	Uzyskiwane efekty	Zabawy podejmowane przez dzieci
1	woda	<ul style="list-style-type: none"> <li>– każdy ruch wywołuje efekt,</li> <li>– ruchy mogą być impulsywne, niekontrolowane,</li> <li>– niepotrzebna umiejętność chwytania</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ruch, dźwięk i połysk kropeł,</li> <li>– doznania dotykowe zależne od ruchu wody, temperatury,</li> <li>– śledzenie spadku kropeł,</li> <li>– wsłuchiwanie się w dźwięki (szum, plusk, kapanie)</li> </ul>	Uderzanie w powierzchnię wody, chlapanie, nabieranie do różnych naczyń, przelewanie, pryskanie, barwienie wody.
2	sypki piasek, zamiennie: ryż, groch, żwir, kasza	<ul style="list-style-type: none"> <li>– potrzebna umiejętność chwytania i otwierania dłoni,</li> <li>– ruchy mniej impulsywne,</li> <li>– najprostsze narzędzia (wiaderko, łopatka, sitko)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dotyk doznawany powierzchnią całej dłoni,</li> <li>– dźwięki różnicowane zależnie od materiału i naczyń, np. szelest,</li> <li>– widok spadających ziaren</li> </ul>	W piaskownicy: nabieranie, przesypywanie, przesiewanie. W pomieszczeniu: nabieranie, przesypywanie do różnych naczyń, potrząsanie i słuchanie dźwięku.

<sup>23</sup> H. Olechnowicz, *U źródeł rozwoju dziecka*, Warszawa 1988.

<sup>24</sup> *Ibidem*, s. 149.



3	mokry piasek	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wymaga ruchów bardziej celowych, współdziałania rąk,</li> <li>- narzędzia bardziej złożone (foremki, łopatki)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pierwsze „dzieła” o trwałości dłuższej niż chwila,</li> <li>- konstruowanie i niszczenie bez społecznej dezaprobaty,</li> <li>- odbudowywanie</li> </ul>	W piaskownicy: przesypanie, nabieranie, robienie „babeł z piasku”, dziur, zamków, tuneli, odbijanie rąk, stóp itp.
4	głina, plastelina, modelina, masa papierowa, masa solna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wymaga ruchów bardziej celowych, współdziałania rąk,</li> <li>- udział końców palców</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dostrzeganie wpływu stopniowanej siły nacisku, temperatury na wytwór,</li> <li>- dzieło bardziej trwałe,</li> <li>- doświadczenie w łączeniu, rozdzielaniu i ponownym łączeniu,</li> <li>- poznawanie prostych form geometrycznych: kulka, wałek, placek</li> </ul>	Zabawy przy stole: ugniatanie, rozcieranie, smakowanie, tworzenie form płaskich, wałeczków, kulek, robienie sylwetek zwierząt i ludzi.
5	farby – malowanie palcami	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ruchy dowolne, czasem niekontrolowane,</li> <li>- współdziałanie rąk,</li> <li>- udział całej dłoni z końcami palców</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dzieło wielobarwne, trwałe,</li> <li>- możliwość zaobserwowania kształtu plamy</li> </ul>	Malowanie farbami klejowymi na dużych arkuszach papieru. Eksperymentowanie z mieszaniami barw. Kompozycje tematyczne.
6	farby – malowanie pędzlem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ruchy kontrolowane,</li> <li>- praca jednej ręki,</li> <li>- posługiwanie się narzędziem (pędzel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jw.</li> </ul>	Zamalowywanie powierzchni (obiema rękami, potem jedną), kompozycje dowolne i tematyczne, rysunki postaci.
7	kredki	<ul style="list-style-type: none"> <li>- autonomiczna praca jednej ręki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bazgranie,</li> <li>- rysunek tematyczny,</li> <li>- wypracowanie szczegółów</li> </ul>	Jw.
8	klocki	<ul style="list-style-type: none"> <li>- znaczna precyzja ruchów przy ich dopasowywaniu,</li> <li>- praktyczna znajomość stosunków przestrzennych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- budowie względnie trwałe,</li> <li>- budowanie, burzenie, odbudowywanie,</li> <li>- łączenie, rozłączanie, budowie tematyczne</li> </ul>	Budowanie z klocków drewnianych i wtyczkowych, budowie coraz większe, przestrzenne, tematyczne (wieża, dom, most, zamek).

## Organizacja zajęć

Każda sesja była wcześniej omówiona. Podane zostały informacje dotyczące celów i oczekiwanych efektów. Podczas zajęć zwracano uwagę na następujące aspekty: chęć udziału w zabawach, czy zabawa jest spontaniczna, czy zabawa cieszy dziecko, współdziałanie ręki i oka, współpraca obu rąk, urozmaicanie zabawy, pojawianie się mowy towarzyszącej zabawie, wyrażanie emocji, kontakt społeczny podczas zabawy.

Priorytetem było stworzenie przyjaznej, swobodnej atmosfery, w której dzieci mogły się czuć bezpiecznie. Zadaniem wychowawcy była właściwa aranżacja przestrzeni, pozwalająca na swobodne poruszanie się dzieci, mobilizowanie ich uwagi oraz budzenie i podtrzymywanie u nich aktywności. Udział studentów umożliwił obserwację zachowania każdego dziecka. Dorośli uczestnicy zajęć mogli dyskretnie towarzyszyć dzieciom i na bieżąco reagować na wyrażane przez nie emocje. Użyte zabawki miały służyć nawiązywaniu kontaktu społecznego z opiekunami. Nie mniej ważnym elementem była możliwość obdarzania dziecka uwagą bez stosowania przesadnych pochwał<sup>25</sup>.

W zabawach uczestniczyły zwykle 10 dzieci. Zajęcia odbywały się systematycznie raz w tygodniu, zawsze z udziałem wychowawcy oraz opiekuna wolontariuszy. W miarę możliwości część zadań była realizowana na placu zabaw.

## Obserwacje

W większości przypadków zabawy sprawiały dzieciom radość. Szczególnym zainteresowaniem cieszyły się zajęcia z wodą i w piaskownicy. Większość dzieci podejmowała zabawy spontanicznie. Kilkoro z nich było początkowo biernych, więc inicjatywa należała do opiekuna. Najczęściej wychowawca podejmował zabawę, pokazując możliwości wykorzystania określonego tworzywa, np. uderzanie całą powierzchnią dłoni w wodę, przesypanie piasku, napełnianie foremek piaskiem. Po takiej prezentacji dzieci chętnie podejmowały aktywność zabawową.

Zabawa i użyte zabawki pozwoliły na nawiązanie kontaktu społecznego z opiekunem. Odbywało się to stopniowo i zależało od rozległości i nasilenia występujących u dziecka deficytów. Ostatecznie udało się jednak wszystkim podopiecznym (przyjmowanie zabawki od opiekuna, podawanie zabawki, wskazywanie na to, co opiekun ma zrobić, jak się bawić, jak wykorzystać zabawki, wydawanie poleceń). Zauważono również wzrost częstości i długości kontaktów wzrokowych i werbalnych.

W czasie zabawy dzieci wyrażały głównie radość, zdziwienie (np. podczas słuchania dźwięków wydawanych przez różne przedmioty, mieszania barw, odbijania dłoni i porównywania jej z dłonią opiekuna). Zabawy podejmowa-

<sup>25</sup> Zob. *ibidem*, s. 184–185.

ne przez podopiecznych stały się bardziej urozmaicone. Zauważono również wzrost inicjatywy dzieci (np. ozdabianie odbitych dłoni kamykami).

Podczas zabaw zauważono poprawę w zakresie koordynacji wzrokowo-ruchowej oraz w zakresie rozwoju mowy (rozumienie, wzbogacenie słownictwa, poprawę wymowy).

Zaobserwowano następujące reakcje dzieci: zaciekawienie, skupienie uwagi, zadowolenie, radość, uśmiech, zniecierpliwienie, niezadowolenie adekwatnie do sytuacji.

Oczekiwanym efektem tak prowadzonych zajęć było zaspokojenie potrzeby kontaktów indywidualnych, co w warunkach opieki instytucjonalnej jest trudne do osiągnięcia.

Przedstawiona powyżej propozycja zajęć nie wyczerpuje wszystkich możliwości. Prowadzone zajęcia terapeutyczne z wykorzystaniem prostych zabawek były interesujące dla dzieci i zdaniem opiekunów powinny się znaleźć w repertuarze oddziaływań terapeutyczno-wychowawczych domów dziecka.

## Konkluzja

Występujące u dzieci nieprawidłowości rozwoju oraz ich rozmiar potwierdzają potrzebę prowadzenia zajęć o charakterze terapeutycznym. Zapisy zawarte w omawianych aktach prawnych pozwalają na organizację różnych form terapii pedagogicznej. W praktyce realizacja zadań z zakresu działalności terapeutycznej jest trudna do osiągnięcia ze względu na brak wystarczającej liczby specjalistów. Niepokojący jest fakt, iż większość wychowawców nie znajduje czasu na realizację indywidualnych form terapii, a wśród form grupowych najczęściej stosuje zajęcia ogólnorozwojowe. Tymczasem bliski kontakt z dzieckiem w warunkach terapii indywidualnej umożliwia rozpoznawanie deficytów, obserwację zmian rozwoju psychicznego i fizycznego, a tym samym uzupełnianie diagnozy oraz doskonalenie pracy opiekuńczo-wychowawczej.

## Bibliografia

- Brzezińska A. I. i in., *O roli zabawy w przygotowaniu dziecka do dorosłego życia*, „Wychowanie w Przedszkolu” 2011, nr 10, s. 5–13.
- Han-Ilgiewicz N., *Potrzeby psychiczne dziecka*, Warszawa 1963.
- Kaja B., *Zarys terapii dziecka*, Bydgoszcz 1998.
- Kałucka R., *Nowy dom, nowa rodzina – perspektywa relacji między dzieckiem a najbliższym otoczeniem w kontekście adaptacji w rodzinnym domu dziecka*, [w:] *Rodzinne domy dziecka. Opieka, wychowanie, terapia*, red. L. Drozdowski, B. Weigl, Warszawa 2011, s. 37–65.
- Kołankiewicz M., *Zagrożone dzieciństwo*, Warszawa 1998.
- Kołankiewicz M., Rozeń M., *Dzieci poza rodziną*, „Dziecko Krzywdzone” 2011, nr 3(36), s. 97–115.

Łuczak E., *Wychowankowie domów dziecka w świetle badań antropologicznych*, [w:] *Opieka i wychowanie*, red. Cz. Kępski, Lublin 1998, s. 85–94.

Olechnowicz H., *U źródeł rozwoju dziecka*, Warszawa 1988.

Perzanowski T., *Reforma budzi niepokój*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1998, nr 10, s. 5–7.

Sierankiewicz E., *Opieka, wychowanie, terapia w domach dziecka*, Kraków 1999.

Siwek S., *Sieroctwo społeczne w genezie nieprawidłowego rozwoju*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2009, nr 6, s. 32–38.

### Akty prawne

Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2012 Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 135, z późn. zm.).

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie instytucjonalnej pieczy zastępczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 292, poz. 1720).

Ustawa z dnia 9 września 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 135, z późn. zm.).

## Terapia pedagogiczna w domach dziecka. Rozwiązania praktyczne

**Streszczenie:** Artykuł poświęcony jest zagadnieniom terapii pedagogicznej w odniesieniu do dzieci wychowywanych w instytucjonalnych formach pieczy zastępczej. Badania na temat przyczyn umieszczania dzieci w placówkach opiekuńczo-wychowawczych wskazują, iż ten rodzaj interwencji podejmowany jest najczęściej w sytuacji uzależnienia rodziców oraz ich bezradności w zakresie opieki i wychowania. Pochodzenie podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych z rodzin wieloprotblemowych nakłada na te placówki konieczność podejmowania działań terapeutycznych zmierzających do zniwelowania roli traumatycznych doświadczeń życiowych oraz stworzenia warunków właściwego rozwoju, socjalizacji i wychowania. W artykule przedstawiono również propozycję wykorzystania zabawy jako formy oddziaływań terapeutyczno-wychowawczych.

**Słowa kluczowe:** terapia pedagogiczna, dom dziecka, piecza zastępcza, sieroctwo, zabawa

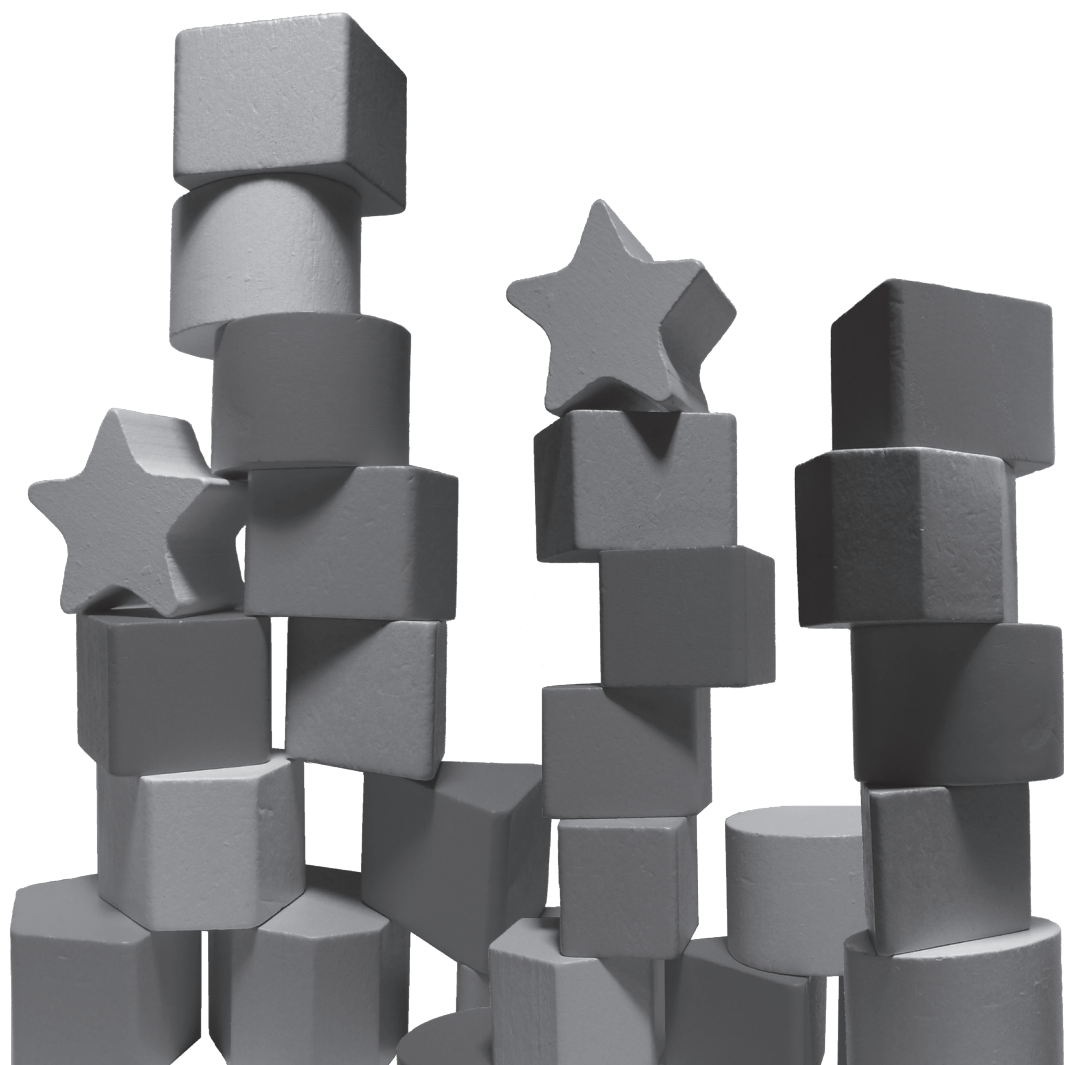
## Pedagogical therapy in children's homes. Practical solutions

**Summary:** The article is devoted to the issues of pedagogical therapy with respect to children raised in different institutions of foster care. Research into the causes of placing children in foster care facilities indicates that this type of intervention is most often undertaken when parents are addicts and are helpless when it comes to taking care of their children and their upbringing. The fact that the children in foster care facilities come from maladjusted families requires these institutions to take therapeutic measures aimed at eliminating the role of traumatic life experiences and creating adequate conditions for their proper development, socialization and education. The article also presents a proposal of how to use play as a form of therapeutic and educational interaction.

**Keywords:** pedagogical therapy, children's home, foster care, orphanhood, play



# Diagnoza pedagogiczna – obszary i zadania





# Diagnostyka pedagogiczna w przedszkolu

## Wprowadzenie

Diagnostyka pedagogiczna w przedszkolu jest ściśle związana ze zindywidualizowaniem nauczania, wpływającym zarówno z celów określonych w Ustawie o szkolnictwie, jak i z Ramowego programu nauczania dla przedszkoli<sup>1</sup>.

Indywidualizacja nauczania przedszkolnego zakłada, że nauczyciel dobrze zna wszystkie dzieci i przez cały czas ich pobytu w przedszkolu monitoruje czynione przez nich postępy tak, by móc zagwarantować odpowiednią opiekę pedagogiczną. Rozwój dziecka i jego postępy w nauce powinny więc być systematycznie obserwowane. Ta obserwacja nie powinna być jednak celem pracy nauczyciela, ale środkiem prowadzącym do tego, by praca pedagogiczna realizowana była na odpowiednio wysokim poziomie, zgodnie z konkretnymi możliwościami i potrzebami podopiecznego. Diagnostyka zatem powinna pomagać w osiągnięciu sensownej organizacji i efektywności kształcenia dziecka tak, aby już w wieku przedszkolnym wykorzystany został jego indywidualny potencjał. Eksperci są obecnie zgodni co do tego, że jeśli tak będzie, można przypuszczać, że również dalszy rozwój i nauka przebiegać będą pomyślnie<sup>2</sup>.

## Proces diagnostyczny jako wymierne wsparcie dziecka w wieku przedszkolnym

Do przygotowania odpowiednich metod i działań stymulujących, mających pomóc dziecku w jego rozwoju, niezbędny jest wywiad na jego temat. Nauczyciel sprawdza, z jakiego środowiska pochodzi dziecko, jaki był jego dotychczasowy rozwój, jakie ma zdolności, co go motywuje, z czym ma problemy. Podczas planowania działań oraz układania programu dla każdego dziecka, dostosowanego do jego indywidualnych potrzeb, bardzo ważne są wiedza i kwalifikacje z zakresu psychologii rozwojowej. Warunkuje to możliwość określenia, w jakiej fazie rozwojowej dziecko się znajduje i jakie są jego

<sup>1</sup> H. Sedláčková, Z. Syslová, L. Štěpánková, *Hodnocení výsledků předškolního vzdělávání*, Praha 2012, s. 23.

<sup>2</sup> *Metodika pro podporu individualizace vzdělávání* Výzkumný ústav pedagogický v Praze 2007, s. 7.



możliwości. Znajomość diagnostyki pedagogicznej odpowiada za możliwość wypracowania efektywnego systemu poznawania dziecka, według którego celowa obserwacja i planowanie rozwoju oraz postępów przyniosą oczekiwane rezultaty.

Podczas diagnozowania pedagogicznego nauczyciel koncentruje się na wybranych sferach – określa osiągnięty poziom wiedzy i umiejętności, które powinny zostać uzupełnione o dane na temat dziecka. Uwaga zostaje skupiona przede wszystkim na sferze procesualnej, dotyczącej wychowania i nauczania, tzn. diagnostyki pracy nauczycielskiej i użytych procedur metodycznych. Nauczyciel obserwuje nie tylko wynik, ale także proces, określając przy tym negatywne i pozytywne kierunki w rozwoju małego dziecka.

Rozróżniamy dwa podstawowe rodzaje diagnozowania: formalne i nieformalne. Najczęściej ma miejsce niewystarczające dla celowego i zindywidualizowanego rozwoju dziecka diagnozowanie nieformalne, przeprowadzane przez nauczyciela spontanicznie i praktycznie nieprzerwanie, fragmentarycznie rejestrując zachowanie podopiecznego. Spostrzeżenia pedagoga oraz ich interpretacja związane są często z tzw. atrybucją kauzalną, ale także z innymi błędami diagnostycznymi. Przeciwnościem diagnozowania zindywidualizowanego jest korzystne dla dziecka diagnozowanie formalne, w trakcie którego nauczyciel pracuje według określonego schematu, mającego swoje zasady, uprzednio zdefiniowane metody i procedury, a także harmonogram wyznaczony na podstawie informacji uzyskanych przez nauczyciela, zanotowanych z różnych źródeł, wykorzystywanych do systematycznej pracy.

Diagnostyka pedagogiczna to proces długotrwały, przebiegający spiralnie, który musi brać pod uwagę wszystkie czynniki wpływające na rozwój dziecka. Nauczyciel, opierając się na swojej wiedzy, wybiera optymalne procedury, zmienia warunki i w ten sposób wspiera i stymuluje rozwój dziecka. W trakcie kolejnych obserwacji ocenia prawidłowość obranej drogi i wprowadza ewentualne modyfikacje.

W pracy diagnostycznej nauczyciela pojawia się jednak wiele problemów. Mogą one wynikać z przyczyn zewnętrznych, związanych z niewystarczającym przygotowaniem w tej dziedzinie i objawiają się nieznanymi psychologii rozwojowej, a przede wszystkim zagadnień diagnostyki pedagogicznej. Jedną z przyczyn może być niewystarczające wykształcenie nauczycieli przedszkoleni, którzy uzyskali je albo w czasach, kiedy programy średnich szkół pedagogicznych nie obejmowały rozwoju zdolności diagnostycznych, albo we współczesnych średnich szkołach pedagogicznych ze specjalizacją „pedagogika przedszkolna i pozaszkolna”, oferującą szerokie możliwości zatrudnienia – w świetlicy szkolnej, centrach wolnego czasu, ośrodkach opieki dziennej, domach dziecka itd. Można przypuszczać, że tak szeroka specjalizacja nie zapewnia wystarczających umiejętności potrzebnych nauczycielom przedszkoli. Z drugiej strony program kształcenia w tym zawodzie na uczelniach wyższych

uwzględnia rozwój umiejętności diagnostycznych, problemem jest jednak to, że po studiach bardzo mało nauczycieli pracuje w zawodzie<sup>3</sup>.

## Diagnozowanie w pracy nauczyciela przedszkola – komunikat z badań

W związku z problemem zewnętrznych przyczyn diagnozowania przez nauczycieli przedszkoli przeprowadzone zostało badanie określające obciążenie czasowe nauczycielek przy prowadzeniu ewaluacji wyników w nauce dziecka. Do udziału zaproszono 30 przedstawicielek z czterech przedszkoli. Sformułowano zagadnienia badawcze, do których respondentki odnosiły się zgodnie z własnym przekonaniem:

Ewaluacja postępów w nauce jest dla Pani i Pani pracy:

- obciążająca czasowo ○○○○ nieobciążająca czasowo;
- trudna, ponieważ zbyt specjalistyczna ○○○○ łatwa, choć specjalistyczna;
- wzbogaca wiedzę ○○○○ potwierdza to, co już wiem;
- podnosi jakość nauczania ○○○○ nie ma wpływu na nauczanie.

Tabela 1. Ewaluacja postępów w nauce w opinii badanych nauczycieli

Ewaluacja postępów w nauce jest dla Pani i Pani pracy:						
	obciążająca czasowo	0	0	0	0	nieobciążająca czasowo
Liczba		16	7	-	7	
	trudna, ponieważ zbyt specjalistyczna	0	0	0	0	łatwa, choć specjalistyczna
Liczba		14	9	2	5	
	wzbogaca wiedzę	0	0	0	0	potwierdza to, co już wiem
Liczba		16	4	2	8	
	podnosi jakość nauczania	0	0	0	0	nie ma wpływu na nauczanie
Liczba		23	5	-	2	

Źródło wszystkich tabel w tym artykule: opracowanie własne.

Badani nauczyciele w przeważającej większości zajęli jednoznaczne stanowisko dotyczące prowadzenia ewaluacji wyników w nauce dzieci. Analiza wyników wskazuje, iż:

- jest ona obciążająca czasowo;
- jest trudna z uwagą na wymaganą wiedzę specjalistyczną;

<sup>3</sup> H. Sedláčková, Z. Syslová, L. Štěpánková, *op. cit.*, s. 24–25.

- wzbogaca wiedzę nauczycieli, co przekłada się na podniesienie jakości nauczania.

Badania potwierdziły również – wspomnianą wcześniej – nieznaną diagnostyki pedagogicznej – czyli występującą w ankiecie specjalistyczną. Braki te mogą zostać uzupełnione w ramach dalszego kształcenia. Jak zostało już zaznaczone, zdecydowana większość nauczycielek zdobywała zawód w dawnych średnich szkołach pedagogicznych, których programy nie przewidywały rozwijania umiejętności diagnostycznych, lub w obecnych, niezapewniających wystarczających umiejętności diagnostycznych potrzebnych nauczycielom przedszkoli. Problem dalszego kształcenia nauczycieli oraz ich zainteresowanie uzupełnieniem lub rozszerzeniem swoich aktualnych wiadomości z dziedziny psychologii rozwojowej, której nieznaną same nauczycielki wymieniły jako drugą z zewnętrznych przyczyn problemów związanych z diagnozowaniem u nauczycieli przedszkoli, został zbadany za pośrednictwem drugiego i trzeciego pytania ankiety.

Drugie pytanie dotyczyło problemu wpływu długości stażu zawodowego nauczycieli przedszkoli na ich gotowość do dalszego kształcenia przy założeniu, że ta grupa zawodowa wyżej ceni doświadczenie niż dalsze kształcenie teoretyczne. Brzmiało ono: Czy jest Pani zdania, że wraz z długością stażu zawodowego nauczycielki przedszkolnej zmniejsza się konieczność jej dalszego kształcenia, ponieważ umiejętności praktyczne są cenniejsze od wiedzy teoretycznej?

Tabela 2. Staż pracy a konieczność dalszego kształcenia

Staż pracy w zawodzie	Tak	Nie
do 5 lat	0	6
6–10 lat	0	3
11–15 lat	1	4
16–20 lat	0	4
21–25 lat	2	0
26 lat lub więcej	6	4
<b>Suma</b>	<b>9</b>	<b>21</b>

Dziewięć spośród ankietowanych nauczycielek wskazało, że praktyka daje doświadczenie, które bardzo dobrze zastępuje kształcenie teoretyczne, zatem im dłuższym stażem legitymuje się nauczyciel, tym mniejsza zachodzi, według nich, potrzeba dalszego kształcenia. Duża część badanych nie potwierdza tego związku. Pogląd o wartości doświadczenia zawodowego i długości praktyki jednoznacznie przeważał wśród respondentek z dłuższą praktyką, w przeciwieństwie do pracujących w przedszkolu krótko.

Odpowiedzi badanych nauczycieli na trzecie pytanie ankiety dopełniają informacje uzyskane odnośnie do pytania pierwszego, w którym poruszają oni problem swoich braków w wiedzy specjalistycznej. Jeżeli nauczycielki chcia-

łyby się kształcić, jakie konkretnie dziedziny wybrałyby, aby poszerzać swoją wiedzę i umiejętności? Pytanie trzecie brzmiało: W której z dziedzin chciałaby Pani pogłębić wiadomości w ramach dalszego kształcenia?

Tabela 3. Dalsze kształcenie a preferowane dziedziny wiedzy

Preferowane dziedziny wiedzy	
Dziedziny kształcenia	Liczba
psychologia rozwojowa	13
relacje z dziećmi	3
umiejętności politechniczne	3
profilaktyka logopedyczna	9
w dziedzinie muzyki i wychowania plastycznego	2

Z badania wynika potrzeba kształcenia się w dziedzinie psychologii rozwojowej, którą wybrało 13 z ankietowanych nauczycielek, czyli największa grupa. Taki stan rzeczy jednoznacznie wskazuje na ścisły związek z problemami z ewaluacją wyników dzieci w nauce (zostało to stwierdzone na podstawie odpowiedzi na pierwsze pytanie).

### Złożoność procesu diagnozowania – przyczyny problemów

Problemy związane z diagnozowaniem wynikają z przyczyn wewnętrznych, w przypadku których sam nauczyciel jest środkiem diagnozującym, chodzi więc o subiektywny punkt widzenia. Połączenie przyczyn wewnętrznych i zewnętrznych może skutkować szeregiem błędów, do których zalicza się sposób oceny: łagodnej, ostrej, uśrednionej, ekstremalnej.

Błędami mogą być także: błąd projekcyjny, wnioski sformułowane na podstawie informacji niepełnych, wnioski uogólnione i niekonkretne, cechy związane z wiekiem traktowane jako cechy pojedynczej osoby, pochopne wnioski, nieznanostwo związków przyczynowo-skutkowych, przeniesienie wiedzy z jednej dziedziny do innej.

Podczas diagnozowania nauczyciel powinien dbać o przestrzeganie następujących zasad:

- indywidualność – tworzenie mapy postępów indywidualnych;
- kompleksowość – nie tylko jedno źródło, ale obiektywne informacje z większej liczby sytuacji i źródeł;
- integratywność – diagnozowanie wszystkich oddziałujących na siebie sfer charakteru;
- kontynualność – informacje ze strony rodziny i przekazywanie ich na dalszy poziom szkoły;
- konkretność – informacje muszą być sformułowane w sposób konkretny;
- obiektywność – bez uprzedzeń, rzeczowe spostrzeżenia;

- konsensualność – zgodność wszystkich uczestników co do interpretacji zebranych danych;
- charakter prognostyczny – projekcja na kształcenie przyszłe;
- optymizm pedagogiczny – zorientowanie na zalety;
- etyczna i pedagogiczna odpowiedzialność i fachowość<sup>4</sup>.

Proces diagnostyki pedagogicznej w przedszkolu realizuje się w poszczególnych fazach, które składają się z kilku etapów przebiegających bądź równolegle, bądź jeden po drugim. Rozróżniamy trzy podstawowe poziomy diagnostowania: wstępne, ciągłe i końcowe.

Częścią prowadzonej przez nauczyciela diagnostyki jest ewaluacja, w której określa on kompletne informacje o dziecku i formułuje wnioski potrzebne do planowania i stymulacji jego dalszego rozwoju. Chodzi więc o rozwój całej osobowości wychowanka i wpojenie mu uczenia się przez całe życie oraz wspomaganie rozwoju jego umiejętności samooceny. Nauczyciel potrzebuje kompetencji diagnostycznych, ponieważ to, jakim sposobem przeprowadzi ewaluację, będzie miało wpływ na jakość nauczania, jakość rozwoju osobowości każdego z dzieci, a także klimat panujący w grupie. Istnieje wiele typów ewaluacji. Poniżej przedstawiony zostanie ich podział według Sedláckovej, Syslovej, Štěpánkovéj:

1. Z punktu widzenia celowości i gotowości:
  - a) ewaluacja instynktowna – chodzi o ocenę powierzchniową i raczej intuicyjną;
  - b) ewaluacja celowa – wykorzystywana przez nauczycielkę z rozmysłem.
2. Z punktu widzenia procesu uczenia:
  - a) ewaluacja formatywna – oferuje dziecku informacje o tym, jak przebiega jego rozwój, nauka, ale także gra czy działanie;
  - b) ewaluacja konkluzywna – zorientowana na efekty.
3. Z czasowego punktu widzenia:
  - a) ewaluacja wstępna;
  - b) ewaluacja ciągła;
  - c) ewaluacja sumatywna (kończąca).
4. Na podstawie rodzaju odniesienia:
  - a) normatywna – chodzi o ocenę wyników dzieci za pomocą porównania;
  - b) ocena kryterialna – ocena wyników dziecka lub jego zachowania oparta na kryteriach<sup>5</sup>.

Aby ewaluacja była efektywna i prawidłowa, powinna pełnić przede wszystkim:

- **funkcję poznawczą**, poprzez oferowanie dziecku wystarczającej ilości konkretnych informacji, by mogło lepiej się orientować w swoich

<sup>4</sup> *Ibidem*, s. 28.

<sup>5</sup> *Ibidem*, s. 11–13.

umiejętnościach, ze szczególnym uwzględnieniem silnych stron jego osobowości, nauczycielce zaś powinna dać informacje o tym, czy jej podopieczny rozwija się zgodnie z założonymi celami;

- **funkcję naprawczo-sprawczą**, kiedy ewaluacja pokazuje dziecku, jak polepszyć swoje wyniki;
- **funkcję motywacyjną** – ewaluacja taka natchnie do lepszej nauki, jednocześnie nie zniechęcając do niej;
- **funkcję rozwijającą** – wpływającą na całkowity rozwój osobowości dziecka, tworząc w ten sposób jego samoświadomość, samoocenę.

Jak zauważono wcześniej, istnieje cały szereg rodzajów ewaluacji (według Sedláčkovéj, Syslovej, Štěpánkovéj), które można wykorzystać w pracy w przedszkolu. Nauczyciel powinien używać przede wszystkim ewaluacji formatywnej i kryterialnej, co wpływa na kształtowanie się samoświadomości dziecka, indywidualizację nauczania oraz samoocenę<sup>6</sup>.

Diagnostykę możemy uważać za system posiadający co najmniej następujące elementy:

- cel oraz przedmiot diagnozowania;
- osobowość diagnosty;
- procedury i metody diagnostyczne.

Celem diagnostyki jest stwierdzenie aktualnego stanu rozwoju dziecka w konkretnych warunkach wychowawczych oraz sformułowanie wniosków dotyczących jego zmiany. Chodzi tutaj nie tylko o określenie braków, opóźnień, błędów, ale także o identyfikację zalet, określenie rezerw, potencjału i poziomu rozwoju dziecka. Diagnostyce podlegają poszczególne sfery osobowości dziecka: kognitywna, afektywna, socjalno-moralna, estetyczna, psychomotoryczna, relacje z rówieśnikami, problemy z nauką oraz wychowawcze. Diagnozowane jest nie tylko dziecko, ale także przyczyny zaistniałego stanu i czynniki warunkujące jego rozwój<sup>7</sup>.

## Konkluzja

Diagnostyka pedagogiczna jest ściśle związana z indywidualizacją nauczania, przy czym możliwość rozróżnienia oczekiwań w stosunku do poszczególnych dzieci opartego na ich predyspozycjach pojawia się dopiero po ich poznaniu. Celem nadrzędnym działań każdego przedszkola jest stworzenie efektywnego systemu poznawania wychowanków<sup>8</sup>, co ma służyć wspieraniu ich rozwoju.

W edukacji przedszkolnej pojawia się dużo sytuacji, których analizy stają się swoistym zwierciadłem rozwoju wiele mówiącym nauczycielowi na temat

<sup>6</sup> *Ibidem*, s. 13, 14.

<sup>7</sup> Z. Kollariková, B. Pupala, *Předškolní a primární pedagogika*, Praha 2010, s. 235–236.

<sup>8</sup> H. Sedláčková, Z. Syslová, L. Štěpánková, *op. cit.*, s. 43.

dziecka, ale zrozumienie tego, co ono nam komunikuje swoim zachowaniem, nie jest łatwe. Nauczyciel porównuje reakcje różnych swoich podopiecznych w takiej samej sytuacji, co pomaga mu w dostrzeżeniu zachowań wspólnych oraz indywidualnych, typowych dla poszczególnych dzieci. W ten sposób formułuje opinię zarówno o konkretnym dziecku, jak i o całej grupie. Współczesne indywidualne podejście do nauczania opiera się na założeniu, że nauczyciel dobrze zna wszystkich swoich wychowanków, monitoruje ich przez cały czas pobytu w przedszkolu, stara się rozumieć ich potrzeby, obserwuje sukcesy, rozwój i doskonalenie wiedzy na przestrzeni czasu, tak by mógł znaleźć dla każdego z nich jak najlepsze podejście, najodpowiedniejsze metody oraz zajęcia. Użycie metod diagnostycznych daje więc konkretną wiedzę o dziecku oraz informacje zwrotne, bez których praca nauczyciela straciłaby większość swojego sensu<sup>9</sup>.

## Bibliografia

- Kolláriková Z., Pupala B., *Předškolní a primární pedagogika*, Praha 2010.  
*Metodika pro podporu individualizace vzdělávání Výzkumný ústav pedagogický v Praze 2007*, s. 7.  
Sedláčková H., Syslová Z., Štěpánková L., *Hodnocení výsledků předškolního vzdělávání*, Praha 2012.  
Smolíková K., *Metodika pro podporu individualizace vzdělávání*, Praha 2007.

## Diagnostyka pedagogiczna w przedszkolu

**Streszczenie:** Niniejszy artykuł opisuje diagnostykę pedagogiczną we współczesnym przedszkolu oraz jej ścisłe powiązanie z indywidualizacją nauczania przedszkolnego. Tłumaczy proces diagnozowania pedagogicznego, objaśnia problemy związane z diagnostyką nauczycieli przedszkola, opisuje użycie metod diagnostycznych przez nauczycieli w edukacji dziecka.

**Słowa kluczowe:** nauczanie przedszkolne, nauczanie dziecka, diagnostyka pedagogiczna, diagnostyka prowadzona przez nauczycielki

## Pedagogical diagnostics in preschool

**Summary:** This contribution demonstrates pedagogical diagnostics in present preschools, which is closely associated with the individualization of preschool education. It clarifies the process of pedagogical diagnosis, explains the problems in diagnostic activities of preschool teachers and describes the use of diagnostic methods by teachers during child education.

**Keywords:** pre-school education, education of a child, pedagogical diagnostics, diagnostic activities of teachers

---

<sup>9</sup> K. Smolíková, *Metodika pro podporu individualizace vzdělávání*, Praha 2007.

Simona Hendrychová

## Diagnostyka pedagogiczna nauczyciela przedszkola

### Wprowadzenie

Diagnostyka pedagogiczna jest zdefiniowana jako

[...] kompleksowa procedura, której celem jest poznawanie, ocenianie i klasyfikowanie procesu wychowawczego i nauczania wraz z jego aktorami. Ukierunkowana jest na sferę umiejętności, tj. określanie osiągniętego poziomu wiedzy, umiejętności, zwyczajów, zachowań, zainteresowań, motywacji, a także określanie poziomu emocjonalnego i socjalnego dziecka itd., oraz na sferę procesualną, tj. w jaki sposób przebiega proces wychowawczy, w jaki sposób wpływa na dziecko, które procedury są pożyteczne i w jakich warunkach<sup>1</sup>.

Diagnostykę pedagogiczną rozumieć możemy w sposób dwojaki: zarówno jako praktyczne działania diagnostyczne, jak i jako teorię pracy diagnostycznej w procesie wychowawczym. L. Mojžíšek rozróżnia trzy poziomy diagnostyki pedagogicznej:

1. Naukową diagnostykę pedagogiczną i diagnozę, ściśle przeprowadzaną przez pracowników naukowych, mających wiedzę na temat warunków formowania się osobowości ucznia i aktualny przegląd złożonego procesu wychowawczego, w którym dochodzi do integracji czynników celowych i związanych z umiejętnościami, a także metod i form organizacyjnych. Zdaniem Mojžíška wpływ na osobowość ucznia wywierany jest w sferach wiedzy, umiejętności, zwyczajów, poglądów, zainteresowań i charakteru.
2. Diagnostykę pedagogiczną typu doradczego, analityczną i ukierunkowaną w szczególności na doradztwo. Chodzi tu o dyscyplinę praktyczną prowadzącą do diagnozy pedagogicznej i konkretnej interwencji pedagogicznej. Niezbędne jest, aby była ona przeprowadzana ze znajomością celów wychowawczych, środków wychowawczych włącznie z metodami, diagnozą, prognozą i regulacją.

---

<sup>1</sup> Z. Kolář i in., *Výkladový slovník z pedagogiky*, Praha 2012, s. 28.



3. Diagnostykę i diagnozę nauczycielską, które również powinny być dokładne i poprawne oraz spełniać wymogi bieżącej praktyki szkolnej<sup>2</sup>.

Zdaniem S. Kašpárkové przedmiotem zainteresowania diagnostyki pedagogicznej jest głównie dziecko w procesie wychowawczym i kształcenia. „Przez diagnostykę pedagogiczną rozumie się uzyskanie informacji zwrotnej w praktyce pedagogicznej, na podstawie której pedagodzy mogą powziąć informacje o przebiegu i jakości procesu wychowawczego”<sup>3</sup>.

V. Mertin i S. Krejčová zaznaczają, że poznawanie ucznia należy do podstawowych umiejętności zawodowych nauczyciela. Trzeba sobie uświadomić, że wszelka działalność edukacyjna zawiera w sobie nie tylko aspekt interwencyjny, tj. wychowawczo-kształcący, ale także aspekt diagnostyczny. Diagnostyka jest więc naturalną i nierozłączną częścią każdej działalności nauczyciela, rodzica, a także samego ucznia, bez względu na to, czy zdajemy sobie z tego sprawę czy nie, i czy nazywamy ją w ten sposób bądź mówimy tylko o poznaniu dziecka, ewaluacji, informacji zwrotnej, testowaniu itp. Nauczyciel potrzebuje jak najlepiej poznać dziecko w każdym aspekcie, aby wyniki ich wspólnej pracy mogły być jak najlepsze<sup>4</sup>.

E. Zajitzová píše, że diagnostykę w ramach procesów pedagogicznych dzielimy na:

- nieformalną – nauczyciel prowadzi ją ciągle, nieustannie i spontanicznie. Mapuje i ocenia zjawiska zachodzące w procesie kształcenia i poszukuje odpowiednich rozwiązań w zaistniałej sytuacji;
- formalną – dokładnie i jasno określona i zaplanowana na poszczególnych częściowych etapach procesu nauczania. Stwierdzone wyniki są następnie odnotowywane, opracowywane i oceniane. Do ewidencjonowania konkretnych zjawisk czy pozyskanych danych stosuje się najczęściej arkusze i protokoły<sup>5</sup>.

Diagnostyka pedagogiczna używa całego szeregu diagnostycznych metod poznania dziecka, do których należą w szczególności obserwacje, ankiety, wywiady i analiza działań dziecka (produktów). Bardzo ważne jest, aby nauczyciel wiedział, o które metody chodzi, znał ich zalety i potencjalne mankamenty<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> L. Mojžíšek, za: S. Kašpárková, *Pedagogická diagnostika třídy a žáka*, Zlín 2009, s. 8.

<sup>3</sup> E. Zajitzová, *Tvorba nástroje pro hodnocení komunikativních kompetencí dětí předškolního věku*, „e-Pedagogium” 2011, nr 1, s. 64.

<sup>4</sup> V. Mertin i in., *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*, Praha 2012, s. 19.

<sup>5</sup> E. Zajitzová, *op. cit.*, s. 65.

<sup>6</sup> H. Sedláčková, Z. Syslová, L. Štěpánková, *Hodnocení výsledků předškolního vzdělávání*, Praha 2012, s. 28.

## Metody używane w diagnostyce pedagogicznej

Obserwacja – jedna z najważniejszych metod diagnostyki pedagogicznej. Bywa definiowana jako celowe i ukierunkowane postrzeganie, którego celem jest rozpoznanie najważniejszych przymiotów obserwowanej osoby<sup>7</sup>. Jest nieodłączną częścią procesu diagnostycznego. Chodzi tutaj o proces systematycznego monitorowania i odnotowywania działalności dziecka. Obserwacja ma na celu podjęcie decyzji w zakresie jego optymalnego prowadzenia. Ukierunkowana bywa na takie działania dziecka, które możemy zobaczyć, słyszeć, mierzyć<sup>8</sup>.

Wywiad – zaliczany jest do metod eksploracyjnych. Wymaga od stosującego go w praktyce fachowca dużego doświadczenia. Umożliwia mu bezpośrednią interakcję z badaną osobą. Wywiad diagnostyczny może być moderowany lub spontaniczny<sup>9</sup>. O. Zelinková pisze, że jest on wykorzystywany w szczególności w przypadkach, kiedy oczekujemy osobistych i najczęściej także szczerych odpowiedzi<sup>10</sup>.

Anamneza – należy do metod pozatestowych, zajmujących się określaniem i zbieraniem ważnych okoliczności psychologicznych i rozwojowych, które dotyczą indywidualnej historii osobnika od okresu prenatalnego aż po współczesność. Dane pozyskiwane są metodą wywiadu anamnestycznego, względnie ankiety anamnestycznej<sup>11</sup>. D. Přenosilová dodaje, że anamnezę prowadzić można na kilku poziomach, przede wszystkim – rodzinnym, osobowym, medycznym, psychologicznym i pedagogicznym<sup>12</sup>.

Analiza wyników działania – podaje informacje o osiągniętym poziomie wiedzy i umiejętności, o zainteresowaniach, względnie także o brakach, problemach czy trudnościach konkretnej osoby<sup>13</sup>. Można w nią włączyć analizę ćwiczeń, analizę wyników pracy oraz gier i zabaw, a także analizę rysunków dziecka<sup>14</sup>.

Test – pewien rodzaj sprawdzianu, zorientowanego na określenie poziomu w konkretnej dziedzinie i będącego narzędziem diagnostycznym, nie tylko w pedagogice, ale także w psychologii<sup>15</sup>. Wyróżniamy psychologiczne testy standaryzowane zorientowane na pomiar umiejętności, uzdolnień, osiągnięć, poglądów, zainteresowań, funkcji kognitywnych, także testy do celów pedagogicznych, które tworzone są do przyrostowego poznawania i wykorzystywane do oceny stanu, postępu lub zdolności i umiejętności zdobytych przez osobę lub grupę<sup>16</sup>.

<sup>7</sup> D. Přenosilová, *Diagnostika ve speciální pedagogice*, Brno 2007, s. 38.

<sup>8</sup> O. Zelinková, *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*, Praha 2007, s. 28.

<sup>9</sup> D. Přenosilová, *op. cit.*, s. 38.

<sup>10</sup> O. Zelinková, *op. cit.*, s. 28.

<sup>11</sup> S. Kašpárková, *Pedagogická diagnostika třídy a žáka*, Zlín 2009, s. 33.

<sup>12</sup> D. Přenosilová, *op. cit.*, s. 37.

<sup>13</sup> *Ibidem*, s. 38.

<sup>14</sup> H. Sedláčková, Z. Syslová, L. Štěpánková, *op. cit.*, s. 33.

<sup>15</sup> S. Kašpárková, *op. cit.*, s. 34.

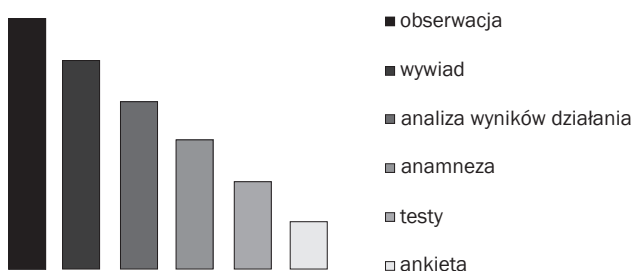
<sup>16</sup> H. Sedláčková, Z. Syslová, L. Štěpánková, *op. cit.*, s. 35.

Ankieta – wykorzystywana w przedszkolach głównie do pozyskiwania informacji od rodziców<sup>17</sup>. Jest to sposób pisemnego zadawania pytań i otrzymywania pisemnych odpowiedzi, umożliwiający uzyskanie potrzebnych danych od wielkiej grupy respondentów we względnie krótkim czasie<sup>18</sup>.

## Metody diagnostyczne wykorzystywane przez nauczycieli przedszkola – badania własne

W ramach realizowanych w przedszkolach badań ustalono, które z powyższych metod są najczęściej wykorzystywane w procesie diagnostycznym przez nauczycieli przedszkolnych.

Wykres 1. Częstotliwość użycia metod diagnostycznych przez nauczycieli przedszkola



Źródło wszystkich wykresów w tym artykule: opracowanie własne.

90

Z uzyskanych danych wynika, że nauczyciele w procesie diagnozy używają najczęściej metody obserwacji, wywiadu oraz analizy wyników działania. Najrzadziej wykorzystywane są metody testowe oraz ankiety.

Celem diagnostyki pedagogicznej jest określenie stanu rozwoju dziecka, na który wpływ miało wychowanie, tzn. ustalenie tego, jak jego rozwój zmienił się pod wpływem nauczania, nauczyciela oraz środowiska szkolnego<sup>19</sup>.

W okresie przedszkolnym dochodzi u dziecka do gwałtownego wzrostu we wszystkich sferach. Przedszkole spełnia w tym czasie ważną rolę w zharmonizowaniu jego rozwoju. Powinno również mieć swój udział w wyrównywaniu szans i minimalizowaniu problemów, które mogą wystąpić na początku realizacji obowiązku szkolnego. Opierając się na ciągłej obserwacji dziecka, jego mocnych i słabych stron, nauczyciel formułuje taki program nauczania,

<sup>17</sup> *Ibidem*, s. 32.

<sup>18</sup> O. Zelinková, *op. cit.*, s. 35.

<sup>19</sup> Z. Koláriková, B. Pupala, *Předškolní a primární pedagogika*, Praha 2001, s. 238

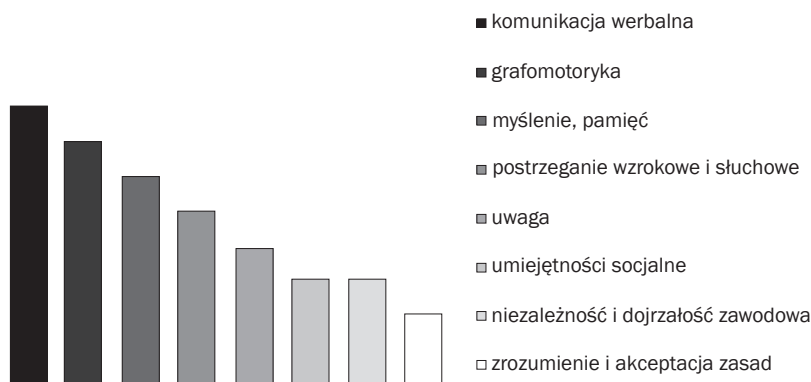
który pomaga w osiągnięciu przez nie kluczowych kompetencji oraz rozwoju osobowości, zgodnie z jego indywidualnymi potrzebami<sup>20</sup>.

Kształcenie przedszkolne stanowi początkowy etap nauczania. Umożliwia zyskanie przez dzieci kompetencji kluczowych, które są dla nich bardzo ważne z punktu widzenia późniejszego obowiązku szkolnego. Kompetencje te określa Ramowy Program Edukacji dla Edukacji Przedszkolnej (Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání). E. Zajitzová dodaje, że

Z punktu widzenia ważności zdobywania podstawowych kompetencji kluczowych już w wieku przedszkolnym zachodzi potrzeba systematycznego rozwoju całościowej osobowości dziecka. Jeśli kształcenie przedszkolne ma być efektywne oraz mieć znaczący udział w rozwoju kompetencji kluczowych, należy ustawicznie mapować i diagnozować poziom dzieci w poszczególnych sferach rozwoju. Na podstawie wyników diagnostyki pedagogicznej można uzupełnić ewentualnie stwierdzone braki, wyeliminować problemy i zapewnić dziecku pomoc w przyswojeniu podstawowych kompetencji kluczowych oraz powodzenie w kontynuowaniu nauki<sup>21</sup>.

W badaniach sprawdzono, na którą ze sfer rozwoju nauczyciel zwraca najczęściej uwagę.

Wykres 2. Sfery, na które nauczyciel przedszkola najczęściej zwraca uwagę w procesie diagnozy



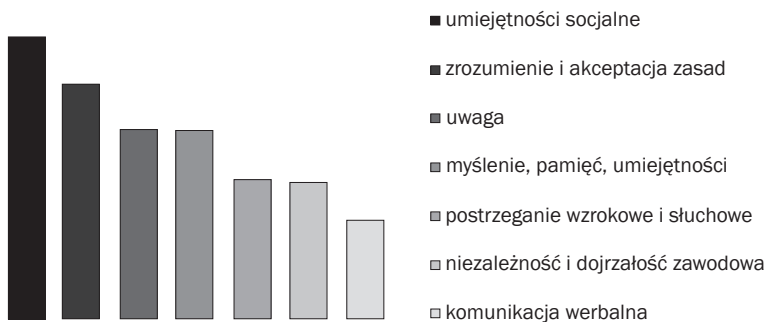
Z powyższego wykresu wynika, że w ramach procesu diagnostycznego nauczyciel poświęca uwagę wszystkim dziedzinom w równym stopniu. Sfery komunikacji werbalnej, grafomotoryki, myślenia, pamięci i umiejętności są w ramach diagnostyki obserwowane nieco częściej niż, przykładowo, sfera zrozumienia i akceptacji ustalonych reguł czy zdolności socjalnych.

<sup>20</sup> H. Sedláčková, Z. Syslová, L. Štěpánková, *op. cit.*, s. 68.

<sup>21</sup> E. Zajitzová, *op. cit.*, s. 61.

W ramach badań własnych ustalono także, które z wymienionych wyżej sfer z punktu widzenia diagnostyki sprawiają największe trudności.

Wykres 3. Sfery najtrudniejsze do oceny dla nauczycieli przedszkola w procesie diagnostyki dziecka



Z wykresu 3 wynika, że ankietowanym nauczycielom najtrudniej jest ocenić sferę zdolności społecznych, zrozumienia i akceptacji ustalonych zasad oraz uwagi. Na przeciwnym biegunie znajdują się komunikacja werbalna, niezależność i dojrzałość zawodowa, grafomotoryka, pojmowanie wzrokowe i słuchowe, które nauczycielom ocenia się najłatwiej.

Na pytanie o to, jak często w czasie roku szkolnego badani nauczyciele przeprowadzają diagnostykę dzieci w wymienionych sferach, odpowiedzieli, że odbywa się ona nieustannie, podczas całego procesu kształcenia, według potrzeb, przy czym dokumentacja diagnostyki dziecka wypełniana jest regularnie co pół roku.

## Konkluzja

Z danych uzyskanych podczas badania wynika, że ankietowani nauczyciele przedszkola w ramach prowadzonej diagnostyki pedagogicznej najczęściej stosują obserwację i wywiad oraz analizę wyników działania. Pozostałych z wymienionych metod używają dużo rzadziej, według aktualnych potrzeb. Podczas diagnozowania nauczyciele kompleksowo zajmują się wszystkimi obserwowanymi dziedzinami, niemniej jednak preferowana przez nich jest sfera rozwoju kognitywnego, której poświęcają więcej uwagi niż sferze zdolności społecznych. Te ostatnie zostały przez respondentów ocenione jako najtrudniejsze do sklasyfikowania spośród wszystkich obserwowanych sfer.

## Bibliografia

- Kašpárková S., *Pedagogická diagnostika třídy a žáka*, Zlín 2009.
- Koláriková Z., Pupala B., *Předškolní a primární pedagogika*, Praha 2001.
- Kolář Z. i in., *Výkladový slovník z pedagogiky*, Praha 2012.
- Mertin V. i in., *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*, Praha 2012.
- Přenosilová D., *Diagnostika ve speciální pedagogice*, Brno 2007.
- Sedláčková H., Syslová Z., Štěpánková L., *Hodnocení výsledků předškolního vzdělávání*, Praha 2012.
- Zajitzová E., *Tvorba nástroje pro hodnocení komunikativních kompetencí dětí předškolního věku*, „e-Pedagogium“ 2011, nr 1, s. 64.
- Zelinková O., *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*, Praha 2007.

## Diagnostyka pedagogiczna nauczyciela przedszkola

**Streszczenie:** W moim artykule zajmuję się problematyką diagnostyki pedagogicznej dziecka w przedszkolu. Zwięźle opisuję używane najczęściej metody diagnostyczne i ich wykorzystanie w praktyce diagnostycznej. Opisuję także dziedziny pedagogiki diagnostycznej dziecka w wieku przedszkolnym i zajmuję się ich oceną z punktu widzenia nauczycieli przedszkolnych.

**Słowa kluczowe:** dziecko w wieku przedszkolnym, kształcenie przedszkolne, diagnostyka pedagogiczna, metody diagnostyki pedagogicznej, zakres kształcenia, nauczyciel przedszkolny

## Educational diagnostics of a preschool teacher

**Summary:** In my contribution I deal with the issue of pedagogical diagnosis of a child in preschool. I briefly describe the most commonly used diagnostic methods and their use in diagnostic practice. I also describe the areas of pedagogical diagnosis of preschool age and deal with their evaluation from the perspective of preschool teachers.

**Keywords:** pre-school aged child, pre-school education, educational diagnostic, methods of educational diagnostic, educational areas, preschool teacher



Natalia Gumińska  
Magdalena Zając

## Diagnoza pedagogiczna w placówkach opiekuńczo-wychowawczych szansą na optymalny rozwój dziecka

### Wprowadzenie

Analiza obszarów diagnozowania jednostki kierowanej do instytucjonalnej pieczy zastępczej ma ogromne znaczenia dla zrozumienia ważności tego działania. Według danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w instytucjonalnej pieczy zastępczej na dzień 31 grudnia 2012 roku wychowywało się 20 525 osób. Odpowiedzialność za kierowanie ich procesem wychowawczym spoczywa na osobach zatrudnianych w odpowiednich placówkach. Sytuacja każdego dziecka kierowanego do tego rodzaju instytucji jest odmienna. Jednostkowy los jest niepowtarzalny i należy go rozpatrywać indywidualnie. Doświadczenia, problemy, emocje – to właśnie zagadnienia wykraczające poza to, co obiektywne i wynikające z pewnych reguł. Rozpoznanie tych niepowtarzalnych procesów, ciągów zdarzeń, powodujących obserwowane w momencie poznania dziecka rezultaty, ma ogromne znaczenie dla projektowania indywidualnego planu pracy z jednostką.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie znaczenia poznania sytuacji życiowej wychowanka umieszczonego w instytucjonalnej pieczy zastępczej poprzez prowadzenie rzetelnej diagnozy poziomu jego rozwoju, gdyż determinuje to działania podejmowane względem niego. Adekwatność działań osób odpowiedzialnych za sprawowanie opieki implikuje optymalny rozwój jednostki.

95

### Rola instytucjonalnej formy pieczy zastępczej w systemie pomocy dziecku i rodzinie

Każde dziecko ma prawo do wychowania w rodzinie, co regulują akty prawne. Konwencja o prawach dziecka stanowi, iż dziecko w celu pełnego i harmonijnego rozwoju swojej osobowości powinno wychowywać się w środowisku rodzinnym w atmosferze szczęścia, miłości i zrozumienia<sup>1</sup>. Natomiast władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do jego wychowania. Powinna ona być tak

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r., Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 1964 r. Nr 9, poz. 59, z późn. zm., art. 95, § 1).



wykonywana, jak wymaga tego dobro dziecka<sup>2</sup>, czyli z troską o jego rozwój, zarówno fizyczny, jak i duchowy<sup>3</sup>. Niewywiązywanie się z funkcji rodzicielskich z powodu trwałej przeszkody, nadużywanie władzy rodzicielskiej nad dzieckiem (np. rozpijanie go, bicie, znęcanie się nad nim) czy dopuszczanie się rażących zaniedbań względem niego prowadzi do konieczności ingerencji w sferę władzy rodzicielskiej<sup>4</sup>. Gdy dziecko ze względu na swoje dobro nie może pozostawać w środowisku rodzinnym, ma wówczas prawo do specjalnej ochrony<sup>5</sup>. W trosce o dobro dziecka, jednostki, która wymaga szczególnej opieki i pomocy, tworzenia optymalnych warunków do rozwoju, miłości i zrozumienia, należy mu zapewnić godne warunki życia poza środowiskiem rodziny naturalnej.

Dziecko pozbawione częściowo lub całkowicie opieki rodzicielskiej może być umieszczane w rodzinnej formie pieczy zastępczej lub po wyczerpaniu możliwości skierowania do rodzinnej opieki w instytucjonalnej formie pieczy zastępczej<sup>6</sup>.

Zadaniem instytucjonalnej formy pieczy zastępczej jest zapewnienie dziecku ciągłej lub okresowej opieki i wychowania oraz zaspokojenie jego niezbędnych potrzeb bytowych, rozwojowych, w tym emocjonalnych, społecznych, religijnych. Wymienione działania muszą być realizowane co najmniej na poziomie obowiązującego standardu opieki i wychowania. Skierowanie dziecka do instytucjonalnej formy pieczy zastępczej może nastąpić dopiero po wyczerpaniu możliwości udzielenia pomocy w rodzinie. Pobyt w placówce powinien mieć charakter przejściowy – do czasu powrotu dziecka do rodziny naturalnej lub umieszczenia go w rodzinie zastępczej. Jednakże w przypadku braku takiej możliwości dziecko w placówce może pozostawać do uzyskania pełnoletniości, a po uzyskaniu jej, na dotychczasowych zasadach, do ukończenia 25. roku życia, pod warunkiem, że kontynuuje naukę<sup>7</sup>. W ramach różnych form opieki zastępczej rodzic ma prawo do kontaktów z dzieckiem, a także dziecko ma prawo do kontaktów z rodziną oraz bliskimi. Dzieje się tak, dopóki sąd nie postanowi inaczej bądź nie zostanie orzeczona adopcja<sup>8</sup>.

## Regulacje prawne związane z prowadzeniem diagnozy w instytucjonalnej formie pieczy zastępczej

Prowadzenie diagnozy dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej jest działaniem istotnym. Służy ono podjęciu pracy na rzecz pomocy

<sup>2</sup> *Ibidem*, art. 95, § 3.

<sup>3</sup> *Ibidem*, art. 96.

<sup>4</sup> M. Andrzejewski, *Prawna ochrona rodziny*, Warszawa 1999.

<sup>5</sup> Konwencja o prawach dziecka z dnia 20 listopada 1989 r., art. 20.

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 149, art. 112<sup>7</sup>, § 1).

<sup>7</sup> *Ibidem*, art. 37, § 2.

<sup>8</sup> *Ibidem*, art. 3, § 2, 3.

podopiecznemu, poprzez udzielanie mu, odpowiedniego do rozpoznanych potrzeb, wsparcia w rozwoju. W trosce o harmonijny rozwój jednostki, przyszłą samodzielność życiową, a także w celu zapewnienia optymalnych warunków funkcjonowania należy prowadzić proces diagnostyczny.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie instytucjonalnej pieczy zastępczej, niezwłocznie po przyjęciu dziecka do placówki opiekuńczo-wychowawczej, pedagog lub psycholog sporządza jego diagnozę psychofizyczną. Proces diagnostyczny powinien obejmować swym zakresem:

- a) mocne strony dziecka,
- b) potrzeby dziecka w zakresie:
  - opiekuńczym,
  - rozwojowym,
  - emocjonalnym,
  - społecznym,
- c) przyczyny kryzysu w rodzinie,
- d) wpływ kryzysu w rodzinie na rozwój dziecka,
- e) relacje dziecka:
  - z najbliższym otoczeniem,
  - osobami ważnymi dla dziecka,
- f) rozwój dziecka<sup>9</sup>.

Kierując dziecko do instytucjonalnej pieczy zastępczej, powiatowe centrum pomocy rodzinie, właściwe dla miejsca zamieszkania dziecka, przekazuje placówce, do której ma ono trafić:

- odpis aktu urodzenia dziecka;
- jeśli dziecko jest sierotą lub półsierotą – akt(-y) zgonów rodzica(-ów);
- orzeczenie sądu o umieszczeniu dziecka w placówce, a jeśli skierowanie następuje na skutek wniosku rodziców, dziecka lub osoby trzeciej – ów wniosek;
- dokumentację o stanie zdrowia dziecka, w tym kartę szczepień;
- dokumenty szkolne, w szczególności świadectwa ukończonych klas;
- informację o prowadzonej pracy z rodziną dziecka i jej rezultatach<sup>10</sup>.

W przypadku, gdy wychowanek jest cudzoziemcem, jego dokumentacja powinna zawierać:

- dokumenty potwierdzające tożsamość dziecka;
- dokumenty uprawniające dziecko do pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli zostały wydane;
- dokumenty podróży dziecka;

<sup>9</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie instytucjonalnej pieczy zastępczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 292, § 14).

<sup>10</sup> *Ibidem*, § 8.

- informacje o okolicznościach pobytu dziecka w Polsce;
- informacje o okolicznościach zgłoszenia dziecka do powiatowego centrum pomocy rodzinie;
- informacje o rodzinie dziecka;
- dokumenty o stanie zdrowia dziecka<sup>11</sup>.

Dokumenty te są ważnym źródłem informacji o dziecku i jego rodzinie. Ich analiza umożliwia prowadzenie diagnozy podopiecznego. Zrealizowanie diagnozy psychofizycznej osoby przyjętej do placówki opiekuńczo-wychowawczej jest warunkiem opracowania indywidualnego planu pomocy. Diagnoza powinna zawierać, adekwatnie do wieku, rozwoju i doświadczeń dziecka, wskazówki dotyczące projektowania pracy pedagogicznej i terapeutycznej z dzieckiem, współpracy z rodziną, działań związanych z możliwością umieszczenia dziecka w rodzinnej formie pieczy zastępczej lub przygotowania go do usamodzielnienia<sup>12</sup>.

Regulacje prawne, z których wynika obowiązek sporządzania diagnozy wychowanka, wskazują, jakich obszarów ma ona dotyczyć. Działania te powinny obejmować bardzo duży zakres i być przeprowadzone bardzo szybko. Diagnostujący powinien mieć wysoką świadomość refleksji nad tokiem metodologiczno-metodycznym. Z owej świadomości będą bowiem wynikać konkretne zadania, a pomoc w tym mogą następujące pytania:

- kogo i po co diagnozujemy?
- z kim to robimy?
- jak i czym to robimy?<sup>13</sup>

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie instytucjonalnej pieczy zastępczej jasno określa odpowiedź na pierwsze pytanie: diagnozujemy dziecko przyjęte do pieczy zastępczej w celu zaplanowania indywidualnej pracy z nim. Odpowiedzi na pozostałe dwa pytania należy poszukiwać.

## Biografia dziecka a diagnoza

Wychowankowie pieczy zastępczej wywodzą się z rodzin, które nie wywiązują się z zadań na nie nałożonych. Te środowiska rodzinne mają wiele cech dysfunkcyjności i możemy je określać mianem problemowych.

Rodziny problemowe charakteryzują się zbiorem cech świadczących o dysfunkcjonalności czy patologii, do których można zaliczyć:

- niewydolność materialną, tj. niskie dochody rodziny lub ich brak, jako następstwo utraty pracy lub jej braku, wielodzietności, małej operatywności ekonomicznej itp.,

<sup>11</sup> *Ibidem*, § 9.

<sup>12</sup> *Ibidem*, § 14, p. 4.

<sup>13</sup> *Diagnoza i rewalidacja indywidualna dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, red. M. Kłaczak, P. Majewicz, Kraków 2006.

- patologię społeczną w rodzinie, tj. alkoholizm jednego lub dwojga partnerów, inne uzależnienia, zaburzenia psychiczne, przestępczość, agresja słowna, fizyczna lub psychiczna,
- trudne warunki mieszkaniowe, tj. nadmierne zagęszczenie, brak zaplecza sanitarnego, braki w podstawowym wyposażeniu,
- niską dojrzałość społeczno-emocjonalną rodziców, tj. niską świadomość wychowawczą, wadliwe postawy wobec dziecka, brak zainteresowania rozwojem dziecka i jego potrzebami,
- samotne rodzicielstwo, tj. separacja, utrata jednego z małżonków, pobyt w zakładzie karnym, długotrwały wyjazd, panna samotnie wychowująca dziecko<sup>14</sup>.

Nieradzenie sobie z kryzysem w rodzinie może prowadzić do zachowań poszczególnych członków rodziny lub całego środowiska rodzinnego określanych mianem patologicznych. Wówczas w rodzinie ewidentnie zaczynają być łamane normy prawne i/lub moralne. Elementem takich zachowań i ich skutków jest umyślnie prowadzenie do cierpienia innych. Patologia to właśnie wyrządzanie komuś lub zadawanie sobie cierpienia.

W życiu rodzinnym możemy rozróżnić szereg sytuacji zaliczanych do stanów patologicznych. Ich cechą istotną jest destrukcyjny, deprywacyjny charakter w odniesieniu do poszczególnych członków rodziny – rodziców i dzieci. Obejmuje to szczególnie ujemne i destrukcyjne na poziomie rozwoju osobowości skutki: socjopatię i psychopatię, degradację ról społecznych, zawodowych i towarzyskich, czego konsekwencją może być izolacja psychiczna oraz społeczna. W rodzinach, które nie poradziły sobie z sytuacjami kryzysowymi, co doprowadziło do ich patologizacji, możemy wyróżnić następujące sposoby regulacji własnego i rodzinnego życia: podejmowanie ważnych decyzji mających znaczenie dla całego środowiska rodzinnego lub poszczególnych jego członków pod wpływem różnych używek, zorganizowaną przestępczość, rozboje, kradzieże, wymuszanie okupu, przemoc i maltretowanie, kazirodztwo, dzieciobójstwo, pedofilię itd.

W okresie wczesnego dzieciństwa jakość rozwoju wyznacza jakość więzi między rodzicami a dzieckiem. Każda sytuacja kryzysu, a zwłaszcza nałożenie się kilku cech dysfunkcji rodziny, powoduje, że stan emocjonalny, psychiczny znaczących opiekunów, ich niezadowolenie, frustracje, zdenerwowanie mogą zaburzać kształtowanie się prawidłowych relacji i więzi. Kiedy mamy do czynienia z niekorzystnymi warunkami, zachodzi prawdopodobieństwo, że rozwiną się pozabezpieczne wzorce przywiązania, tj. wzór lękowo-ambiwalentny, wzór lękowo-unikający, wzór zdeorganizowany<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> S. Kawula, *Kształty rodziny współczesnej – szkice familiologiczne*, Toruń 2005, s. 56.

<sup>15</sup> L. Krzywicka, *Typ przywiązania i jego konsekwencje dla rozwoju dziecka*, tekst wystąpienia na konferencji „Dziecko z zespołem zaburzenia więzi”, Szczecin, 15 października 2008 r.; E. Pi-sula, *Autyzm i przywiązanie: studia nad interakcjami dzieci z autyzmem i ich matek*, Gdańsk 2003.

Osoby, u których w relacjach z najbliższymi, na etapie wczesnego dzieciństwa, ukształtowane zostały wewnętrzne modele przywiązania typu bezpiecznego, mają wyższą jakość życia, lepsze perspektywy jakościowego rozwoju oraz lepiej wykorzystują swoje zasoby osobowości. Czynnikiem determinującym jakość życia dziecka w rodzinie jest zaspokajanie potrzeb jej członków, a w szczególności właśnie dzieci. Zaspokajanie potrzeb członków rodziny w sposób niezadowalający stwarza wiele sytuacji frustrujących o różnym charakterze. Głównie blokada najbardziej podstawowych potrzeb prowadzi do poczucia zagrożenia bytu i, co za tym idzie, pojawienia się niepożądanych zachowań i obniżenia poziomu funkcjonowania rodziny<sup>16</sup>. Potrzeby fizycznego przeżycia i bezpieczeństwa, zgodnie z piramidą potrzeb Masłowa, są podstawowe, pierwotne w stosunku do innych. Potrzeby przynależności i miłości to potrzeby braku – pośrednie, a pozostałe to metapotreby. Niezaspokojenie potrzeb podstawowych i pośrednich stanowi największe prawdopodobieństwo pojawienia się negatywnych emocji i zaburzeń funkcjonowania. W rodzinie dysfunkcyjnej poziom zaspokajania potrzeb jest niski, co powoduje obniżenie jakości życia jej wszystkich członków, a zwłaszcza dzieci. Sytuacja taka stanowi zagrożenie dobra dziecka. Wymaga interwencji służb społecznych, a także działań prawnych mających na celu jego ochronę.

Sytuacja rodzinna i życiowa warunkuje rozwój dziecka. Poznanie jego biografii, doświadczeń, przeszłych znaczących momentów, ścieżki edukacyjnej, sytuacji rodzinnej, a także relacji z najbliższymi i otoczeniem umożliwia rozpoznanie tego, jakie sądy poznawcze o rzeczywistości jednostka mogła ukształtować. Określenie ważnych dla kształtowania osobowości dziecka momentów w życiu pozwala na lepsze zrozumienie jego obecnej sytuacji.

## Diagnoza pedagogiczna

„Diagnoza” to słowo, które wywodzi się z języka greckiego. *Dia* oznacza „przez”, a *giginosko* – „wiedzieć”. *Gnose* to wiedza osiągnięta pośrednio. Słowo *diagnostike* wyjaśnia się jako sztukę odróżniania za pomocą pośredniego poznawania<sup>17</sup>.

Istotą diagnozy w pedagogice jest ujęcie jej jako opis wyników badania określonego wycinka rzeczywistości wychowawczej dokonany na podstawie zebranych i ocenionych danych, pochodzących z różnych źródeł, który obejmuje opis danego złożonego stanu rzeczy, wyjaśnienie jego genezy lub przyczyn, wyjaśnienie jego znaczenia i ustalenie etapu jego rozwoju, a także ocenę możliwości zmiany tego stanu rzeczy lub jego utrzymania w kierunku pożądanym pedagogicznie<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> A. Bańka, *Psychologia jakości życia*, Poznań 2005.

<sup>17</sup> W. J. Paluchowski, *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*, Warszawa 2001.

<sup>18</sup> E. Jarosz, E. Wysocka, *Diagnoza psychopedagogiczna: podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa 2006, s. 23.

W wyniku przeprowadzenia diagnozy powinniśmy się dowiedzieć:

- jaki jest obecnie stan, poziom funkcjonowania jednostki;
- z czego wynika obecny stan;
- w jakim kierunku sytuacja będzie ewoluowała;
- jakie podjąć działania, aby w przyszłości uzyskać stan pożądany<sup>19</sup>.

Zasadniczym celem rozpoznania pedagogicznego jest poznanie sytuacji. Pozyskane informacje o stanie faktycznym mają służyć zaprojektowaniu form pomocy jednostce lub grupie. Wyniki działania diagnostycznego stanowią przesłanki do podjęcia praktycznych działań wychowawczych<sup>20</sup>. Powyższe założenie determinuje decyzyjny charakter diagnozy pedagogicznej.

Tabela 1. Zasady diagnozy pedagogicznej

<b>Realizowanie diagnozy pełnej</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– opisuje się stany rzeczy,</li> <li>– wyjaśnia źródła i mechanizmy ich powstawania,</li> <li>– ukazuje poziom rozwoju zjawisk,</li> <li>– określa implikacje wynikające z występowania nieprawidłowości,</li> <li>– wskazuje metody oddziaływania na obecny stan rzeczy.</li> </ul>
<b>Oceniający charakter diagnozy</b>	<p>Odnoszenie stanu aktualnego do požądanego poprzez opieranie się na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kryterium normatywno-wzorcowym,</li> <li>– kryterium porównawczym,</li> <li>– kryterium postulatywnym.</li> </ul>
<b>Prowadzenie diagnozy w wymiarze pozytywnym</b>	<p>Celem rozpoznania pedagogicznego jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– poznanie niepokojącego stanu rzeczy,</li> <li>– określenie sił jednostki i jej najbliższego środowiska.</li> </ul>
<b>Dążenie do autodiagnozy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zaangażowane uczestnictwo w działaniach naprawczych osób i środowisk, których dotyczy,</li> <li>– samouświadomienie własnego stanu cech.</li> </ul>
<b>Łączenie poznania pośredniego z bezpośrednim</b>	<p>Łączenie metod poznania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bezpośrednich,</li> <li>– pośrednich.</li> </ul>
<b>Prowadzenie diagnozy środowiskowej</b>	<p>Rozpoznanie środowiska i jego roli w identyfikowanych stanach i trudnościach.</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Jarosz, E. Wysocka, *Diagnoza psychopedagogiczna: podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa 2006.

Zasadami uniwersalnymi, a zarazem najważniejszymi dla prowadzenia diagnozy, są poprawność merytoryczna całej procedury, prawidłowe stawianie sądów oraz obiektywność.

W postępowaniu diagnostycznym można stosować dwa podejścia wiążące się ze sposobem pozyskiwania informacji. Podejście zewnętrzne polega na stosowaniu tzw. metod obiektywnych, w których używa się np. kwestionariuszy, skal postaw wraz z zaproponowanymi w tych metodach schematami inter-

<sup>19</sup> W. J. Paluchowski, *op. cit.*

<sup>20</sup> E. Jarosz, E. Wysocka, *op. cit.*

pretacyjnymi. W podejściu wewnętrznym analizie poddaje się głównie dane przekazane przez jednostkę i interpretuje się je po to, by określić ich wpływ na obecny poziom funkcjonowania. Do tego celu stosuje się podstawowe techniki badawcze, takie jak obserwacja, rozmowa i wywiad, analiza dokumentów.

Metody diagnozy należy dobierać adekwatnie do celu i zamierzeń pedagogicznych. W przypadku dziecka przyjętego do pieczy zastępczej nie istnieją uniwersalne schematy postępowania. Cały proces diagnozowania wraz z dobraniem metod należy prowadzić z uwzględnieniem specyfiki sytuacji badanego wychowanka.

Istotnym problemem, który ma ogromny wpływ na planowanie i prowadzenie procesu diagnostycznego, jest to, że opiera się on na relacji i że należy uwzględnić kontekst emocjonalny sytuacji badawczej. Ogromne znaczenie dla prowadzenia diagnozy ma rozumiejące wejście osoby diagnozującej w środowisko. Obserwacja przeżywana, empatyczna i etyczna postawa badacza jest korzystna dla całego postępowania<sup>21</sup>.

## Konkluzja

Prowadzenie procesu diagnostycznego w placówkach instytucjonalnej pieczy zastępczej jest wysoce uzasadnione. Na pewnym etapie życia dziecko zostaje odseparowane od rodziny naturalnej i bieżącą opiekę nad nim sprawują osoby, które dotychczas nie uczestniczyły w jego życiu. Im lepiej zespół osób organizujących proces wychowawczy w placówce opiekuńczo-wychowawczej (pedagog, pracownik socjalny, psycholog, wychowawca prowadzący oraz wychowawcy) pozna poziom rozwoju dziecka, jego mocne i słabe strony, a także sytuację rodzinną i życiową, tym lepiej może on prowadzić indywidualną pracę z wychowankiem. Indywidualny plan pracy z dzieckiem może być sporządzony dopiero po przeprowadzeniu diagnozy wychowanka. Kryzys rodziny naturalnej zaburza funkcjonowanie dziecka na wszystkich płaszczyznach i powoduje obniżenie jakości jego życia. Taka sytuacja stanowi zagrożenie dla prawidłowego rozwoju jednostki i powoduje jej cierpienie psychiczne. Wczesne rozpoznanie sytuacji dziecka umożliwi podjęcie działań adekwatnych do potrzeb i możliwości, co daje szansę na jego lepszy rozwój.

Regulacje prawne, z których wynika obowiązek sporządzania diagnozy wychowanka, wskazują, jakich obszarów ma ona dotyczyć. Działania diagnostyczne powinny obejmować bardzo duży zakres i być przeprowadzone bardzo szybko po przyjęciu dziecka do placówki. Prowadząc diagnozę, badacz powinien mieć wysoką świadomość tego, jak dobrze organizować ten proces pod względem metodologiczno-metodycznym. Z owej świadomości będą bowiem wynikać konkretne zadania, a pomóc w tym mogą następujące pytania:

---

<sup>21</sup> H. Radlińska, *Pedagogika społeczna*, Wrocław 1961.

- kogo i po co diagnozujemy?
- z kim diagnozujemy?
- jak i czym diagnozujemy?<sup>22</sup>

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie instytucjonalnej pieczy zastępczej jasno określa odpowiedź na pierwsze pytanie: diagnozujemy dziecko przyjęte do pieczy zastępczej w celu zaplanowania indywidualnej pracy z nim. Odpowiedzi na pozostałe dwa pytania należy poszukiwać. To obszary działania, które wymagają dopracowania. Powinny one stać się tematem dyskusji i pracy pedagogów. Ważna jest jakość działania diagnostycznego, dlatego warto też podjąć rozważania związane z tym zagadnieniem.

## Bibliografia

- Andrzejewski M., *Prawna ochrona rodziny*, Warszawa 1999.
- Bańka A., *Psychologia jakości życia*, Poznań 2005.
- Diagnoza i rewalidacja indywidualna dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, red. M. Klaczak, P. Majewicz, Kraków 2006.
- Jarosz E., Wysocka E., *Diagnoza psychopedagogiczna: podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa 2006.
- Kawula S., *Kształty rodziny współczesnej – szkice familiologiczne*, Toruń 2005.
- Krzywicka L., *Typ przywiązania i jego konsekwencje dla rozwoju dziecka*, tekst wystąpienia na konferencji „Dziecko z zespołem zaburzenia więzi”, Szczecin, 15 października 2008 r.
- Paluchowski W. J., *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*, Warszawa 2001.
- Pisula E., *Autyzm i przywiązanie: studia nad interakcjami dzieci z autyzmem i ich matek*, Gdańsk 2003.
- Radlińska H., *Pedagogika społeczna*, Wrocław 1961.

## Akty prawne

- Konwencja o prawach dziecka z dnia 20 listopada 1989 r.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie instytucjonalnej pieczy zastępczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 292).
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 149).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r., Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 1964 r. Nr 9, poz. 59, z późn. zm).

<sup>22</sup> *Diagnoza i rewalidacja...*



## **Diagnoza pedagogiczna w placówkach opiekuńczo-wychowawczych szansą na optymalny rozwój dziecka**

**Streszczenie:** Prowadzenie diagnozy dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej jest działaniem istotnym. Gdy dziecko zostaje odseparowane od rodziny naturalnej, bieżącą opiekę nad nim sprawują osoby, które dotychczas nie uczestniczyły w jego życiu. W trosce o harmonijny rozwój jednostki, przyszłą samodzielność życiową, a także w celu zapewnienia jej optymalnych warunków funkcjonowania należy prowadzić proces diagnostyczny. Regulacje prawne, z których wynika obowiązek sporządzania diagnozy wychowanka, wskazują, jakich obszarów powinna ona dotyczyć. Działania te powinny obejmować duży zakres i być przeprowadzone bardzo szybko po przyjęciu dziecka do placówki. Określenie ważnych dla kształtowania osobowości dziecka momentów w jego biografii umożliwia lepsze rozumienie jego obecnej sytuacji. Wczesne rozpoznanie sytuacji jednostki umożliwia podjęcie działań adekwatnych do potrzeb, co daje szansę na jej lepszy rozwój.

**Słowa kluczowe:** piecza zastępcza, diagnoza pedagogiczna, rodzina, placówka opiekuńczo-wychowawcza

## **The pedagogical diagnosis of a child in an educational care center as an opportunity for optimal development**

**Summary:** Leading the diagnosis of a child in an educational care centre is essential. When a child is separated from their natural family, their current guardianship is taken over by people who have not been involved in the child's life. In the interest of harmonious development of the individual, their future independent living, as well as ensuring optimal conditions for their functioning, the diagnostic process should be carried out. Legal regulations, which impose establishing a diagnosis, indicate which areas should be covered. This should include a large range and should be carried out very soon after the child's placement. Discovering and describing the most important events which shaped the child's personality allow for better understanding of their current situation. An early diagnosis of the child's situation makes it possible to take steps adequate to their needs, giving them a chance for better development.

**Keywords:** temporary replacement care, pedagogical diagnosis, family, educational care centre (orphanage)

Dominika Duraj

## Diagnoza pedagogiczna w pracy nauczycielskiej

### Wprowadzenie

Diagnostyka pedagogiczna jest stosunkowo młodą dziedziną wiedzy. Funkcjonuje bowiem od początku minionego stulecia. Prekursorką diagnozowania pedagogicznego była Mary Richmond, która jako pierwsza – w roku 1917 – stworzyła „ideę diagnozowania społecznego”, a diagnostykę indywidualnych przypadków uzależniła od konieczności odkrywania i opisywania czynników tkwiących w środowisku badanej jednostki. Natomiast zrozumienie ludzkiej indywidualności i jej sytuacji uznała za podstawę dalszych czynności pomocowych, które – jej zdaniem – powinny bazować na prawidłowo postawionej diagnozie<sup>1</sup>.

Potrzebę diagnozowania pedagogicznego głosił również Janusz Korczak. Wzorem medycyny zwracał on uwagę na doniosłą rolę rozpoznawania symptomów problemowych zachowań podopiecznych/wychowanków oraz przyczyn tych zachowań. Jego zdaniem postępowanie diagnostyczne powinno obejmować dwa etapy: pierwszy – polegający na poznaniu i zrozumieniu dziecka; drugi – związany z autodiagnozą prowadzącego badania<sup>2</sup>. Korczak uważał, że zanim zechce się poznać dziecko, najpierw należy poznać siebie samego. Zalecał daleko idącą pomoc badanemu w jego autodiagnozie. Według niego diagnoza w sensie szerokim (naukowym) powinna być tożsama z badaniem zarówno indywidualnych przypadków, jak i ogólnych prawidłowości, a pełna diagnoza powinna obejmować takie operacje myślowe, jak: różnicowanie, sprawdzanie hipotezy, wyjaśnianie przyczynowe i celowościowe. Diagnozowanie traktował jako proces ciągły, nieustanny, powtarzany i weryfikujący wcześniejsze poglądy. Proponował model pedagoga ambitnego, rozumnego, badacza klinisty<sup>3</sup> (stąd późniejsze określenia proponowanego przez Korczaka modelu diagnozy mianem „diagnozy kliniczno-wychowawczej”).

---

<sup>1</sup> M. Guziuk-Tkacz, *Badania diagnostyczne w pedagogice i psychopedagogice*, Warszawa 2011, s. 108.

<sup>2</sup> *Ibidem*, s. 109.

<sup>3</sup> E. Wysocka, E. Jarosz, *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa 2006, s. 21.

## Diagnoza pedagogiczna

Termin „diagnoza” pochodzi od greckiego *diagnosis*, co oznacza różnicowanie, osądzenie, i funkcjonuje jako specjalistyczny odpowiednik słowa „rozpoznanie”. Diagnostyką nazywamy rozpoznanie jakiegoś stanu rzeczy i tendencji rozwojowych na podstawie objawów oraz znajomości ogólnych prawidłowości<sup>4</sup>.

W. Okoń przez diagnozę rozumie „[...] rozpoznanie jakiegoś obiektu, zdarzenia czy jakiejś sytuacji w celu zdobycia dokładnych informacji i przygotowania się do działań melioracyjnych”<sup>5</sup>.

A. Kamiński ujmuje diagnozę jako rozpoznanie badanego stanu rzeczy na podstawie prawidłowości, przez przyporządkowanie stwierdzonych objawów do określonego ich typu albo gatunku, przez wyjaśnienie genetyczne tego stanu oraz określenie jego fazy obecnej i przewidywanego rozwoju<sup>6</sup>.

Z powyższych rozważań wynika, że samo pojęcie „diagnoza” określa proces rozpoczynający się gruntownym poznaniem (rozpoznaniem) faktu, obiektu, problemu czy zjawiska, a kończący rozstrzygnięciem i podjęciem decyzji, ukie-  
runkowanych na praktyczne rozwiązania.

Diagnoza pedagogiczna – zdaniem B. Niemierko – jest diagnozą rozwiniętą. Nie ogranicza się ona jedynie do sprawdzania i oceniania stanu osiągnięć ucznia, lecz obejmuje także wyjaśnianie przyczyny (genezy) tego stanu i przewiduje rozwój osiągnięć ucznia (prognozę). W diagnostyce pedagogicznej rozważane są istotne elementy sytuacji pedagogicznych: warunki uczenia się, programy, metody, wymagania, osiągnięcia poznawcze i motywacyjne. Jest ona opisem i wyjaśnieniem sposobu rozpoznawania sytuacji dydaktycznej i wychowawczej ucznia, w tym zwłaszcza zmian, jakie w nim zachodzą pod wpływem oddziaływań szkoły. „Im bardziej pogłębiona diagnoza pedagogiczna, tym więcej w niej prognozy, tj. przewidywanego przebiegu i wyników dalszego uczenia się”<sup>7</sup>.

J. Doroszevska określa diagnozę pedagogiczną jako opis aktualnego stanu danej jednostki, uwzględniający występujące objawy i zakwalifikowanie ich do odpowiedniej klasy zjawisk. Opis ten powinien ujawnić przyczyny zjawisk oraz prognozę rozwoju<sup>8</sup>.

B. Kaja w rozważaniach nad diagnozą pedagogiczną zauważa, że autorzy skupiają się bardziej na jej metodach niż na celach i strukturze. Za mało akcentują potrzebę diagnozy odnoszącej się do kształtowania osobowości dziecka. Powinna ona obejmować również cechy wychowanka, jeśli ich zdiagnozowanie

<sup>4</sup> S. Ziemiński, *Problemy dobrej diagnozy*, Warszawa 1973, s. 3.

<sup>5</sup> W. Okoń, *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 2005, s. 53.

<sup>6</sup> A. Kamiński, *Funkcje pedagogiczno-społeczne*, Warszawa 1974, s. 68.

<sup>7</sup> B. Niemierko, *Diagnostyka dydaktyczno-wychowawcza*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, red. W. Pomykała, Warszawa 1993, s. 99.

<sup>8</sup> J. Doroszevska, *Pedagogika specjalna*, Warszawa 1974, s. 28.

przyczynia się do rozpoznania i oceny rezultatów procesu wychowania oraz jego wpływu na nieokreślone sytuacje wychowawcze<sup>9</sup>.

## Znaczenie diagnozy pedagogicznej w procesie kształcenia i wychowania

W rozprawach naukowych z dziedziny pedagogiki i psychologii podkreśla się znaczenie diagnozy, gdyż dziecko to bardzo skomplikowany kandydat na dorosłego. Wymaga wielokierunkowego poznania, a następnie wspierania i stymulowania jego rozwoju. Przeprowadzone reformy oświaty w Polsce podkreślały znaczenie diagnozy w edukacji. Strategicznym celem zreformowanego systemu było podniesienie poziomu edukacji społeczeństwa, wyrównywanie szans edukacyjnych, likwidowanie zaniechań, opóźnień, mikrouszkodzeń oraz przeciwdziałanie patologii wśród dzieci i młodzieży. Najwyższy wskaźnik efektywności w zakresie niwelowania braków i wyrównywania szans uzyskuje się w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Zaniechań w tym okresie prowadzą do pogłębiania się deficytów i trudności w dalszej nauce szkolnej.

Wiek przedszkolny i młodszy wiek szkolny stanowią najbardziej sensytywny etap rozwojowy w życiu człowieka. Psychika dziecka jest podatna na wpływ otoczenia oraz cechuje się plastycznością rozwoju. W żadnym innym okresie nie ma takich możliwości w zakresie wyrównywania braków rozwojowych. Te ostatnie związane są z poziomem i jakością życia dziecka w rodzinie, środowisku lokalnym i one właśnie poddają się zmianom. Mogą być stymulatorami albo hamulcami rozwoju dziecka<sup>10</sup>. Czynniki społeczne wyznaczające rozwój i szanse edukacyjne jednostki mają ogromne znaczenie. Nie zawsze są jednak respektowane w procesie edukacji, ponieważ kształcenie skoncentrowane jest na realizacji jednolitego programu, nie zaś na wyrównywaniu braków i wspieraniu indywidualnego rozwoju dziecka.

Zadaniem działań naprawczych powinno być wspomaganie dziecka w jego rozwoju i potencjalnych możliwościach oraz likwidowanie zaniechań i niedoborów. Efekty mogą być osiągnięte wtedy i tylko wtedy, kiedy wyznaczony program naprawczy, terapeutyczny oparty jest na prawidłowo opracowanej diagnozie<sup>11</sup>.

Diagnoza zajmuje centralne miejsce w edukacji dziecka, ponieważ staje się drogowskazem w podejmowaniu działań<sup>12</sup>. Jest podstawą wszelkich działań profilaktycznych, korekcyjno-kompensacyjnych, korekcyjno-wyrównaw-

<sup>9</sup> B. Kaja, *Problemy diagnozy i terapii zaburzeń dzieci w wieku przedszkolnym*, Bydgoszcz 1987, s. 31.

<sup>10</sup> S. Włoch, A. Włoch, *Diagnoza całościowa w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*, Warszawa 2009, s. 119.

<sup>11</sup> *Ibidem*.

<sup>12</sup> *Ibidem*, s. 8.

czych oraz pomocowych skierowanych do poszczególnych jednostek lub grup, w celu przekształcenia określonych elementów środowiska społecznego lub wzmocnienia badanej jednostki czy grupy. Diagnoza stanowi zatem bazę do prognozowania i planowania wszelkich działań prowadzonych przez placówki o charakterze dydaktycznym czy dydaktyczno-wychowawczym oraz przez psychologów szkolnych, psychopedagogów i pedagogów<sup>13</sup>.

Diagnoza pedagogiczna stosowana w procesie edukacji i wychowania stanowi celowy i precyzyjny opis danego stanu rzeczy i powiązana jest z wyjaśnieniem genezy oraz mechanizmów, które warunkują tę sytuację. Znaczy to, że diagnoza nie polega jedynie na opisywaniu samych stanów rzeczy, ale obejmuje też ich klasyfikowanie do określonych kategorii, typów i cech poszczególnych uczniów. Na podkreślenie zasługuje również analiza diagnostyczna, która powinna być dynamiczna oraz stanowić jej pełną rzetelność, co wymaga od nauczyciela interdyscyplinarnej wiedzy i doświadczenia praktycznego<sup>14</sup>.

Przy ocenie pracy nauczyciela coraz większą wagę przywiązuje się do jego kompetencji. Jako wypadkowa wiedzy, dyspozycji i postaw są one bowiem podstawowym determinantem realizacji zadań edukacyjnych, tym samym stanowią kryterium zdolności nauczyciela do wykonywania czynności zawodowych.

Wśród kompetencji nauczycielskich można wyróżnić takie, które są konieczne i pomocne w procesie pedagogicznym. Niewątpliwie niezbędne dla skuteczności oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych pedagoga są kompetencje diagnostyczne, które umożliwiają poznawanie uczniów, ich indywidualnych predyspozycji rozwojowych, zdolności, zainteresowań i ograniczeń, a także środowiskowych i społecznych uwarunkowań ich rozwoju. Aby oddziaływanie nauczyciela były skuteczne, musi on posiadać umiejętność wnikliwego poznawania sytuacji ucznia, odkrywania tego, co się z nim dzieje, rozpoznawania pierwszych symptomów pojawiających się zaburzeń w procesie uczenia i wychowania dziecka, ich charakteru i przyczyn oraz poszukiwania najlepszych sposobów niwelowania trudności<sup>15</sup>.

Bez prawidłowo przeprowadzonej diagnozy pedagog nie jest w stanie zdefiniować tego wszystkiego, co składa się na niepowtarzalność i wyjątkowość powierzonego mu ucznia – nie jest w stanie poznać jego uczuć, poglądów, postaw, potrzeb, motywacji, emocji czy możliwości. Dlatego też spośród wielu kategorii badań empirycznych na gruncie pedagogiki diagnoza zajmuje poczesne miejsce, a samą pedagogikę określa się mianem teorii „projektowania czynności wychowawczych, gdzie głównymi cechami

<sup>13</sup> M. Guziuk-Tkacz, *op. cit.*, s. 11.

<sup>14</sup> J. Jastrzab, *Diagnoza nauczycielska w edukacji wczesnoszkolnej*, „Wychowanie na co dzień” 2003, nr 9, s. 16.

<sup>15</sup> *Kompetencje diagnostyczne i terapeutyczne nauczyciela*, red. D. Wosik-Kawali, T. Zubrzycka-Maciąg, Kraków 2011, s. 7.

uzasadniającymi takie sformułowanie są właśnie czynności projektanckie i diagnostyczne”<sup>16</sup>.

Mistrzostwo pedagogiczne nauczycieli przejawia się w aktualizacji możliwości rozwojowych uczniów, wspomaganie ich, ukierunkowaniu na humanistyczne cele społeczne, uwidacznia się w odkrywaniu talentów i tworzeniu warunków do ich rozkwitu, sprawnym kierowaniu procesem zdobywania przez uczniów samowiedzy oraz samodzielności myślenia i działania.

Udział w działalności pedagogicznej musi mieć więc charakter aktywny, pogłębiony refleksją wynikającą z szerokiej wiedzy nauczyciela, który jest w stanie generować nowe rozwiązania problemów. Podstawowym zadaniem są tutaj działania związane z wyrównywaniem szans edukacyjnych dzieci i młodzieży. Od nauczyciela wymaga się nie tylko umiejętności organizowania zajęć wyrównawczych, ale przede wszystkim kompetencji diagnostycznych wspomagających wyłanianie dzieci z różnorodnymi deficytami rozwojowymi. W realizacji tych zadań niezbędne są jego wiedza i umiejętności, które w znacznym stopniu umożliwią prawidłową i szybką ocenę stanu rozwojowego ucznia. Od nauczyciela zależy też wczesne wykrywanie wszelkich nieprawidłowości w kształtowaniu się psychiki dziecka. Do dokładnego poznania ucznia konieczna jest rzetelna wiedza. Ponadto w działalności rozpoznawczej niezbędna jest znajomość metod diagnostycznych.

Pedagog musi zarówno znać prawa rządzące prawidłowym rozwojem dziecka, jak i orientować się w przyczynach najczęściej spotykanych zaburzeń oraz dostrzegać relacje, jakie zachodzą między zdobywaniem wiedzy, zachowaniem ucznia a uwarunkowaniami środowiskowymi. Nie tylko tworzy warunki do prawidłowego rozwoju potencjalnych możliwości i zdolności, ale również holistycznie poznaje dziecko i prognozuje działania na podstawie rzetelnie przeprowadzonej diagnozy.

Nauczyciel, który poza danymi personalnymi dziecka nie zna historii jego życia, cech zachowań, kompetencji, czynników warunkujących jego rozwój, nie ma możliwości udzielenia mu wsparcia oraz wyrównywania szans edukacyjnych, likwidujących różnego rodzaju niedobory i deficyty rozwojowe. Prawidłowa diagnoza może pomóc w rozwiązywaniu problemu trudności szkolnych uczniów, służyć w rozpoznawaniu przyczyn zaburzeń w zachowaniu<sup>17</sup>.

Diagnoza pedagogiczna umożliwia nauczycielowi wszechstronne poznanie dziecka, to natomiast przyczynia się do prawidłowego organizowania procesu edukacyjnego. W odniesieniu do sytuacji szkolnej powinna ona dotyczyć oddziaływań związanych z procesem zarówno wychowania, jak i kształcenia. W obu tych obszarach istotne jest stosowanie przez nauczycieli i wychowaw-

<sup>16</sup> K. Konarzewski, *Diagnostyka w pedagogice społecznej*, [w:] *Pedagogika społeczna*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Warszawa 1993, s. 56.

<sup>17</sup> *Ibidem*, s. 121.

ców oddziaływać najkorzystniejszych dla wszechstronnego rozwoju dziecka. Należy również pamiętać, iż uczeń – jako odbiorca diagnozy pedagogicznej – powinien w niej świadomie uczestniczyć, brać udział w podejmowaniu względem niego decyzji<sup>18</sup>.

### Analiza wytworów dziecka jako jedna z metod diagnozowania dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

Analiza wytworów w diagnozowaniu dziecka ma szerokie praktyczne znaczenie. To metoda, która w połączeniu z obserwacją zachowania dziecka podczas powstawania wytworu daje bogaty obraz jego rozwoju umysłowego, manualnego, społecznego, zdolności i cech osobowości. Nauczyciel ma stały kontakt z dzieckiem i jego wytworami, takimi jak: rysunki, prace z plasteliny, wycinanki, wydzieranki, prace konstrukcyjne, zeszyty, notatki, wytwory techniczne.

Wytwory dziecka należy rozpatrywać z trzech punktów widzenia:

- wiedzy dziecka o odtworzonych przedmiotach i zjawiskach;
- sposobu ich przedstawiania i wykonania;
- przejawiających zachowań dziecka przy podejmowaniu działania (zaangażowanie, koncentracja, motywacja, zniechęcenie, wyrażane przeżycia emocjonalne itp.).

Treść wytworów jest często bardzo bogata, ponieważ dziecko chce przedstawić w nich to, co zna najlepiej, to, co go interesuje, w czym się doskonale orientuje, chce odzwierciedlić wiedzę i przeżycia oraz własne zainteresowania i umiejętności.

Wytwory dziecka świadczą o jego spostrzegawczości, wyobraźni, umiejętności kojarzenia faktów oraz obserwowania świata. Sposób i jakość ich wykonania dowodzą również jego stosunku do pracy, staranności, dokładności, systematyczności, wytrwałości oraz rozwoju jego wyobraźni odtwórczej i przestrzennej orientacji, sprawności i umiejętności manualnej, zakłóceń w rozwoju zdolności graficznych – dysgrafia czy percepcja wzrokowa i koordynacja wzrokowo-ruchowa. Wytwory dziecka są więc ważnym źródłem poznawania wychowanków.

Interpretacji zgromadzonych wytworów dokonuje nauczyciel, formułując wnioski w zakresie umiejętności, sprawności, zdolności czy wiedzy. Chcąc dokonać interpretacji w zakresie właściwości psychicznych czy osobowościowych, powinien on dysponować wiedzą psychologiczną.

W analizie wytworów wyróżnia się interpretację formalną, która koncentruje się na zewnętrznej formie wykonania wytworu, oraz treściową, która skupia się na treści wytworu. Do najczęściej analizowanych wytworów ucznia klasy

<sup>18</sup> *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, red. T. Pilch, t. , Warszawa 2003, s. 677.

I–III należą zeszyty, które mogą być interpretowane od strony zarówno formalnej, jak i treściowej w zależności od założeń diagnostycznych nauczyciela.

Na szczególną uwagę w kwestii poznania dziecka zasługują rysunki, które są źródłem wiedzy o rozwoju i kompetencjach wychowanka<sup>19</sup>. Są one niepowtarzalne i zawierają bogactwo informacji o rozwoju wyobraźni, procesów poznawczych, inteligencji oraz wrażliwości estetycznej. W rysunku dziecko wyraża nie tylko swoje umiejętności i cechy osobowości, ale również własne przeżycia i doświadczenia. Dzieci nie malują i rysują „umysłem”, lecz przelewają na papier samych siebie i obserwacje otaczającego je świata. W celach diagnostycznych dokonuje się interpretacji rysunków dowolnych, spontanicznych – dziecko samo podejmuje temat pracy<sup>20</sup>. Rysunki na dowolny temat dotyczą przede wszystkim własnego życia dzieci oraz życia dorosłych, wśród których przebywają. Toteż mogą stanowić obiecujący punkt wyjścia w badaniach pedagogicznych<sup>21</sup>.

Dokonując analizy rysunku, zwracamy szczególną uwagę na preferowaną przez dziecko tematykę, a także poziom wykonania. Konieczna jest znajomość prawidłowości rysunkowego rozwoju dziecka, która pozwala ustalić, czy schemat pracy odpowiada normie przewidzianej dla jego wieku, czy też odbiega od niej na korzyść czy niekorzyść rozwoju. W procesie wychowania dzieci w wieku przedszkolnym i klasach I–III nauczyciel wykorzystuje analizę rysunku w celach diagnostycznych: koncentruje się na kompozycji, poziomie graficznym, tematyce i ekspresji estetycznej, natomiast poznanie cech osobowościowych, inteligencji czy innych głębszych przeżyć i doświadczeń należy do psychologa i psychoterapeuty. Nauczyciel może dostrzegać pewne elementy wskazujące na głębsze zaburzenia i deficyty w rozwoju<sup>22</sup>.

Analizując rysunki, warto pamiętać, że:

- dopiero większa ich liczba pozwala na wyciągnięcie bardziej wiarygodnych wniosków;
- ich interpretację obiektywizują możliwie jednoznaczne kryteria oceny;
- niebagatelne znaczenie ma znajomość warunków, w jakich powstały analizowane prace, w czym dopomóc może bezpośrednio obserwacja dziecka podczas rysowania i przeprowadzenie z nim rozmowy na temat celu, przebiegu i wyniku wykonanego rysunku;
- szczególnie w przypadku badania artyzmu lub zdolności rysowania przez dzieci analiza pracy byłaby niepełna i zawodna, gdyby nie

<sup>19</sup> *Ibidem*, s. 147–148.

<sup>20</sup> *Ibidem*, s. 154.

<sup>21</sup> M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2011, s. 238.

<sup>22</sup> S. Włoch, A. Włoch, *op. cit.*, s. 155.



uwzględniała stylu i charakteru ich twórczości rysunkowej, zmieniającej się z wiekiem;

- wnioski wynikające z analizy rysunków wymagają sprawdzenia i uzupełnienia za pomocą innych technik badawczych, podobnie jak w przypadku analizy wszelkich wytworów działania<sup>23</sup>.

Chcąc zrozumieć dziecko i zebrać informacje o jego rozwoju i cechach zachowań na podstawie rysunku, musimy pamiętać, że do tego celu niezbędne jest zgromadzenie większej liczby jego prac plastycznych. Ważne w naszym zachowaniu w stosunku do dzieci i ich wytworów jest pozostawienie im wystarczająco dużo czasu, w którym będą oni pracować we własnym tempie, wykorzystując swój język form rysunkowych. Chodzi o to, abyśmy niczego nie domalowywali, a przede wszystkim nie sugerowali niczego w związku z treścią i realizacją podjętych przez dzieci prac, a w szczególności obiektywnie dokonowali analizy rysunku<sup>24</sup>.

## Konkluzja

W ostatnich latach obserwuje się pogarszające efekty edukacyjne. Zadajemy sobie coraz częściej pytania: Co jest przyczyną słabej efektywności w edukacji? Dlaczego zwiększa się wskaźnik dzieci wykazujących trudności w nauce i zachowaniu? Jedną z przyczyn tego stanu są zaniedbania już na poziomie wczesnej edukacji, która ma niewątpliwie ogromny wpływ na funkcjonowanie człowieka w przyszłości. Najważniejszym zadaniem współczesnej edukacji jest troska o prawidłowy, harmonijny i wszechstronny rozwój ucznia.

Istotną rolą nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej jest przede wszystkim wszechstronne poznanie dziecka. Musi on umieć odpowiedzieć na pytania: Kim jest uczeń? Jaki jest? Jaki posiada potencjał, a jakie braki? Jakim może się stać? Jak wspierać jego indywidualny rozwój, stymulować emocje i intelekt? Niewątpliwie do całościowego poznania wychowanka potrzebne są rzetelna wiedza oraz kompetencje diagnostyczne, które okazują się niezbędne dla skuteczności oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych.

Diagnoza pedagogiczna w procesie nauczania jest bardzo ważna. Stanowi źródło informacji o indywidualnych możliwościach i poziomie rozwoju dziecka oraz podstawę do wypracowania przez nauczyciela systemu pracy, zapewniającego każdemu uczniowi maksymalny rozwój. Trafna diagnoza może oszczędzić dziecku wielu przykrych doświadczeń i niepowodzeń szkolnych. Stanowi punkt wyjścia do projektowania konkretnych oddziaływań dydaktycznych, wychowawczych, korekcyjnych, kompensacyjnych, opiekuńczych, interwencyjnych lub terapeutycznych, służących rozwiązywaniu problemów pedagogicznych.

<sup>23</sup> M. Łobocki, *op. cit.*, s. 238.

<sup>24</sup> S. Włoch, A. Włoch, *op. cit.*, s. 160.

## Bibliografia

- Doroszeńska J., *Pedagogika specjalna*, Warszawa 1974.
- Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, Warszawa 2003.
- Guziuk-Tkacz M., *Badania diagnostyczne w pedagogice i psychopedagogice*, red. T. Pilch, t., Warszawa 2011.
- Jastrząb J., *Diagnoza nauczycielska w edukacji wczesnoszkolnej*, „Wychowanie na co dzień” 2003, nr 9.
- Kaja B., *Problemy diagnozy i terapii zaburzeń dzieci w wieku przedszkolnym*, Bydgoszcz 1987.
- Kamiński A., *Funkcje pedagogiczno-społeczne*, Warszawa 1974.
- Kompetencje diagnostyczne i terapeutyczne nauczyciela*, red. D. Wosik-Kawali, T. Zubrzycka-Maciąg, Kraków 2011.
- Konarzewski K., *Diagnostyka w pedagogice społecznej*, [w:] *Pedagogika społeczna*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Warszawa 1993.
- Koźniewska E., *Diagnoza przedszkolna*, „Dyrektor Szkoły” 2009, nr 8.
- Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków 2011.
- Niemierko B., *Diagnostyka dydaktyczno-wychowawcza*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, red. W. Pomykało, Warszawa 1993.
- Niemierko B., *Diagnostyka edukacyjna*, Warszawa 2009.
- Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*, Warszawa 2005.
- Włoch S., Włoch A., *Diagnoza całościowa w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*, Warszawa 2009.
- Wysocka E., Jarosz E., *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa 2006.
- Ziemski S., *Problemy dobrej diagnozy*, Warszawa 1973.

## Diagnoza pedagogiczna w pracy nauczycielskiej

**Streszczenie:** Na przestrzeni ostatnich lat obserwujemy wzrost wskaźnika dzieci z trudnościami w nauce. Dlatego tak ważna w procesie nauczania jest diagnoza pedagogiczna. Stanowi ona źródło informacji o indywidualnych możliwościach i poziomie rozwoju ucznia oraz podstawę do wypracowania przez nauczyciela systemu pracy, zapewniającego każdemu dziecku maksymalny rozwój. Trafna diagnoza może oszczędzić uczniowi wielu przykrych doświadczeń i niepowodzeń szkolnych. Istotną rolą nauczyciela edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej jest wszechstronne poznanie dziecka i udzielenie odpowiedzi na pytania: Kim jest dziecko? Jakie przejawia zdolności i zainteresowania? Jaki ma zasób wiedzy, doświadczeń i umiejętności? Z jakiego środowiska pochodzi? Jakie przejawia trudności? Jakie występują u niego zaniedbania i mikrouszkodzenia? Stanowi to punkt wyjścia do szeroko pojętej pracy edukacyjnej i wyrównawczej.

**Słowa kluczowe:** diagnoza pedagogiczna, uczeń, kształcenie, wychowanie, nauczyciel

## Pedagogical diagnosis in teachers' work

**Summary:** What has been observed over the last years is the increasing number of children with learning difficulties. Therefore, due significance is attributed in the teaching process to pedagogical diagnosis. It is a source of information on individual abilities and the level of a learner's development, as well as the basis for the teacher's constructing a work system which ensures optimal development of the child. A well-aimed diagnosis might save the child many unpleasant experiences and school failure. The teacher of pre- and early school education is faced with an important task of multi-sided recognition of the child and of answering the questions: Who is the child? What interests and abilities has the child got? What are the resources of the child's knowledge, experiences and skills? What environment does the child come from? What difficulties and problems does the child manifest? What instances of negligence and what microtraumas take place? This constitutes the starting point for broadly understood educational and compensatory work.

**Keywords:** pedagogical diagnosis, learner, education, teacher

Katarzyna Jadach

## Status prawny dziecka rodziców żyjących w rozłączeniu z perspektywy szkoły

### Wprowadzenie

Nadrzędną formułę, jaką polski ustawodawca posługuje się przy regulowaniu stosunków prawnych, w które zaangażowana jest osoba małoletnia, stanowi zasada dobra dziecka. Obecna zwłaszcza w prawie rodzinnym i oświatowym, wyraża się w adresowanym do podmiotów publicznych i prywatnych nakazie podejmowania wszelkich działań w taki sposób, aby zabezpieczenie ogółu osobowych i majątkowych interesów dziecka było sprawą nadrzędną. Waga tej konstytucyjnej gwarancji uwidacznia się zwłaszcza w razie konfliktów pomiędzy rodzicami dziecka i podjęcia przez nich trudnej życiowej decyzji o rozłące. Rodzi się wówczas konieczność dokonania szeregu ustaleń w kwestii władzy rodzicielskiej, w szczególności sprawowania pieczy nad osobą małoletniego, w tym skoordynowanego i niezakłóconego dystansem, jaki dzieli dorosłych, realizowania zadań opiekuńczych i wychowawczych. Z racji pełnionych funkcji również placówka oświatowa, do której uczęszcza dziecko pochodzące z rozbitej rodziny, powinna dołożyć starań, aby w codziennych sytuacjach szkolnych uwzględniać szczególny status rodzinnopravny ucznia, będący częstokroć źródłem frustracji i stresu oraz przyczyną edukacyjnych niepowodzeń.

115

### Status rodzinnopravny dziecka-ucznia

Na gruncie prawa rodzinnego każdy człowiek przed osiągnięciem pełnoletności (zasadniczo następuje to z chwilą ukończenia 18. roku życia) posiada status osoby małoletniej i jako taka podlega sprawowanej przez swoich rodziców władzy rodzicielskiej<sup>1</sup>. Stanowi ją zespół przysługujących dorosłym względem dziecka obowiązków i praw, mających na celu zapewnienie mu należytej pieczy i strzeżenie jego interesów. Zdaniem przedstawicieli doktryny<sup>2</sup>, na treść wła-

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r., Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2012 r. poz. 788 – j.t. ze zm., art. 95).

<sup>2</sup> Przykładowo: J. Ignatowicz, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. H. Dolecki, T. Sokołowski, Warszawa 2010, s. 572 i n.; T. Sokołowski, [w:] *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012, s. 870 i n.

dzy rodzicielskiej składają się trzy obszary aktywności rodzicielskiej, tj. piecza nad osobą dziecka, zarząd majątkiem dziecka oraz reprezentowanie dziecka. Z punktu widzenia statusu osoby małoletniej jako beneficjenta świadczeń edukacyjnych najistotniejszy jest ten aspekt rodzicielskiego władztwa, który obejmuje całokształt starań o jej sprawy osobiste, czyli dbałość o to, aby dziecko było należycie wychowane, by nie stała mu się krzywda, by jego dziecięce lata upływały w warunkach rodzinnego szczęścia – piecza nad osobą. W literaturze prawniczej wskazuje się następujące jej elementy: wychowywanie dziecka, kierowanie dzieckiem (poprzez nadzorowanie, czyli czuwanie nad osobą i jej postępowaniem oraz ingerowanie w jej działania), troska o zapewnienie dziecku odpowiednich warunków egzystencji, troska o bezpieczeństwo dziecka<sup>3</sup>. Doktrynalne rozważania dotyczące rodzicielskiej pieczy nad osobą małoletnią pozwalają przyjąć jako utrwalone następujące właściwości:

1. Dobro dziecka odgrywać powinno pierwszoplanową rolę w normalnym obszarze sprawowania nad nim pieczy.
2. Wykonywanie pieczy nad dzieckiem odbywa się przy zaangażowaniu osób trzecich.
3. Brak osobistego wykonywania przez rodziców pieczy nad dzieckiem wynika m.in. z konieczności podporządkowania się obowiązkom, jakie nakłada na nich państwo.

Ostatnią ze wskazanych właściwości rodzicielskiej pieczy należy wiązać z nałożonymi na osoby poniżej 18. roku życia obowiązkami edukacyjnymi (rocznym przygotowaniem przedszkolnym, obowiązkiem szkolnym oraz obowiązkiem nauki). Częściowo tematyka ta została uregulowana w Konstytucji RP, która wyposaża jednostkę przebywającą na terenie RP w będące pewnym standardem w ustawodawstwie międzynarodowym prawo podmiotowe<sup>4</sup>. Stanowi ono konstytucyjne zabezpieczenie szczególnego statusu jednostki, która, po pierwsze, ma prawo do nauki; po drugie, przed ukończeniem 18 lat jest do tej nauki zobowiązana. Oznacza to, że państwo posiada prawną legitymację do ingerowania w zakres władztwa rodzicielskiego w jego zasadniczej części dotyczącej pieczy nad osobą małoletnią. Sposób owej ingerencji doprecyzowany został przez ustawodawcę w tzw. przepisach szczególnych. Mowa przede wszystkim o Ustawie z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty<sup>5</sup>, która nakłada na rodziców dziecka podlegającego obowiązkowi rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązkowi szkolnemu oraz nauki szereg zadań kontrolnych i organizacyjnych<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> T. Sokołowski, [w:] *Kodeks rodzinny...*, red. H. Dolecki, T. Sokołowski, s. 572–573.

<sup>4</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., art. 70, ust. 1: „Każdy ma prawo do nauki. Nauka do 18. roku życia jest obowiązkowa”.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r., poz. 256.2572 – j.t. ze zm., art. 2572).

<sup>6</sup> D. Kurzyzna-Chmiel, *Oświata jako zadanie publiczne*, Warszawa 2013, s. 99 i n.

## Sytuacja prawna dziecka rodziców żyjących w rozłączeniu

Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami ingerencja sądu (cywilnego bądź opiekuńczego) we władzę rodzicielską ma miejsce w: 1) sprawach rozwodowych, w których sąd cywilny w wyroku rozwodowym obligatoryjnie orzeka o sposobie wykonywania władzy rodzicielskiej przez rozwodzących się małżonków; 2) sprawach opiekuńczych, w których podstawą ingerencji sądu są pewne okoliczności związane z kompetencjami rodzicielskimi, powodującymi, że zachodzi uzasadnione przypuszczenie wystąpienia rozmaitych (niekoniecznie zawinionych przez rodziców) naruszeń interesu małoletniego dziecka; 3) sprawach opiekuńczych, w których w związku z rozłąką rodziców (niekoniecznie będącą efektem rozwodu) zaistniała potrzeba ustalenia zakresów ich władzy rodzicielskiej. Rozstanie się rodziców małoletniego dziecka w większości przypadków inicjuje postępowanie sądowe, w którym sąd (cywilny bądź opiekuńczy) zobligowany jest do władczego rozstrzygnięcia kwestii dotyczących relacji rodzice – dzieci. Jeżeli jedyną przyczynę ingerencji sądowej stanowi rozłąka dorosłych (separacja, rozwód), a kompetencje rodzicielskie nie budzą wątpliwości, sąd w wydanym przez siebie wyroku/postanowieniu przyjmuje bądź to wariant pierwszy (stosowany w dotychczasowej praktyce najczęściej) – czyli ogranicza władzę rodzicielską osoby, która nie sprawuje bieżącej pieczy nad dzieckiem do określonych, enumeratywnie wskazanych w orzeczeniu czynności; bądź to wariant drugi – czyli pozostawia władzę w nienaruszonym zakresie obojgu rodzicom. Rozwiązanie drugie zostało przez ustawodawcę uwypuklone jako niezależna i równoprawna formuła regulowania stosunków rodzinnych, aktualizująca się w przypadku wykazywania przez byłych partnerów woli współpracy i gotowości realizacji założeń wspólnie opracowanego rodzicielskiego planu (będzie o tym mowa w dalszej części pracy)<sup>7</sup>. Obydwa rozpatrywane przez sąd rozwiązania mogą być źródłem niedomówień i konfliktów, powodując w życiu dziecka trudne sytuacje szkolne. Dotyczy to decydowania o rodzaju szkoły, sposobu egzekwowania przez rodziców obowiązków edukacyjnych, sprawdzania przygotowania do zajęć, kontaktów z wychowawcami, dyrekcją i nauczycielami, uczestniczenia w życiu klasy i szkoły, organizowania zajęć pozalekcyjnych, pokrywania kosztów związanych z edukacją itd. W przypadku sądowej ingerencji we władzę rodzicielską jednego z rodziców (poprzez ograniczenie jej sprawowania na podstawie art. 58 bądź 107 KRO), wyrażającej się w zawężeniu zakresu jego rodzicielskiej pieczy do rozstrzygnięcia o tzw. istotnych sprawach dziecka<sup>8</sup> lub opisowym wyliczeniu tych

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2008 r. Nr 220, poz. 1431).

<sup>8</sup> Do kategorii tzw. spraw istotnych dziecka zaliczyć można m.in.: sprawy związane z kierowaniem dzieckiem (w tym określenie jego miejsca pobytu, ustalenie sposobu realizowania wierzytelności alimentacyjnych należnych dziecku od jednego z rodziców i dysponowania nimi przez drugiego rodzica, czasowe powierzenie pieczy nad dzieckiem innej osobie, wybór

czynności, konflikt na linii rodzic – szkoła – rodzic dotyczyć może zwłaszcza chęci partycypowania rodzica, któremu sąd władzę ograniczył, w życiu szkolnym dziecka. W przypadku pozostawienia pełni władzy rodzicielskiej obojgu żyjącym w rozłączeniu rodzicom może powstać problem różnicy zdań, braku przepływu informacji lub zaborczości, co w znacznym stopniu zakłóca współpracę ze szkołą/przedszkolem i podważa podstawową dla działalności pedagogicznej zasadę – wychowawczej konsekwencji. Taki stan destabilizacji i dezorganizacji nie tylko rzutuje na sposób wykonywania zadań przez zwaśnionych rodziców, ale wpływa również na jakość pracy samej szkoły<sup>9</sup>. Jak wynika z badań, nauczyciele w swojej zawodowej praktyce stają się często świadkami negatywnych zmian, jakie zachodzą w zachowaniu i wyglądzie dziecka, którego rodzice popadli w konflikt. Przejawami złej sytuacji rodzinnej są zwłaszcza słabsze wyniki w nauce, unikanie kontaktów z rówieśnikami, złe samopoczucie, problemy psychiczne, agresywność, znerwicowanie, apatyczność i bierność, pojawiające się objawy demoralizacji, ucieczki z domu, zaniedbany wygląd, ujawniające się kompleksy<sup>10</sup>. Z pewnością więc konflikt pomiędzy rodzicami, którzy pragną w porównywalnym stopniu intensywności uczestniczyć w życiu szkolnym swojego dziecka, stanowi ogromne wyzwanie dla pracowników oświaty. Wyzwanie nabierające coraz większego znaczenia, o czym świadczą wyniki badań socjologicznych, jednoznacznie diagnozujące dokonywanie się od początku transformacji ustrojowej w Polsce procesu kształtowania nowego modelu rodziny, z którym wiązać należy również coraz liczniej reprezentowane kategorie rodzin rozbitych w wyniku orzeczenia rozwodu bądź prawnej separacji, rodzin zrekonstruowanych oraz nieformalnych związków posiadających wspólne małoletnie dzieci<sup>11</sup>.

kierunku edukacji), sprawy związane z troską o dziecko (np. decyzja o dokonaniu zabiegu operacyjnego, decyzja o kierunku leczenia poważnej choroby, zapewnienie dziecku odpowiednich warunków mieszkaniowych, a także usuwanie zagrożeń życia i zdrowia), czynności przekraczające zakres zwykłego zarządu jego majątkiem oraz te czynności zwykłego zarządu, które dotyczą właśnie materii istotnej dla dziecka z niemajątkowego punktu widzenia. Zob. M. Andrzejewski, [w:] *Kodeks rodzinny...*, red. H. Dolecki, T. Sokołowski.

<sup>9</sup> W. Stojanowska, *Ochrona dziecka przed negatywnymi skutkami konfliktu między jego rodzicami*, Warszawa 1997, s. 73–95.

<sup>10</sup> *Ibidem*, s. 78.

<sup>11</sup> Tytułem zobrazowania społecznych tendencji warto przytoczyć dane GUS za rok 2012: <http://www.stat.gov.pl>, [dostęp: 15.03.2014]. Wynika z nich m.in., iż w ostatnich kilkunastu latach nastąpił zasadniczy wzrost liczby małżeństw rozwiązanych przez rozwód (z 42 770 w 2000 r. do 64 432 w 2012 r.). Równolegle wzrosła liczba małżeństw powtórných (z 12 746 w 2000 r. do 13 567 w 2012 r.). Analizowane sprawy rozwodowe należą do kategorii spraw, co do których stosunkowo szybko zapadają rozstrzygnięcia, tzn. w przeważającej większości przypadków bez tzw. orzekania o winie okres od wniesienia powództwa rozwodowego do uprawomocnienia się wyroku wynosił w 2012 r. 2–3 miesiące (w 18 927 sprawach). Liczne były postępowania zamykające się w ramach 1 miesiąca (10 914 spraw). Sądowe ustalenie winy przedłużało proces o kolejnych kilka miesięcy (przeciętnie 5–8 miesięcy). Dane

Mając na uwadze wyżej zasygnalizowane procesy społeczne oraz związane z małżeńskim/pozamałżeńskim rozstaniem rodziców konflikty, należy wyartykułować wyzwania, jakie stoją przed nauczycielami w obliczu angażowania w tego typu trudne sytuacje coraz większej liczby podopiecznych placówek oświatowych. W jaki sposób szkoła powinna się dowiadywać o statusie rodzinnym swojego ucznia? Jak ma się ustosunkowywać do obserwowanego rodzicielskiego konfliktu? Jak intensywnie ingerować w relacje między zwaśnionymi rodzicami i ich dzieckiem?

## Rola szkoły w wychowaniu i opiece nad dzieckiem rodziców żyjących w rozłączeniu

Podstawowym obowiązkiem nauczycieli, wynikającym z powierzonych im przez przepisy prawa oświatowego zadań (opiekuńczych i wychowawczych), jest ciągła obserwacja swoich wychowanków i szybkie reagowanie na wszelkie sytuacje zagrażające ich bezpieczeństwu, w tym również zakłócające ich prawidłowy rozwój. Oznacza to, że pracownik przedszkola/szkoły powinien uzyskiwać informacje o swoim podopiecznym z dostępnych mu źródeł oraz wykorzystywać je poprzez podjęcie stosownych działań (informacyjnych, terapeutycznych, mediacyjnych, prawnych) w celu ochrony dobra dziecka. W praktyce szkolnej można się spotkać z pewnymi szkodliwymi mitami, w których powszechna wiara rodzi grzech zaniechania. Są to przede wszystkim:

---

te korelują z informacją na temat najczęstszych przyczyn rozkładu pożycia, stanowiącego podstawę orzeczenia rozwodu. Otóż statystycznie przeważającym powodem rozwiązania małżeństwa przez rozwód okazywała się w 2012 r. różnica charakterów małżonków, podawana w 16 965 przypadkach jako jedyna, a w 5804 przypadkach – jako jedna z kilku przyczyn. Ta okoliczność wyprzedziła m.in. niedochowanie wierności małżeńskiej, nadużywanie alkoholu, nieporozumienia na tle finansowym czy naganny stosunek małżonka do członków rodziny. W przesłance określonej tym pojemnym pojęciem („różnice charakterów”) mieszczą się kwestie światopoglądowe, w tym związane z wyobrażeniami na temat sposobu wychowywania wspólnych dzieci. W ujęciu ilościowym problem podziału kompetencji rodzicielskich w związku z orzeczonym rozwodem dotyczył w 2012 r.: 24 292 par posiadających jedno małe dziecko, 10 858 par z dwójką małych dzieci, 1 876 par z trójką małych dzieci i 544 par z czwórką lub większą liczbą małych dzieci. Sąd, orzekając w postępowaniu rozwodowym o władzy rodzicielskiej nad wspólnymi małżeństwami dziećmi, na 37 570 tego typu orzeczeń w 12 503 przypadkach wykonywanie władzy pozostawił obojgu rodzicom (33,3%), wyłącznie matce – w 22 690 przypadkach (60,4%), wyłącznie ojcu – w 1 643 (4,4%), a oddzielnie względem rodzeństwa w 323 sprawach (0,9%). Rzeczą znamionną jest przeciętny wiek dzieci małżeństw rozwiedzionych. Na grupę 54 026 małych dzieci 7 492 dzieci było w wieku od 0 do 2 lat, 15 202 – w wieku od 3 do 6 lat, 27 252 – w wieku od 7 do 15 lat, 4 080 – w wieku 16–17 lat. Oznacza to, że przeważająca liczba dzieci rozwodzących się par znajduje się bądź w wieku przedszkolnym (28,1%), bądź w wieku szkolnym (50,4%).



1. Przeświadczenie, że konflikty w rodzinie należą do spraw osobistych, co wyklucza prawo nauczyciela do interesowania się i ingerowania w sytuację rodzinną ucznia (jakakolwiek reakcja ze strony przedstawiciela przedszkola/szkoły jest nietaktowna i stanowi objaw bezpodstawnego wtrącania się).
2. Przeświadczenie, że szkoła/nauczyciel nie są władni zagwarantować skutecznej ochrony dziecku, któremu dzieje się w rodzinie krzywda (organami powołanymi do interweniowania w sprawy rodzinne są sądy, prokuratura, policja; szkoła pozbawiona jest narzędzi, aby podejmować stanowcze działania w tym zakresie).

Przyjęcie takiej perspektywy patrzenia na dziecko i jego sytuację rodzinną z pewnością gwarantuje dobre samopoczucie jej zwolenników, ale nie jest zgodne ani z pedagogiczną misją szkoły, ani z regulacjami prawnymi, na których podstawie ona działa. Argumentów na rzecz pedagogów zaangażowanych w swoją pracę edukacyjną, rozumianą szerzej niż tylko prowadzenie zajęć dydaktycznych i przygotowywanie uczniów do testów kompetencyjnych, dostarcza sam rodzinny status osoby małoletniej, chronionej ponad wszystko, również wbrew woli i subiektywnym interesom jego najważniejszych opiekunów<sup>12</sup>. Oczywiście rzeczą jest, że przedsiębrane przez pracowników oświaty działania w pierwszej kolejności koncentrować się powinny na bogatym instrumentarium, jakim dysponuje szkoła. Są to w szczególności: przeprowadzane przez nauczyciela rozmowy z rodzicami uczniów, angażowanie pedagoga szkolnego do prowadzenia rozmów pedagogicznych, działania mediacyjne, organizowane dla rodziców pogadanki oraz rozmowy z samymi uczniami i wizyty w ich domach. Z daleko idącą ostrożnością wykorzystywać należy możliwości, jakie daje podstawowe gremium przedszkolne i szkolne, czyli posiedzenia rady pedagogicznej, celem uniknięcia niepotrzebnej stygmatyzacji oraz tworzenia wokół ucznia atmosfery sensacji, która niczemu konstruktywnemu nie służy. Zawsze natomiast w świadomości grona pedagogicznego i dyrekcji powinna być obecna myśl o możliwości współpracy z innymi specjalistycznymi instytucjami, takimi jak: poradnie psychologiczno-pedagogiczne, centra pomocy rodzinie, ośrodki interwencji kryzysowej, ośrodki pomocy społecznej, świetlice socjoterapeutyczne i środowiskowe, rodzinne ośrodki diagnostyczno-konsultacyjne, fundacje i stowarzyszenia, kuratorzy sądowi<sup>13</sup>.

Z punktu widzenia problemu rozłąki rodziców sprawujących wspólnie pieczę nad dzieckiem w wieku przedszkolnym i szkolnym kluczowym part-

<sup>12</sup> Wielokrotnie na ten temat wypowiadał się Sąd Najwyższy. Przykładowo: wyrok SN z dnia 25 sierpnia 1981 r., III CRN 155/81, niepubl.; uchwała SN z dnia 9 czerwca 1976 r., III CZP 46/75, OSNC 1976, Nr 9, poz. 184.

<sup>13</sup> A. Paszkiewicz, *Współpraca szkoły z instytucjami działającymi na rzecz dziecka i rodziny*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2013, nr 7, s. 17.

nerem do współpracy powinien być sąd rodzinny jako wyspecjalizowana instytucja zajmująca się kompleksowo sprawami osób małoletnich i ich rodzin. Obowiązek tego typu (współdziałania) oparty został przez ustawodawcę na szerokiej normatywnej platformie<sup>14</sup> i ma charakter obustronny, co oznacza, że wymóg sprawnego przepływu informacji i harmonizowania podejmowanych na rzecz dziecka działań adresowany jest do przedstawicieli zarówno wymiaru sprawiedliwości, jak i oświaty. Z punktu widzenia pracy szkoły realizacja obowiązku współdziałania polega zwłaszcza na informowaniu sądu o zaobserwowanych objawach zagrożenia dobra ucznia. I jakkolwiek władcza ingerencja sądu w jego sytuację rodzinną wydaje się czasem zbyteczną, zbyt daleko idącą formą rozwiązywania uwidaczniających się w codziennym funkcjonowaniu dziecka problemów, nie należy jej pomijać w każdym przypadku i za wszelką cenę. Brak stanowczej reakcji przedstawicieli szkoły stanowić może bowiem przyzwolenie na niedopuszczalne z punktu widzenia dobra dziecka praktyki (np. przerzucanie się między rodzicami odpowiedzialnością za stan zdrowia, wygląd, zachowanie, niepowodzenia szkolne dziecka; brak synchronizacji i konsekwencji w działaniach wychowawczych; nieporozumienia w zakresie organizacji czasu dziecka w przypadku zajęć pozalekcyjnych, odbioru z przedszkola/szkoły). Niepowodzenie przeprowadzonej mediacji i próby pedagogizowania zważnionych stron stanowią wystarczające uzasadnienie podjęcia kroków prawnych, do których nauczyciel/dyrekcja jako reprezentant placówki oświatowej jest legitymowany. I nie ma tu znaczenia, że w tzw. przepisach oświatowych brakuje jednoznacznie wyartykułowanej normy kompetencyjnej (jak zasygnalizowano wyżej, wynika ona z innych aktów prawnych). Wytlumaczeniem dla szkodliwej postawy biernego obserwatora tragedii dziecka nie może być również obawa przed negatywną reakcją jego rodziców. Jeśli bowiem swoim destruktywnym zachowaniem szkodzą małoletniemu, względem ich rodzicielską autonomię nie stanowi przekonującego argumentu. Placówka oświatowa w osobach poszczególnych nauczycieli i dyrekcji odpowiada za swojego ucznia, i to nie tylko w obszarze jego edukacyjnych osiągnięć. Ważna, a w zasadzie najważniejsza jest dbałość o jego prawidłowy psychiczny rozwój, bezpieczeństwo, integralność jego osoby<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Regulacje o tej treści znaleźć można w Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym, Ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich czy Kodeksie postępowania cywilnego.

<sup>15</sup> Bardzo trafnie ujęła to W. Stojanowska w następujących słowach: „Skoro rodzice nie zauważają albo nie chcą zauważać negatywnych skutków konfliktu między nimi w odniesieniu do ich dziecka, to powinien te skutki zauważyć nauczyciel. Jeżeli nauczyciel tego nie zauważy, albo nie chce zauważyć, to można powiedzieć, że dziecko pozostaje na tzw. łasce losu, bo na dwa najważniejsze miejsca jego socjalizacji, tj. na dom rodzinny i szkołę, nie ma co liczyć. Dom stanowi dla niego źródło stresu, a szkoła nie ma dla niego albo żadnego znaczenia, albo może stres ten pogłębiać, co dzieje się na przykład, gdy dziecko otrzymuje oceny niedo-

## Konkluzja

Przedstawiciele nauk pedagogicznych w rozważaniach nad kondycją współczesnej rodziny, wobec wysuwanej niestety coraz częściej pesymistycznej diagnozy jakości pełnienia przez nią poszczególnych funkcji (zwłaszcza funkcji wychowawczo-opiekuńczej), opowiadają się za systemową pracą na rzecz wzmocnienia jej potencjału i kompleksowej ochrony przed licznymi podważającymi jej fundamenty zagrożeniami. Swoją rolę w tym obszarze ma do spełnienia również placówka oświatowa. Aby jednak jej działania charakteryzowały profesjonalizm i adekwatność względem zaistniałych w rodzinie ucznia zaburzeń, konieczne są: systematyczne edukowanie pracowników oświaty w zakresie aktualnie obowiązujących przepisów prawa rodzinnego i oświatowego (szkolenia, pogadanki, spotkania z prawnikami, pracownikami wydziałów oświaty, kuratorium oświaty; broszury informacyjne); opracowanie jednolitych, prostych narzędzi komunikowania się placówek oświatowych z wymiarem sprawiedliwości (rozposzechnione formularze wniosków, za pośrednictwem których placówka informowałaby sąd opiekuńczy o przypadku uzasadniającym ingerencję); zwiększenie transparentności sytuacji rodzinnej podopiecznego przedszkola/szkoły względem jego wychowawców/dyrekcji.

Ostatnia ze wskazanych propozycji może budzić pewne wątpliwości w kontekście gwarantowanego przez Konstytucję RP każdemu człowiekowi prawa do poszanowania jego życia prywatnego i rodzinnego (art. 47). Zabrania ono ingerencji państwa w ustalony prawnie zakres życia człowieka, natomiast w sytuacji naruszenia tej sfery nakazuje państwu zapewnić jednostce ochronę<sup>16</sup>. Konieczność objęcia stanowczą gwarancją tego rodzaju dóbr osobistych – prawa do prywatności oraz życia rodzinnego – z uwagi na ich zasadnicze znaczenie dla funkcjonowania człowieka nie budzi wątpliwości. Jednak zaistnieć mogą pewne wyższe względy, które znacznie zawężą zakres ochrony państwowej. W przypadku prywatności taką szczególną okolicznością będzie z pewnością bezpieczeństwo powszechne, natomiast ochrona dobra dziecka może legitymować ingerencję w sferę rodzinną, pod oczywistym warunkiem ustawowego jej usankcjonowania. Takie sytuacje przewiduje np. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, stwarzając sądom rodzinnym prawne możliwości reagowania w stosunki między rodzicami a dziećmi. Idąc tym tropem, należałoby mechanizmy sądowego zabezpieczenia interesów małoletniego rozszerzyć na społeczne funkcjonowanie dziecka, w stosunku do którego nastąpiła modyfikacja sposobu sprawowania pieczy rodzicielskiej, poprzez obligatoryjne informowanie placówek oświatowych o tego typu sądowym rozstrzygnięciu (postanowieniu sądu opiekuńczego lub wyroku rozwodowym/separacyjnym sądu cywilnego). Jest to tym

stateczne z powodu braku koncentracji na lekcji, wynikającego ze stresującego je konfliktu między rodzicami” (W. Stojanowska, *op. cit.*, s. 75).

<sup>16</sup> W. Skrzydło, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2013.

bardziej zasadne, że w sądowym orzeczeniu, na podstawie którego następuje określenie sposobu sprawowania pieczy nad małoletnim (w przypadku ograniczenia władzy rodzicielskiej jednemu z rodziców), sądy często precyzyjnie ustalają obszary, w których rodzice powinni współpracować, i wyznaczają zasady tej współpracy. Duży stopień precyzyjności ustaleń dotyczy również sytuacji pozostawienia obojgu rodzicom władzy rodzicielskiej z uwagi na wypracowany przez nich zgodnie i przedstawiony sądowi tzw. plan rodzicielski (zwany również planem wychowawczym, planem opieki rodzicielskiej bądź rodzicielskim porozumieniem). Jego zasadniczy punkt stanowią kwestie szkolne. Rozstający się rodzice, organizując opiekę nad wspólnym dzieckiem w wieku szkolnym, powinni odpowiedzieć sobie na następujące pytania<sup>17</sup>: W jaki sposób podejmowane będą decyzje dotyczące dalszego kształcenia i wyboru zawodu dzieci? W jaki sposób dokonywany będzie wybór szkoły? W jaki sposób każde z rodziców będzie utrzymywać kontakt ze szkołą (odbierać informacje na temat dziecka, dowiadywać się o różnych imprezach szkolnych)? Czy na szkolne wydarzenia (wywiadówki, imprezy sportowe, uroczystości) rodzice chodzić będą razem czy osobno? Jak rodzice będą zawiadamiać szkołę o zmienionej sytuacji dzieci? W jaki sposób rodzice będą opłacać zakup książek i przyborów szkolnych? W jaki sposób rodzice będą podejmować decyzje o udziale dzieci w wycieczkach? Kto będzie płacił za wycieczki? W jaki sposób rodzice dokonywać będą wyboru zajęć pozalekcyjnych i jak będzie wyglądała ich realizacja (np. dowóz i odbiór dziecka)? Tego typu informacje, traktujące o jasnym podziale między rodzicami obowiązków w zakresie pieczy nad wspólnym dzieckiem, powinny być szkole znane. Transparentność w zakresie statusu rodzinnego ucznia minimalizowałaby ryzyko pojawienia się nieporozumień, pretensji rodziców wobec szkoły oraz przypadków bardziej drastycznych nadużyć, typu nieuprawniona zmiana placówki, do której małoletni uczęszcza (wbrew woli drugiego rodzica), czy statystycznie coraz liczniejsze porwania rodzicielskie.

Nawiązując do zasygnalizowanej na wstępie ochronnej formuły wielu konstytucyjnych, rodzinnoprawnych i oświatowych uregulowań, należy zawarty w nich nakaz zabezpieczania ogółu osobowych i majątkowych interesów małoletniego interpretować i realizować w sposób konstruktywny. Wymaga on ciągłego namysłu nad skutecznością przedsięwziętych działań, także w kontekście dokonujących się przemian modelu współczesnej rodziny.

<sup>17</sup> M. Drozd, *Plan opieki rodzicielskiej. Jak opiekować się dziećmi, gdy rodzice nie mieszkają razem*, broszurka informacyjna KOPD, [s.a.e.l.].

## Bibliografia

- Drozd M., *Plan opieki rodzicielskiej. Jak opiekować się dziećmi, gdy rodzice nie mieszkają razem*, broszurka informacyjna KOPD, [s.a.e.l.].
- Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. H. Dolecki, T. Sokołowski, Warszawa 2010.
- Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, Warszawa 2012.
- Kurzyna-Chmiel D., *Oświata jako zadanie publiczne*, Warszawa 2013.
- Paszkievicz A., *Współpraca szkoły z instytucjami działającymi na rzecz dziecka i rodziny*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2013, nr 7.
- Skrzydło W., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2013.
- Stojanowska W., *Ochrona dziecka przed negatywnymi skutkami konfliktu między jego rodzicami*, Warszawa 1997.

### Akty prawne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r., art. 70, ust. 1.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2008 r. Nr 220, poz. 1431).
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r., poz. 256.2572 – j.t. ze zm., art. 2572).
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r., Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2012 r. poz. 788 – j.t. ze zm.).

### Strony internetowe

- <http://www.stat.gov.pl>, [dostęp: 15.03.2014].

## Status prawny dziecka rodziców żyjących w rozłączeniu z perspektywy szkoły

**Streszczenie:** Ochronna formuła zasady dobra dziecka, zawierająca normatywny nakaz zabezpieczenia ogółu osobowych i majątkowych interesów osoby małoletniej, wymaga ciągłego namysłu nad skutecznością przedsięwziętych działań. W kontekście dokonujących się dynamicznych przemian modelu współczesnej rodziny oznacza to konieczność redefinicji granic sfery życia rodzinnego, do których przekraczania w określonych sytuacjach legitymuje prawo państwowe. W sytuacjach szkolnych ingerencję w status rodzinnoprawny małoletniego ucznia uzasadnia obawa o zakłócenie procesu jego psychofizycznego rozwoju będącego wynikiem konfliktu między żyjącymi w rozłączeniu rodzicami dziecka. Należy stanowczo wyartykułować rolę, jaką w tym obszarze pełni placówka oświatowa.

**Słowa kluczowe:** dobro dziecka, władza rodzicielska, rozwód, placówka oświatowa, opieka nad uczniem

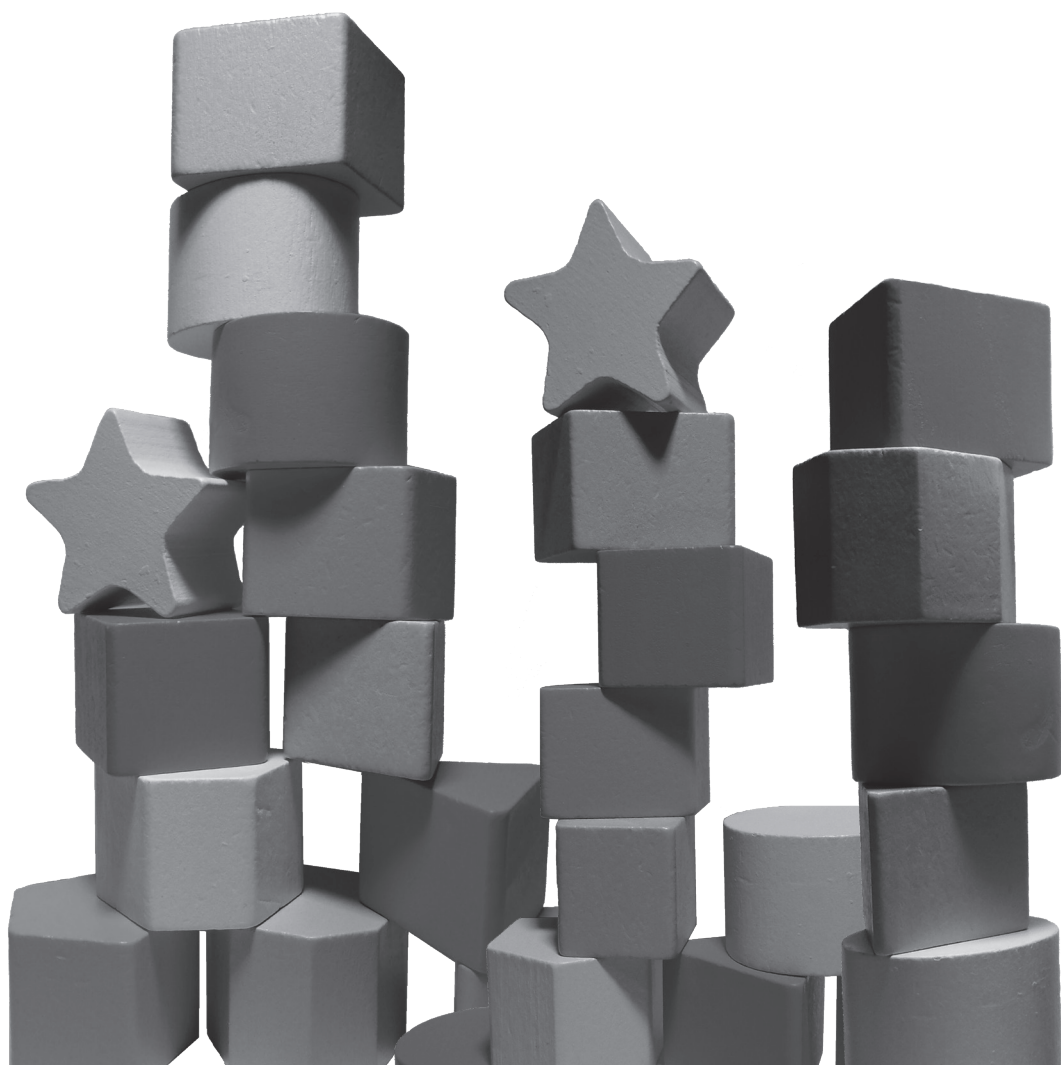
## A school perspective on the legal status of a child with separated parents

**Summary:** The protective aspect of children's rights, which includes the order to guard a child's property and personal rights needs to be continuously revised. From the point of view of the dynamic changes of the modern family model it means that there is a necessity to redefine the limits of protection of family life which can be legally crossed by the state in certain situations. In school situations interference in a student's family relations is connected with the fear of disturbance to the child's psychophysical development as a consequence of the conflict between parents who are in separation. It is necessary to define the role played by educational institutions in this kind of situations.

**Keywords:** child's good, parental custody, divorce, educational institution, student's guardianship



Muzyka w edukacji,  
edukacja w muzyce







Maciej Kołodziejski

## Terapia (z) muzyką w tle. Wgląd w wybrane eksploracje badawcze

### Oblicza muzykoterapii

Muzyka spełnia niewątpliwie funkcję **terapeutyczną**<sup>1</sup>. Odkryto ją niemal trzy tysiące lat temu. Jednak dopiero XX wiek przyniósł dostatecznie przekonujące wyniki badań naukowych, które początkowo intuicyjnie (zdroworozsądkowo), a z czasem racjonalnie potwierdzały to założenie. Znaczenie muzykoterapii wzrosło jednak dopiero wówczas, gdy stwierdzono, że większość różnego typu chorób ludzkich ma podłoże psychiczne i emocjonalne oraz dotyczy relacji napięć wewnątrzosobowych i zewnątrzosobowych<sup>2</sup>. Odnotowano oddziaływanie muzyki na emocjonalną sferę osobowości człowieka, a więc także na całą psychikę. Wskazywana emocjonalna siła muzyki pochodzi z jej struktury i może wpływać na ludzi różnorodnie. Biegunowość muzyki zaznacza się w efektach jej determinantów, ponieważ zależnie od warunków (zewnątrznych i wewnętrznych, osobowych, społecznych, psychologicznych, pedagogicznych) może ona bawić, rozluźniać, dostarczać doznań estetycznych i transcendentnych, pobudzać czy uspokajać. W szczególności ludzki głos (mówiony, rytmiczowany i śpiewany) oraz ludzkie ciało (rytmicznie się poruszające) tworzą główny impuls motywacyjny muzyki<sup>3</sup>. Psychika człowieka jest silnie zintegrowana z somatyką i na odwrót<sup>4</sup>. Wśród sporów psychofizycznych o istotę człowieka, w kontekście aspektów ontologicznych, epistemologicznych, antropologicznych i aksjologicznych, jedna z odmian pluralizmu filozoficznego, a mianowicie **dualizm**, zakłada, że istota ludzka jest złożona z dwóch równorzędnych, choć skrajnie odmiennych czynników – ciała i psychiki. W kontekście założeń muzykoterapii oba mogą pozostawać wobec siebie głównie w relacji interakcjonistycznej, ponieważ nieustannie oddziałują na siebie<sup>5</sup>. Istota muzykoterapii jednak mieści się w łączeniu jej z innymi formami od-

<sup>1</sup> Obok funkcji poznawczych, wychowawczych, kształcących, emocjonalnych i społecznych.

<sup>2</sup> J. Wierszyłowski, *Psychologia muzyki*, Warszawa 1979, s. 264–265.

<sup>3</sup> J. Sloboda, *Umysł muzyczny. Poznawcza psychologia muzyki*, Warszawa 2002, s. 327–328.

<sup>4</sup> A. E. Jarkowska, *Muzyka jako element wychowania w rozwoju osobowym dziecka z niepełno-sprawnością*, Tychy 2004, s. 68.

<sup>5</sup> B. Olkowska, *Zagadnienia antropologii filozoficznej*, [w:] *Podstawy filozofii*, red. S. Opara, Olsztyn 1999, s. 22.

działywania psychoterapeutycznego<sup>6</sup>. Wynika to z faktu, że sfery gnostyczne mózgu (wzrok, słuch, somestezja i kinestezja) są powiązane na płaszczyźnie emocji. Żychowska zarysowuje koncepcję muzykoterapii przez syntezę muzyki ze śpiewem, tańcem, ruchem i słowem oraz rysowaniem, światłem, dotykiem i pracą – jako asocjacji sfer gnostycznych mózgu. Autorka uważa, że te rodzaje terapii łączone z muzykoterapią czynną w odniesieniu do dzieci są skutecznymi metodami wychowawczymi<sup>7</sup>. Desygnuje to nowy paradygmat muzykoterapii, rozumiany tutaj jako zbiór idei przewodnich akceptowanych przez większość specjalistów z tej dziedziny<sup>8</sup>, w którym muzyczna aktywność podmiotu w koniunkcji z akceptacją niedoskonałości staje się czynnikiem ewokującym pozytywne zmiany w terapii człowieka. Mimo tego, że rozwój muzykoterapii przebiega w dwóch różnych kierunkach – jako **samodzielnej metody oddziaływania** lub jako **metody pomocniczej**, indywidualnej lub grupowej<sup>9</sup>, przypisuję jej szczególne funkcje raczej w tym drugim znaczeniu. Może więc być ona „formą psychoterapii, która wykorzystuje muzykę i jej elementy jako środki stymulacji, strukturalizacji oraz ekspresji emocjonalnej i komunikacji niewerbalnej w procesie diagnozy, leczenia i rozwoju osobowości człowieka”<sup>10</sup>. Zaprezentowane niżej wyniki badań odzwierciedlają muzykoterapię skategoryzowaną przez Magdalenę Wójcik-Standio, jako:

- kliniczno-diagnostyczną, podejmowaną przez specjalistów z zakresu medycyny;
- naturalną, w której podstawowym materiałem leczniczym są dźwięki natury;
- spontaniczną, mającą pomóc podmiotowi wyrazić emocje;
- adoptowaną, wykorzystującą przypadkowy materiał muzyczny do relaksacji lub wyciszenia podmiotu;
- profilaktyczną, stosowaną prewencyjnie;
- socjoterapeutyczną, prowadzącą się do eliminowania nieprawidłowych wzorców zachowań i do nauki zachowań społecznie pożądanych;
- meloterapeutyczną, wykorzystującą terapeutyczne walory śpiewu<sup>11</sup>.

W literaturze występują także inne rodzaje muzykoterapii, do których zaliczam:

- wyzwalającą, w której dzięki muzyce pomaga się podmiotowi uwolnić pożądane (w danej chwili) emocje;

<sup>6</sup> Stąd postulat współpracy wielu środowisk (lekarzy, nauczycieli, terapeutów, psychologów i pedagogów) w zakresie stosowania muzykoterapii jako metody leczenia.

<sup>7</sup> T. Żychowska, *Muzyka i jej właściwości terapeutyczne*, [w:] *Bliżej muzyki. Bliżej człowieka*, red. A. Białkowski, B. Smoleńska-Zielińska, Lublin 2002, s. 210–211.

<sup>8</sup> D. F. Walker, J. F. Soltis, *Program i cele kształcenia*, przeł. K. Kruszewski, Warszawa 2000, s. 56.

<sup>9</sup> T. Żychowska, *op. cit.*, s. 208.

<sup>10</sup> E. J. Konieczna, *Arteterapia w teorii i praktyce*, Kraków 2011, s. 41.

<sup>11</sup> *Ibidem*, s. 44.

- indukcyjną, w której treningi muzyczne mogą wpływać na procesy uczenia się podmiotu. Różnego rodzaju zabiegi z udziałem muzyki determinują jakość podejmowanych aktywności przez podmiot. Zdeterminowane jest to obserwacją i wychwyceniem różnic indywidualnych w kohezji ze zdiagnozowanym schorzeniem;
- inkluzyjną, pomocną w adaptacji dziecka do nowych warunków (przedszkolnych, szkolnych).

## Nauczyciel jako „muzykoterapeuta”

Muzykoterapia w środowiskach edukacyjnych (przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, szkołach specjalnych) coraz częściej asystuje współczesnemu nauczycielowi w codziennych powinnościach edukacyjnych, terapeutycznych czy wyrównawczych<sup>12</sup>. W aktywności muzycznej dziecka upatruje się podwójną siłę – edukacyjną i terapeutyczną<sup>13</sup>. Istnieje też tendencja do wdrażania **strategii włączającej** terapeutów muzycznych i nauczycieli muzyki w podejmowanie wspólnych wysiłków edukacyjno-terapeutycznych w szkołach ogólnokształcących. Kierunek temu rozwiązaniu nadają głównie kryzysy edukacyjne i kulturowe oraz wszelkiego rodzaju deprawacje społeczne, szczególnie obserwowane w szkołach pod postacią przemocy fizycznej i psychicznej, manipulacji, wyzysku, wzmożonego stresu szkolnego, lęków i nawet fobii<sup>14</sup>. Jednakże wskazany wcześniej obraz nie wyczerpuje tematu, ponieważ środowiskom edukacyjnym i terapeutycznym przyświecają idee prorozwojowe. Te dwa kierunki z pewnością mogą stanowić komplementarną wizję współczesnej edukacji i terapii muzycznej, tworząc nowy **paradygmat edukacji alternatywnej** – nastawionej na holistyczny rozwój dziecka a pozbawionej wartościowania i oceniania. Jednocześnie szczególnie nacechowanej podmiotowością, procesualnością i kontekstualnością oraz pożądanym interakcjonizmem w kontaktach zarówno między uczniami, jak i nauczycielem i uczniami.

Jak twierdzą K. McFerran i C. Campbell, wdrażane programy terapii przez muzykę pomagają zaobserwować pożądane zmiany w psychice, emocjonalne zaangażowanie dzieci w muzykę, umiejętność wyrażania własnej tożsamości, poczucia bezpieczeństwa i intymności oraz prawidłowych relacji z innymi<sup>15</sup>.

<sup>12</sup> Zob. T. Żychowska, *op. cit.*, s. 207.

<sup>13</sup> D. Rickson, *Music Therapy School Consultation: A Unique Practice*, „Nordic Journal of Music Therapy” [serial online] październik 2012, nr 21(3), s. 268–285, Academic Search Complete, Ipswich, MA, [dostęp: 1.02.2014].

<sup>14</sup> Zob. E. Szkoda, *Lękam się, więc jestem. Pomyślenia w kontekście edukacji*, [w:] *Czyja edukacja? Refleksje o podmiotowości*, cz. 2, red. A. Pluta (Humanistyka, Pedagogika, Edukacja, t. 3), Częstochowa 2011, s. 47–48.

<sup>15</sup> K. McFerran, C. Campbell, *Music Therapists' Use of Interviews to Evaluate Group Programmes with Young People: Integrating Wilber's Quadrant Perspectives*, „Nordic Journal of Music The-

Zatem aktywność muzyczna wzmacnia kompetencje społeczne i afektywne, inteligencję intrapersonalną oraz poczucie bezpieczeństwa uczniów.

W ramach badań C. A. Alexandry przeszkolono 20 nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w zakresie podstawowych działań terapeutyczno-muzycznych<sup>16</sup>. Celem podjętych działań było rozwinięcie umiejętności społecznych uczniów szkoły podstawowej, usprawnienie nauczycieli w zakresie diagnozy kompetencji społeczno-afektywnych ich podopiecznych oraz podniesienie poziomu stosowania działań muzycznych, technik interwencji oraz terapii muzycznej, potrzebnych w nauczaniu, rekultywacji oraz ćwiczeniu umiejętności społecznych uczniów. Tym samym promowano świadomość nauczycieli co do wiedzy proceduralnej dotyczącej wykorzystywania emocji w nauczaniu (werbalnie i niewerbalnie), szczególnie wyrażanej w zachęcaniu i podnoszeniu motywacji uczniów w działaniu poprzez spotęgowanie wielorakich doświadczeń społecznych.

J. R. Cheek, L. J. Bradley, G. Parr oraz W. Lan zastosowali techniki muzykoterapii jako interwencji wobec wypalenia zawodowego nauczycieli<sup>17</sup>. W ich badaniu wzięło udział 51 nauczycieli szkół podstawowych, którzy, uczestnicząc w szkolnych grupach doradczych z wykorzystaniem technik muzykoterapii w połączeniu z interwencją poznawczo-behawioralną, obniżyli indywidualny poziom zdiagnozowanego wypalenia zawodowego. W grupach małżeńskich poddanych interwencji terapeutycznej z udziałem muzyki fakt interwencji w bardziej istotny sposób przyczynił się do osłabienia objawów wypalenia zawodowego. Tutaj wskazywano na zmienną, jaką jest stan cywilny badanych, ponieważ relacja oblubieńcza może stanowić ważne źródło wsparcia dla takich grup nauczycieli. Poprzez udział w terapii behawioralno-poznawczej i muzycznej pedagogzy mieli możliwość poznania bardziej skutecznych strategii radzenia sobie ze stresem i pokonywania bieżących lub nawarstwiających się problemów zawodowych. Wcześniejsze badania sugerowały jedynie, że dodanie muzykoterapii do terapii grupowej oferuje jej uczestnikom możliwości lepszego wyrażania swoich emocji oraz daje szansę na nawiązywanie relacji z innymi specjalistami, poprzez kształtowanie i pogłębianie więzi społecznych, zwiększanie umiejętności radzenia sobie z różnymi sytuacjami (włącznie ze stresem) oraz jest okazją do wyrażenia negatywnych emocji poprzez zachowania niewerbalne lub reakcje na bodziec muzyczny.

---

rapy” [serial online] luty 2013, nr 22(1), s. 1–23, Academic Search Complete, Ipswich, MA, [dostęp: 5.02.2014].

<sup>16</sup> C. A. Alexandra, *Training Elementary Teachers to Use Music Therapy Activities for Social Skill Promotion* [e-book], 1985, ERIC, Ipswich, MA, [dostęp: 5.02.2014].

<sup>17</sup> J. R. Cheek, L. J. Bradley, G. Parr, W. Lan, *Using Music Therapy Techniques to Treat Teacher Burnout*, „Journal of Mental Health Counseling” 2003, nr 25(3), s. 204.

## Muzykoterapia w niwelowaniu dysleksji rozwojowej (DR)

Współczesnym problemem edukacji uczniów nieprzejawiających żadnych odchyleń od normy intelektualnej jest tzw. **dysleksja rozwojowa** (DR), która definiowana jest na stronie Polskiego Towarzystwa Dysleksji jako specyficzny rodzaj trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci ze stwierdzonym prawidłowym rozwojem umysłowym. Spowodowana jest zaburzeniami niektórych funkcji poznawczych, motorycznych i ich integracji oraz uwarunkowana nieprawidłowym funkcjonowaniem układu nerwowego młodego człowieka<sup>18</sup>. W badaniach E. Heikkili i A. Knighta<sup>19</sup> przeprowadzonych wśród dzieci w wieku wczesnoszkolnym uczęszczających do szkoły muzycznej lub chóru szkolnego za pomocą oddziaływań melodyczno-rytmicznych opisano i zaproponowano wielorakie sposoby zaangażowania uczniów z DR w aktywność muzyczną w ramach integracyjnych klas muzycznych. Dyslektycy, w tym znaczeniu, to osoby, które przetwarzają wszystkie informacje poznawcze inaczej niż dzieci zdrowe. U przedszkolaków diagnoza nie wykazuje typowych symptomów DR, ale obserwowane opóźnienia mowy i trudności językowe mogą stanowić pierwsze oznaki opisywanych trudności. Dzieci w wieku wczesnoszkolnym mogą wykazywać więcej bardziej zróżnicowanych objawów, w tym tych związanych z zapisywaniem i odczytywaniem dźwięków. Przykładem mogą być zróżnicowania w odczytywaniu takich słów, jak „jogurt” – „jurgot”, a są one jednakowo długie i rymują się. Inne dowody na DR mogą obejmować trudności z czytaniem i pisaniem oraz ogólne zaburzenia ekspresji w sytuacjach komunikacyjnych, czasami określane jako przetwarzanie słuchowe. Objawy tego schorzenia mogą się ujawniać w dekodowaniu pojedynczych wyrazów, zaburzeniach pamięci krótkotrwałej, niskich umiejętnościach motorycznych, a czasami słuchowych i wizualnych deficytów percepcji. N. Kraus i B. Chandrasekaran, badacze komunikacji i przetwarzania słuchowego u dzieci, postulują aktywną edukację muzyczną i treningi mowy jako typowe czynności w ramach procesów leczenia patologii związanych z dysleksją rozwojową. Aby pomóc dzieciom przezwyciężyć wszelkie trudności w uczeniu się z powodów dysleksji rozwojowej, zaleca się szkolenia, w czasie których uczniowie podlegają ćwiczeniom rozwijającym percepcję rozróżniania rozmowy na tle hałasów z zewnątrz. Muzyka w tym wypadku, jako wartość dodana, łączy kształtowanie mechanizmów neuronalnych poprzez słuchanie i ruch, które mają zapewnić poczucie przyjemności dziecku. Ten swoisty rodzaj niepełnosprawności u uczniów będących w tzw. normie intelektualnej, przejawia się nie tylko w trudnościach językowych oraz zaburzeniach umiejętności czytania, ale także w stosunku do odczytywania symboli muzycznych, które można uznać za kolejny rodzaj „ję-

<sup>18</sup> Co to jest dysleksja rozwojowa, [http://www.ptd.edu.pl/o\\_dysleksji/co\\_to\\_jest\\_dysleksja\\_rozwojowa](http://www.ptd.edu.pl/o_dysleksji/co_to_jest_dysleksja_rozwojowa), [dostęp: 2.02.2014].

<sup>19</sup> E. Heikkila, A. Knight, *Inclusive Music Teaching Strategies for Elementary-Age Children with Developmental Dyslexia*, „Music Educators Journal” 2012, nr 99(1), s. 54–59.

zyka” wymagający jakiejś swoistej interpretacji. Ta relacja występuje głównie ze względu na abstrakcyjny charakter symboli muzycznych, a wraz z potrzebą umiejętności czytania związana jest z mechanizmem śledzenia tekstu od lewej do prawej strony. Innym prawdopodobnym efektem są krótkofalowe problemy z pamięcią, które mogą, przykładowo, upośledzać kompetencje uczniów dotyczące czytania tekstów chóralnych, a związane są bezpośrednio z sytuacją (nie dość, że stresową), wymagającą umiejętności przetwarzania i dekodowania niektórych rodzajów informacji. Niektórzy badacze ostrzegają nauczycieli przed zbyt pośpieszną i pochopną diagnozą uczniów i przypisywaniem im etykiety lenistwa, zamiast odkodowania ukrytych dysfunkcji jako istotnych inhibitorów prakseologii umiejętności werbalnych. Takie zachowania mogą spowodować u uczniów objawy niskiego poczucia wartości, lęki i wyuczoną bezradność. Nauczyciele powinni być świadomi możliwości intelektualnych i rozwojowych (a więc różnic indywidualnych) każdego dziecka, aby zapewnić mu niezbędną pomoc od najmłodszych lat, bo taka wczesna interwencja psychopedagogiczna może przynieść pożądane efekty i sukces w procesach uczenia się. Ponieważ dziecko z DR może się zmagać z problemem koncentracji uwagi, rozmieszczenie uczniów w klasie powinno być starannie zaplanowane. Dotyczy to także wszelkich pomocy naukowych i dydaktycznych, plansz, mebli i kącików tematycznych. Umieszczenie ucznia w klasopracowni, z dala od wszelkich rozrywek, takich jak rozmowni czy nadpobudliwi koledzy lub celowa dekoracja w klasie, staje się pośrednią determinantą sukcesu terapeutycznego. Dziecko powinno siedzieć obok osoby dobrze rozwiniętej wokalnie, aby środowisko muzyczne sprzyjało wszelkiemu celowemu działaniu, w jak najlepszych warunkach lokalowych, interpersonalnych i fizycznych. Poprzez optymalną organizację środowiska uczenia się rozwinięte muzycznie dzieci mogą wzajemnie pomagać sobie w działalności muzycznej, zapamiętywaniu melodii i tekstów czy opanowaniu wielorakich procedur organizacyjnych w klasie. Warto też podjąć kilka kroków w celu optymalizacji warunków uczenia się w ramach interakcji zachodzących w grupie klasowej, rozumianej jako społeczna. Po pierwsze tekst piosenki powinien być wyraźnie widoczny, więc dobrze jest go powiększyć do rozmiarów gwarantujących znakomitą czytelność. Słowa należy wydrukować na papierze o jasnym pastelowym kolorze, ponieważ czarny na białym jest trudniejszy do odczytania ze względu na blask. W celu zapewnienia zaangażowania uczniów, należy wyróżnić linijki refrenów na tyle, aby utrzymać ich przejrzystość i czytelność dla uczniów. Powinno się też ustalić z dziećmi używanie zawsze tych samych kolorów, aby uniknąć w przyszłości nieporozumień. Z pewnością stosowanie tablic interaktywnych zapewni nauczycielom i uczniom ekscytujący sposób uatrakcyjnienia zajęć oraz zwiększenia ich czytelności i trafności.

Jeśli chodzi o typowo muzyczne zajęcia, pierwszy krok stanowi rozwijanie poczucia rytmu u dzieci. Początkowo wskazane jest ćwiczenie pulsu piosenki, najlepiej w marszu lub w miejscu rękoma na kolanach. Ćwiczenia takie roz-

poczynać należy od rytmizowania popularnego wiersza, ponieważ rozwija to kreatywność uczniów oraz wzmacnia terminologię muzyczną (np. tempo, puls, rytm). Powyższe działania wspierają procesy uczenia się wartości rytmicznych oraz zaspokajają potrzeby wzrokowe, słuchowe i kinestetyczne uczniów. Ponadto można stosować ćwiczenia z użyciem ostinato, rozwijać twórczość i improwizację muzyczno-rytmiczną<sup>20</sup>. Opisywane rezultaty mają charakter zarówno terapeutyczny, jak i edukacyjny.

## Muzyka w leczeniu ADHD

Obserwuje się coraz częściej wzrost zainteresowania badaczy wpływem muzyki na dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym ze zdiagnozowanym zespołem ADHD. Istnieje jednak niewiele metod terapii opisywanych w literaturze a dotyczących skutecznego wspomagania leczenia ADHD, włącznie ze stosowaniem farmakologii. Zdaniem N. A. Jackson, muzyka może skutecznie wspomagać terapię farmakologiczną u takich dzieci, a wyniki leczenia postrzegane są jako znacząco korzystne dla pacjenta<sup>21</sup>. Przy najczęstszych objawach ADHD, jakie się podaje, najbardziej zauważalne to zaburzenia koncentracji (dorosłemu wydaje się, że dziecko nie słyszy tego, co się do niego mówi, dziecko nie kończy rozpoczętych zdań, często gubi różne rzeczy, zapomina o codziennych sprawach, rozpoczyna kilkanaście przedsięwzięć jednocześnie), impulsywność (odpowiada, zanim usłyszy do końca pytanie, ma trudności z czekaniem na swoją kolej, przerywa innym, nie jest w stanie przewidzieć następstw swojego postępowania) oraz nadruchliwość (często macha nogami lub rękami, w czasie lekcji wędruje po klasie, wspina się, skacze, zdobywa kolejne szczyty i stale jest w ruchu, często jest nadmiernie gadatliwie). Do tego typu zaburzeń konieczne są strategie muzyczne, które pomagają rozładować szczególnie symptomy ADHD charakteryzujące kohezję działań rodziny, terapeutów i szkoły, a mają na celu złagodzenie napięć i niektórych objawów<sup>22</sup>. Do takich zaliczyłbym niewątpliwie wszystkie formy edukacji muzycznej ekspresyjnej (śpiew, gra na instrumentach, ruch z muzyką, twórczość i improwizację muzyczną) oraz łączenie percepcji z ekspresją – szczególnie grę na instrumentach podczas odtwarzania muzyki oraz ruch w połączeniu ze słuchaniem muzyki. Takie rozwiązania muzyczno-ruchowe<sup>23</sup> proponuje J. Feierabend

<sup>20</sup> Zob. więcej: *ibidem*.

<sup>21</sup> [http://adhd.org.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=144:adhd-najczesciej-zadawane-pytania&catid=103:adhd-co-to-jest-aktualne&Itemid=109](http://adhd.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=144:adhd-najczesciej-zadawane-pytania&catid=103:adhd-co-to-jest-aktualne&Itemid=109), [dostęp: 2.02.2014].

<sup>22</sup> *ADHD najczęściej zadawane pytania*, [http://adhd.org.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=144:adhd-najczesciej-zadawane-pytania&catid=103:adhd-co-to-jest-aktualne&Itemid=109](http://adhd.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=144:adhd-najczesciej-zadawane-pytania&catid=103:adhd-co-to-jest-aktualne&Itemid=109), [dostęp: 2.02.2014].

<sup>23</sup> J. Feierabend to jeden ze światowych autorytetów pedagogiki muzyki i pedagogiki rozwoju ruchowego dzieci. To także laureat nagrody za zebranie i wydanie oryginalnych amerykańskich



w swojej koncepcji ruchu kreatywnego<sup>24</sup>. Innowacyjny zestaw płyt DVD (filmy) i CD (tylko muzyka) *Move it!*<sup>25</sup> stanowi inspirację dla nauczycieli i uczniów w każdym wieku, która pomaga poznać i zrozumieć muzykę artystyczną. Opisany zestaw zawiera 23 utwory<sup>26</sup> w różnych stylach składające do rozpoczęcia przygody z muzyką artystyczną i ruchem. Każdy schemat ruchowy jest nagrany na płycie DVD i opisany w przewodniku. Ekspresyjne przykłady ruchu z muzyką zawierają wyrazistą formę, odwołują się do rozwoju dziecka oraz emocjonalnej siły gestu autorstwa P. Lyman. Zdaniem J. Feierabenda, zrozumienie organizacji sekwencji ruchowych pozwala dziecku na eksplorowanie jego przestrzeni osobistej i społecznej<sup>27</sup>. Prezentowane wzory ćwiczeń pełnią funkcje zarówno edukacyjne (poprzez poznanie muzyki artystycznej i kształcenie wrażliwości słuchowej), społeczne (demonstrują muzykę jako sztukę wypełniającą przestrzenie społeczne i edukacyjne), integrujące (pozwalają na integrowanie pełnosprawnych z niepełnosprawnymi, młodych ze starszymi) oraz terapeutyczne (pomagają usprawnić niedoskonałości). Muzykoterapia stosowana we wspomaganie leczenia ADHD jedynie ze wsparciem rodziny i nauczycieli jest wskazywana jako najczęściej skuteczna. Z pewnością współpraca triady nauczyciel – rodzic – terapeuta przynosi wiele korzyści, dziecko rozwija potrzebne w życiu dorosłym kompetencje społeczne, a to w przypadku ADHD jest niezwykle ważne.

## Muzyka w adaptacji społecznej

Stosowanie terapii muzycznej może zwiększyć bezpieczeństwo emocjonalne osób z różnych grup etnicznych i narodowych. W badaniach B. Kalish-Weiss, opracowanych na podstawie projektu wdrożonego w celu poprawy jakości usług leczenia zdrowia psychicznego i emocjonalnego dzieci z mniejszości

skich piosenek ludowych. Jest profesorem muzyki Uniwersytetu w Hartford (*John Feierabend*, <http://www.giamusic.com/bios/john-feierabend>, [dostęp: 5.02.2014]).

<sup>24</sup> J. M. Feierabend, *First Steps in Creative Movement*, <http://www.giamusic.com/pdf/Z140CreativeMvmt.pdf>, [dostęp: 2.02.2014].

<sup>25</sup> J. Faierabend, P. Lyman, *Move it!* 2, Chicago 2008.

<sup>26</sup> Bizet: *Marche du Toreador*; Bizet: *Prelude, L'Arlesienne Suite No. 1 (Theme and Variations)*; Gliere: *Russian Sailor Dance*; Schuman: *Kinderszenen, Op. 15 (No. 1 Of Foreign Lands and People)*; Beethoven: *Eccossaises WoO 83*; Fauré: *Sicilienne*; Boccherini: *String Quintet in E Major, Op. 11 No. 5 III Minueto*; Gossec: *Tambourin*; Mozart: *Eine Kleine Nachtmusik, III*; Menuetto: *Allegretto (Serenade No. 13 in G Major) K525*; Brahms: *Hungarian Dances No. 5*; Cowell: *Quartet for Flute, Oboe, Cello and Harpsichord, III, Allegro Moderato*; The Little Grassicals: *Bluegrass*; Chopin: *Waltz in G-flat Major, Op. 70 No. 1*; Bach: *Partita No. 3 in E Major BWV 1006, Gavotte and Rondeau*; Greig: *Holberg Suite, Op. 40, Prelude*; Beethoven: *Menuet in C Major, Rondo in C Major WoO 48*; Gounod: *Funeral March of a Marionette*.

<sup>27</sup> *Move it! 2 by John Feierabend/Peggy Lyman*, [https://www.giamusic.com/search\\_details.cfm?title\\_id=9320](https://www.giamusic.com/search_details.cfm?title_id=9320), [dostęp: 5.02.2014].

etnicznych niemówiących w języku angielskim, poprawiono szkolne relacje osobowe uczniów. Autorzy podjęli to wyzwanie, wychodząc z założenia, że w każdej niekomfortowej sytuacji psychicznej człowieka można wykorzystać jego naturalną i wrodzoną potrzebę ekspresji artystycznej, szczególnie w przypadku braku umiejętności komunikacji w języku obcym, za pomocą twórczości artystycznej w terapii oraz zastosowania tańca i ruchu<sup>28</sup>.

## Muzyka w leczeniu autyzmu

Autyzm staje się zjawiskiem chorobowym coraz bardziej powszechnym, powoli przekraczając barierę problemu społecznego. U osób z autyzmem obserwuje się zazwyczaj co najmniej połowę poniżej przedstawionych objawów, o różnym nasileniu:

- trudności w kontaktach z innymi dziećmi,
- śmiech (chichot) nieodpowiedni do sytuacji,
- kontakt wzrokowy ograniczony lub jego zupełny brak,
- wyraźna niewrażliwość na ból,
- chęć pozostawania w samotności,
- kręcenie przedmiotami i niewłaściwe przywiązanie do przedmiotów,
- nadmierna lub ograniczona ruchliwość fizyczna,
- niepodatność na zwykłe metody nauczania,
- dążenie do monotonii,
- brak prawdziwego strachu przed niebezpieczeństwem,
- permanentna dziwaczna zabawa,
- echolalia (powtarzanie za kimś tych samych słów, pytań),
- niechęć do przytulania,
- brak odpowiedzi na bodźce słuchowe,
- trudności w wyrażaniu potrzeb (zamiast słów pokazywanie palcem),
- skrajne zmiany nastroju,
- nierównomierny rozwój podstawowych zdolności ruchowych<sup>29</sup>.

Wykorzystuje się wielorakie wpływy aktywności muzycznej do leczenia lub wspomagania leczenia autyzmu. Niestety, żadna z metod nie zapewnia całkowitego powrotu do zdrowia, a jedynie poprawę funkcjonowania dziecka w wybranych obszarach egzystencji<sup>30</sup>. Niżej przedstawiono różne eksploracje badaw-

<sup>28</sup> B. Kalish-Weiss, *Creative Arts Therapies in an Inner City School* [serial online] 1.01.1989, ERIC, Ipswich, MA, [dostęp: 2.02.2014].

<sup>29</sup> Zestawienie Amerykańskiego Towarzystwa Autyzmu na podstawie: *Autyzm – charakterystyka rysunkowa*, <http://www.autyzmpomoc.org/o-autyzmie/autyzm-charakterystyka-rysunkowa.html>, [dostęp: 3.02.2014].

<sup>30</sup> T. Pietras, A. Witusik, *Diagnoza autyzmu*, [w:] *Diagnoza i terapia psychopedagogiczna w terapii dziecka*, red. E. Marek, J. Łuczak, Piotrków Trybunalski 2010, s. 428.

cze dotyczące dobroczynnego wpływu muzyki na leczenie objawów autyzmu o różnym nasileniu. Należy jednak pamiętać, że wiele dzieci autystycznych posiada coś w rodzaju nadwrażliwości muzycznej, co może istotnie zaburzać muzykoterapię (zwłaszcza dźwiękiem).

Przykładem wspomagania leczenia autyzmu jest zastosowanie utworów muzycznych J. Curry<sup>31</sup> jako narzędzi w rękach nauczycieli i opiekunów do pomocy dzieciom autystycznym w celu poprawy ich umiejętności w zakresie współpracy i komunikowania się. Eksperyment zastosowano w angielskiej szkole w Southampton<sup>32</sup>. J. Curry jest kompozytorką rozpoznawaną i nominowaną do nagrody British Academy of Film and Television Arts (BAFTA). Większość czasu zajmuje jej komponowanie muzyki, którą można opisać jako „egzystencjalną oazę spokoju”. Moim zdaniem, dźwięki tworzone przez J. Curry wydają się zbyt nie przekraczać pewnej linii dynamiki, ewokować częstych zmian rytmu i ambitusu melodii, przez co swoista względna monotoność może wpływać kojąco na słuch wewnętrzny dzieci autystycznych<sup>33</sup>.

Kolejne badania pokazują wielostronne (werbalno-muzyczne) podejście do problemów uczniów z autyzmem. Tym razem specjalnie tworzone historyjki (opowiadania) okazały się sposobem włączenia jednostek z autyzmem do procesów uczenia się, procesów, które były niezbędne finalnie do zmiany ich specyficznych zachowań. Grupą docelową byli uczniowie szkoły podstawowej zdiagnozowani jako autystyczni. Badanie przeprowadzono we wschodniej części stanu Iowa w USA. Dla każdego dziecka indywidualnie stworzono historyjkę jako podstawę do dalszych działań, następnie były one odczytywane, a na etapie końcowym śpiewane. Opowiadania czytane i śpiewane były prezentowane uczniom w formie ABAC/ACAB. Zmienną zależną była częstotliwość, z jaką docelowe zachowanie wystąpiło w określonych warunkach zmiennej niezależnej. Powyższe dane zbierane były przez jedną godzinę po przedstawieniu danej historyjki. Wyniki we wszystkich czterech przypadkach pokazują, że w formie zarówno odczytu, jak i śpiewu były istotnie statystycznie dla  $p < 0,05$ . Bardziej skutecznym był jednak śpiew. Wyniki badań dostarczyły wiedzy, która wskazuje, że zastosowanie terapii muzycznej z użyciem śpiewu przystosowanej do indywidualnych potrzeb dziecka staje się lepszą metodą w modyfikowaniu zachowań dzieci z autyzmem w tej grupie badawczej<sup>34</sup>.

<sup>31</sup> Z jej osobą można się zaznajomić dzięki profilowi na LinkedIn: <http://www.linkedin.com/pub/jessica-curry/12/460/a10>, [dostęp: 3.02.2014]; natomiast jej muzyki można posłuchać na stronie last.fm: <http://www.lastfm.pl/music/Jessica+Curry>, [dostęp: 3.02.2014].

<sup>32</sup> D. Newnham, *No More Three Blind Mice*, „Times Educational Supplement” [serial online] 30.09.2005 (4654), s. 6–7, Academic Search Complete, Ipswich, MA, [dostęp: 3.02.2014].

<sup>33</sup> Wynik subiektywnej analizy percepcyjnej fragmentów kilku utworów muzycznych tej autorki.

<sup>34</sup> M. Brownell, *Musically Adapted Social Stories to Modify Behaviors in Students with Autism: Four Case Studies*, „Journal of Music Therapy” 2002, nr 39(2), s. 117–144.

Tak jak muzyka jest sztuką, która nie ma granic, tak autyzm jest złożonym schorzeniem neurobiologicznym, które nie dyskryminuje żadnych grup rasowych, etnicznych, narodowościowych i społecznych. Jedyną zmienną, która wskazuje na czterokrotnie większą częstość występowania tej choroby, jest płeć, ponieważ zaobserwowano częstsze zachorowania u chłopców niż u dziewcząt. Podstawowym podłożem autyzmu są zaburzenia odbioru świata przez zmysły, polegające w głównej mierze na innym postrzeganiu przez osoby dotknięte tą chorobą światła, obrazów i dźwięków, odmiennym odczuwaniu dotyku, zapachu, smaku czy bólu. Osoby autystyczne często mają także trudności z precyzyjnym rozumieniem kierowanych do nich wypowiedzi, co powoduje, że tworzą one swój wewnętrzny obraz świata, często odmienny od tego, jaki my reprezentujemy. Mają także problemy z budowaniem więzi i okazywaniem emocji w relacjach z innymi ludźmi, co sprawia, że osoby z autyzmem borykają się z doświadczeniem psychicznego osamotnienia<sup>35</sup>. To schorzenie (są jego różne stopnie) może osłabić zdolność dziecka do komunikowania się i jego relacje z innymi ludźmi, a objawy mogą mieć rozpiętość od bardzo łagodnych do ciężkich. W terapii chodzi głównie o to, aby poprawić środowisko i jakość życia osób z autyzmem, usprawnić ich kontrolę nad komunikacją społeczną i międzypersonalną, przywrócić do świata realnego. Dzięki współpracy praktyków terapii zajęciowej i muzykoterapeutów wykorzystano instrumenty perkusyjne i wszelkie zjawiska rytmiczne w terapii dzieci z zaburzeniami spektrum autyzmu (ASD). Poprzez obcowanie z rytmem ukierunkowano się na zwiększenie koncentracji na obiekcie (instrumencie muzycznym) lub pomyśle (idei rytmicznej) oraz poprawie uwagi. Opisanie badania przyniosło oczekiwane rezultaty w różnych zaburzeniach klinicznych i psychologicznych, poprawiły bowiem społeczny kontekst funkcjonowania osób dotkniętych schorzeniem ASD<sup>36</sup>.

Celem kolejnych badań było opracowanie i obiektywne ocenienie programu terapeutycznego dla dzieci z autyzmem, polegającego na nowatorskim zastosowaniu komplementarnej i alternatywnej medycyny opartej na ruchu z wykorzystaniem jogi. W badaniu udział wzięło 24 dzieci w wieku 3–16 lat ze zdiagnozowanym ASD. Podjęto się sprawdzenia 8-tygodniowego multimodalnego **treningu jogi**, tańca, muzyki i programu terapeutycznego opartego na technikach relaksacyjnych. Przykładami dla tego typu zajęć są poniższe schematy kinestetyczne przedstawione na ilustracjach.

<sup>35</sup> *Autyzm*, <http://www.autyzm.zgora.pl/pl/id.10000>, [dostęp: 3.02.2014].

<sup>36</sup> B. L. Guzik, K. Tonkin, J. B. Roberts, B. R. Demuth, *Using Percussion to Improve Attention-to-Tasks in Children with Autism*, „Exceptional Parent” 2011, nr 41(3), s. 18–20.

Ilustracja 1. Przykłady schematów kinestetycznych użytych w programie badawczym do wprowadzenia dzieci w naukę jogi. Poniżej zdjęcia ukazujące zaangażowanie się dzieci w niektóre ruchy jogi i tańca



Źródło: L. E. Rosenblatt i in., *Relaxation Response-Based Yoga Improves Functioning in Young Children with Autism: A Pilot Study*, „Journal of Alternative & Complementary Medicine” 2011, nr 17(11), s. 103, Academic Search Complete, EBSCOhost, [dostęp: 3.02.2014].

Badania wykazały istotność statystyczną ( $p < 0,003$ ) dla podjętej terapii mającej na celu poprawienie jakości życia osób z autyzmem poprzez stymulację zewnętrzną z zastosowaniem ruchu (jogi i tańca). Skuteczność w leczeniu zaobserwowano głównie w ustąpieniu niektórych behawioralnych wskaźników autyzmu. Mimo tego, że badania potwierdziły słuszność podjętych eksperymentów, były to tylko eksploracje pilotażowe, dlatego ich autorzy postulują rozpoczęcie badań z użyciem randomizacji z aplikacją multimodalnego programu relaksacyjnego w celu zmniejszenia uciążliwych objawów behawioralnych i poznawczych u dzieci z autyzmem. Ponadto proponowane badanie powinno objąć większą liczbę osób, uzupełnić należy instrumentarium badawcze o dodatkowe narzędzia do oceny skuteczności leczenia i bardziej systematyczną analizę czynnikową, przyczyniając się tym samym do spostrzeżenia indywidualnych różnic w reakcji na leczenie<sup>37</sup>. Kolejne badania przeprowadzono na przestrzeni dwóch lat z użyciem metod wywiadu, ana-

<sup>37</sup> L. E. Rosenblatt i in., *Relaxation Response-Based Yoga Improves Functioning in Young Children with Autism: A Pilot Study*, „Journal of Alternative & Complementary Medicine” 2011, nr 17(11), s. 1029–1035, Academic Search Complete, EBSCOhost, [dostęp: 3.02.2014].

lize raportów nauczycieli i notatek z terenu badań oraz sięgnięto po kamerę DVD, którą nagrywano fragmenty zajęć w grupach muzykoterapeutycznych w publicznym przedszkolu w grupie 14 dzieci z autyzmem. Z pomocą metody indywidualnych przypadków skoncentrowano wysiłki badaczy na trojgu dzieciach (Dylan, Gabrielu i Emily). Poddano analizie trzy obszary ich umiejętności – wspólną uwagę, interakcję oraz komunikację interpersonalną. Obserwacji dokonano na podstawie kilku kluczowych wskaźników: spojrzenia, wyrazu twarzy, ruchów ciała/gestów/postawy, podejmowania dźwięków wokalnych, ekspresji werbalnej oraz wytwarzania dźwięków poprzez manipulowanie przedmiotami. Rozpoczęto sesje muzykoterapeutyczne z użyciem czterech podstawowych form edukacji muzycznej: ruchów ciała z muzyką i tańcem, słuchania odgłosów oraz komunikacji werbalnej (w tym artystycznej – muzycznej). Dzięki wprowadzeniu elementów obrazu, wspomagającego alternatywnie komunikację, instrumentów muzycznych, rytmów perkusyjnych, pomocy dydaktycznych dotykowych, słuchowych i kinestetycznych (worki z fasolą) dzieci mogły lepiej komunikować się wzajemnie ze sobą. Aktywny udział nauczyciela odegrał kluczową rolę w zachęcaniu i motywowaniu uczniów do uczestnictwa we wskazanych formach muzykoterapii. Fragmenty sesji terapeutycznych pokazały dzieciom z autyzmem i dorosłym procesy zaangażowania i wspólnego doświadczania muzyki wzajemnie wpływające na siebie podczas uczenia się i odkrywania relacji osobowych i społecznych. W skoordynowanym współdziałaniu wokalnym, włączaniu się i wymianie doświadczeń muzycznych, podejmowaniu zadań społecznych, korzystaniu z instrumentów perkusyjnych, wspólnym muzykowaniu, tańcach grupowych i sekwencjach ruchowych, wzajemnym wyrażeniu emocji, interakcjach w grupie przedszkolnej muzykoterapia dawała pozytywne rezultaty w kontekście zacieśniania więzów grupowych<sup>38</sup>. Wpływy treningu muzycznego, pod postacią różnych jego form, oddziałującego na rozwój dziecka, w tym rozwój komunikacji, rozwój społeczny, emocjonalny i motoryczny dzieci z ASD, obserwuje się także w innych badaniach<sup>39</sup>.

Badania jakościowe, które przeprowadzili P. Kern, M. Wolery i D. Aldridge, pokazały, że poranne rutynowe śpiewanie piosenek stanowi doskonały materiał adaptacyjny, pomocny w funkcjonowaniu dzieci w integracyjnej klasie szkolnej. Piosenki sprzyjają skomplikowanym procesom aklimatyzacji dzieci w środowisku szkolnym, pomagają w akceptacji no-

<sup>38</sup> G. Barnes, *Moments of Meeting: Difficulties and Developments in Shared Attention, Interaction, and Communication with Children with Autism during Two Years of Music Therapy in a Public Preschool Class* [e-book], ProQuest LLC, 2010, ERIC, Ipswich, MA, [dostęp: 3.02.2014].

<sup>39</sup> S. Srinivasan, A. Bhat, *A Review of "Music and Movement" Therapies for Children with Autism: Embodied Interventions for Multisystem Development*, „Frontiers in Integrative Neuroscience” [serial online] 9.04.2013, nr 7, s. 22, MEDLINE, Ipswich, MA, [dostęp: 3.02.2014].

wych nauczycieli i rówieśników oraz ułatwiają zaangażowanie w środowisko szkolne<sup>40</sup>.

Kolejne badania ilustrują wpływ wykorzystania formy improwizacji muzycznej w terapii na skupienie uwagi dziecka z autyzmem w grupie przedszkolnej. Dwie grupy dobrane w sposób losowy porównywano z wykorzystaniem dwóch stymulacji, improwizacji muzycznej i sesji zabawowych. Rejestrowano zachowania podopiecznych za pomocą standardowych narzędzi pomiaru (karty obserwacji, skale) oraz nagrań DVD, głównie do oceny zmian zachowania dzieci ze zdiagnozowanym autyzmem. Ogólne wyniki wskazują, że terapia muzyczna z techniką improwizacji była bardziej skuteczna we wzmocnieniu koncentracji uwagi oraz wspólnych zachowań niewerbalnych. Stosowanie improwizacji muzycznej znacznie zwiększyło umiejętności komunikacji społecznej dzieci, bardziej niż gry i zabawy<sup>41</sup>.

Odnotowuje się pojedyncze przypadki osób z autyzmem, które dzięki szeroko pojętej aktywności muzycznej zyskują na własnym rozwoju. Opisujący w literaturze przedmiotu przypadek 8-letniego Josha Greinera pokazuje, że muzyka staje się uniwersalnym językiem, szczególnie dla ludzi dotkniętych autyzmem. Zrozumienie znaczenia piosenki (używanie własnego głosu jako głosu śpiewanego), która służy przełamywaniu barier komunikacyjnych życia codziennego i zapewnia motywację do doświadczania otaczającego świata, może mieć niebagatelne znaczenie także dla innych przypadków dzieci borykających się z problemami w obrębie różnych postaci tej choroby. Doświadczanie muzyki przyniosło korzyści w komunikacji Josha, poprawę jego umiejętności językowych, zwiększoną uwagę, polepszenie zdolności przetwarzania słuchowego, percepcji czuciowo-motorycznych i funkcji poznawczych. Ponadto zmniejszyło się pobudzenie, a dodatkowo wzrosła umiejętność wyrażania siebie i autoekspresji<sup>42</sup>.

## Konkluzja

Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową z pewnością nie stanowi antidotum na ich problemy edukacyjne, społeczne, afektywne, zdrowotne czy psychomotoryczne. Jednak proponowane wyżej sposoby i formy zajęć stwarzają warunki

<sup>40</sup> P. Kern, M. Wolery, D. Aldridge, *Use of Songs to Promote Independence in Morning Greeting Routines for Young Children with Autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2007, nr 37(7), s. 1264–1271.

<sup>41</sup> K. Jinah, T. Wigram, Ch. Gold, *The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2008, nr 38(9), s. 1758–1766, Academic Search Complete, EBSCOhost, [dostęp: 3.02.2014].

<sup>42</sup> P. Murphy, *Appreciating the Power of a Song and a Voice*, „Exceptional Parent” 2010, nr 40(7), s. 37–38.

do polisensorycznego pobudzania, ponieważ angażują zmysły wzroku, słuchu, dotyku i stymulują ruch, zapewniając dziecku kompensację i korekcję zachowania. Tym samym przyczyniają się do realizowania jego potrzeb fizycznych, psychicznych, umysłowych i społecznych. Muzykoterapia to terapia przez muzykę w różnych jej postaciach, ale zawsze z udziałem wielu specjalistów (lekarza, psychologa, terapeuty, pedagoga i muzyka). Pamiętajmy, że sama muzyka pozwala na dotarcie do głęboko zakorzenionych emocji i ich wyzwalanie dla dobra pacjenta/dziecka/ucznia. Co ważne, aktywności muzyczne angażują sytuacje społeczne, które mogą stanowić walor psychoterapeutyczny wspomagający oddziaływanie muzyki, ruchu i mowy<sup>43</sup> oraz uzupełniający tradycyjne metody terapii pedagogiczno-psychologicznej.

## Bibliografia

- ADHD najczęściej zadawane pytania*, [http://adhd.org.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=144:adhd-najczesciej-zadawane-pytania&catid=103:adhd-co-to-jest-aktualne&Itemid=109](http://adhd.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=144:adhd-najczesciej-zadawane-pytania&catid=103:adhd-co-to-jest-aktualne&Itemid=109), [dostęp: 2.02.2014].
- Alexandra C. A., *Training Elementary Teachers to Use Music Therapy Activities for Social Skill Promotion* [e-book], 1985, ERIC, Ipswich, MA, [dostęp: 5.02.2014].
- Autyzm*, <http://www.autyzm.zgora.pl/pl/id.10000>, [dostęp: 3.02.2014].
- Autyzm – charakterystyka rysunkowa*, <http://www.autyzmpomoc.org/o-autyzmie/autyzm-charakterystyka-rysunkowa.html>, [dostęp: 3.02.2014].
- Barnes G., *Moments of Meeting: Difficulties and Developments in Shared Attention, Interaction, and Communication with Children with Autism during Two Years of Music Therapy in a Public Preschool Class* [e-book], ProQuest LLC, 2010, ERIC, Ipswich, MA, [dostęp: 3.02.2014].
- Brownell M., *Musically Adapted Social Stories to Modify Behaviors in Students with Autism: Four Case Studies*, „Journal of Music Therapy” 2002, nr 39(2), s. 117–144.
- Cheek J. R., Bradley L. J., Parr G., Lan W., *Using Music Therapy Techniques to Treat Teacher Burnout*, „Journal of Mental Health Counseling” 2003, nr 25(3), s. 204–217.
- Co to jest dysleksja rozwojowa*, [http://www.ptd.edu.pl/o\\_dysleksji/co\\_to\\_jest\\_dysleksja\\_rozwojowa](http://www.ptd.edu.pl/o_dysleksji/co_to_jest_dysleksja_rozwojowa), [dostęp: 2.02.2014].
- Feierabend J. M., *First Steps in Creative Movement*, <http://www.giamusic.com/pdf/Z140CreativeMvmt.pdf>, [dostęp: 2.02.2014].
- Feierabend J. M., Lyman P., *Move it! 2*, Chicago 2008.
- Guzic B. L., Tonkin K., Roberts J. B., Demuth B. R., *Using Percussion to Improve Attention-to-Tasks in Children with Autism*, „Exceptional Parent” 2011, nr 41(3), s. 18–20.
- Heikkilä E., Knight A., *Inclusive Music Teaching Strategies for Elementary-Age Children with Developmental Dyslexia*, „Music Educators Journal” 2012, nr 99(1), s. 54–59.
- Jarkowska A. E., *Muzyka jako element wychowania w rozwoju osobowym dziecka z niepełnosprawnością*, Tychy 2004.
- Jessica Curry [profil na last.fm], <http://www.lastfm.pl/music/Jessica+Curry>, [dostęp: 3.02.2014].

<sup>43</sup> J. Stadnicka, *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, Warszawa 1998, s. 5–6.



- Jessica Curry [profil na LinkedIn], <http://www.linkedin.com/pub/jessica-curry/12/460/a10>, [dostęp: 3.02.2014].
- Jinah K., Wigram T., Gold Ch., *The Effects of Improvisational Music Therapy on Joint Attention Behaviors in Autistic Children: A Randomized Controlled Study*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2008, nr 38(9), s. 1758–1766, Academic Search Complete, EBSCOhost, [dostęp: 3.02.2014].
- John Feierabend, <http://www.giamusic.com/bios/john-feierabend>, [dostęp: 5.02.2014].
- Kalish-Weiss B., *Creative Arts Therapies in an Inner City School* [serial online] 1.01.1989, ERIC, Ipswich, MA, [dostęp: 2.02.2014].
- Kern P., Wolery M., Aldridge D., *Use of Songs to Promote Independence in Morning Greeting Routines for Young Children with Autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2007, nr 37(7), s. 1264–1271.
- Kołodziejski M., *Muzyka i wielostronna edukacja dziecka*, Częstochowa 2012.
- Konicieczna E. J., *Arteterapia w teorii i praktyce*, Kraków 2011.
- McFerran K., Campbell C., *Music Therapists’ Use of Interviews to Evaluate Group Programs with Young People: Integrating Wilber’s Quadrant Perspectives*, „Nordic Journal of Music Therapy” [serial online] luty 2013, nr 22(1), s. 1–23, Academic Search Complete, Ipswich, MA, [dostęp: 5.02.2014].
- Move it! 2* by John Feierabend/Peggy Lyman, [https://www.giamusic.com/search\\_details.cfm?title\\_id=9320](https://www.giamusic.com/search_details.cfm?title_id=9320), [dostęp: 5.02.2014].
- Murphy P., *Appreciating the Power of a Song and a Voice*, „Exceptional Parent” 2010, nr 40(7), s. 37–38.
- Newnham D., *No More Three Blind Mice*, „Times Educational Supplement” [serial online] 30.09.2005 (4654), s. 6–7, Academic Search Complete, Ipswich, MA, [dostęp: 3.02.2014].
- Olkowska B., *Zagadnienia antropologii filozoficznej*, [w:] *Podstawy filozofii*, red. S. Opara, Olsztyn 1999, s. 20–29.
- Pietras T., Witusik A., *Diagnoza autyzmu*, [w:] *Diagnoza i terapia psychopedagogiczna w terapii dziecka*, red. E. Marek, J. Łuczak, Piotrków Trybunalski 2010, s. 425–429.
- Rickson D., *Music Therapy School Consultation: A Unique Practice*, „Nordic Journal of Music Therapy” [serial online] październik 2012, nr 21(3), s. 268–285, Academic Search Complete, Ipswich, MA, [dostęp: 1.02.2014].
- Rosenblatt L. E. i in., *Relaxation Response-Based Yoga Improves Functioning in Young Children with Autism: A Pilot Study*, „Journal of Alternative & Complementary Medicine” 2011, nr 17(11), s. 103, 1029–1035, Academic Search Complete, EBSCOhost, [dostęp: 3.02.2014].
- Sloboda J., *Umysł muzyczny. Poznawcza psychologia muzyki*, Warszawa 2002.
- Srinivasan S., Bhat A., *A Review of “Music and Movement” Therapies for Children with Autism: Embodied Interventions for Multisystem Development*, „Frontiers in Integrative Neuroscience” [serial online] 9.04.2013, nr 7, s. 22, MEDLINE, Ipswich, MA, [dostęp: 3.02.2014].
- Stadnicka J., *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, Warszawa 1998.
- Szkoda E., *Lękam się, więc jestem. Pomyślenia w kontekście edukacji*, [w:] *Czyja edukacja? Refleksje o podmiotowości*, cz. 2, red. A. Pluta (Humanistyka, Pedagogika, Edukacja, t. 3), Częstochowa 2011, s. 45–59.
- Walker D. F., Soltis J. F., *Program i cele kształcenia*, przeł. K. Kruszewski, Warszawa 2000.
- Wierszyłowski J., *Psychologia muzyki*, Warszawa 1979.
- Żychowska T., *Muzyka i jej właściwości terapeutyczne*, [w:] *Blżej muzyki. Blżej człowieka*, red. A. Białkowski, B. Smoleńska-Zielińska, Lublin 2002, s. 205–213.

## **Terapia (z) muzyką w tle. Wgląd w wybrane eksploracje badawcze**

**Streszczenie:** Artykuł lokuję w opracowaniach przeglądowych inspirujących do podejmowania badań muzyczno-edukacyjnych i muzykoterapeutycznych w przedszkolu i szkole podstawowej. Prezentowany układ tekstu odzwierciedla selektywnie, moim zdaniem, wybrane wątki badawcze podejmowane w światowych eksploracjach z zastosowaniem muzyki (ekspresji i percepcji muzycznej) jako zmiennej niezależnej i jednocześnie zarysowuje obraz dyskusji wyników tychże badań opatrzoną zwięzłym komentarzem i refleksją końcową.

**Słowa kluczowe:** muzykoterapia, terapia muzyczna, leczenie, muzyka, autyzm, ADHD, okres przedszkolny i szkolny

## **Therapy with music (in the) background. An insight into selected research explorations**

**Summary:** I place this article in review selections inspiring to undertake music education and therapy activities in preschool and primary school. In my opinion, the presented layout of the text reflects the selected research areas undertaken in global explorations with the use of music (music expression and perception) as an independent variable. It also outlines the discussion of the research results with a concise commentary and final conclusions.

**Keywords:** music therapy, therapy with music, treatment, music, autism, ADHD, pre-school and school period



Irena Burczyk

## Działania muzykoterapeutyczne w procesie edukacyjnym

### Wprowadzenie

Początki muzykoterapii związane są z osobą biblijnego Dawida (XI/X w. p.n.e.), gdyż grą miał on łagodzić depresję króla Saula: „A kiedy zły duch zesłany przez Boga napadał na Saula, brał Dawid cytrę i grał. Wtedy Saul doznawał ulgi, czuł się lepiej, a zły duch odstępował od niego”<sup>1</sup>. Grecy upatrywali w rytmie, skali, instrumentach różnorodny ethos, czyli charakter wyrazowy melodii opartej na danej skali, który miał wywierać określony wpływ na dusze słuchaczy i w ten sposób je kształtować. Teorię ethosu opisał filozof i teoretyk Damon, a zwolennikami tego poglądu byli Platon (427–347 p.n.e.) i Arystoteles (384–322 p.n.e.). Skala dorycka uznawana była za zrównoważoną, frygijska stanowiła wyraz godności, odwagi, namiętności, uczuciowości, lidyjską wykorzystywano w śpiewach żałobnych. Materiał dźwiękowy diatoniki, chromatyki uchodził za miękki, enharmonię kojarzono z dramatyzmem i namiętnością<sup>2</sup>.

Starożytni Grecy dźwięk niski uważali za „miękki, spokojny”, dźwięki wysokie powodowały pobudzenie emocjonalne. Muzyka powinna uszlachetniać ludzi dla społeczności, wzmacniając lub osłabiając charakter poprzez pobudzenie lub uspokojenie. Tempo również podlegało zróżnicowaniu, ale ten element był mniejszego znaczenia. Arystoteles dostrzegł trzy zasadnicze style muzyczne: wychowawczy, praktyczny i entuzjastyczny – prowadzący do katharsis (oczyszczenia) z niepożądanych emocji zgodnie z teorią ethosu. Grecy zauważali w muzyce funkcję leczniczą, jak również jej znaczenie w procesie kształtowania osobowości i wrażliwości człowieka. Athenaios stwierdził: „[...] osoby chore na ischias będą wolne od napadów choroby, jeśli nad chorym miejscem zagra się na aulosie w harmonii frygijskiej”<sup>3</sup>. W starożytnej Grecji powstawały formy liryczne, a wśród nich pieśni dziękczynne – peany na cześć Apollina uważanego za boga sztuki lekarskiej, które początkowo były zaklęciami przeciwko chorobie i śmierci. Tworzone sceniczno-muzyczne formy

<sup>1</sup> D. Gwizdalanka, *Historia muzyki*, cz. 1, Kraków 2005, s. 15.

<sup>2</sup> M. Kowalska, *ABC historii muzyki*, Kraków 2001, s. 26; K. Fangarowa, *Zarys historii muzyki*, cz. 1: *Od muzyki ludów pierwotnych do klasycyzmu*, Kraków 2001, s. 67–68.

<sup>3</sup> M. Kowalska, *op. cit.*, s. 27.

dramatu stawiały sobie za cel osiągnięcie przez słuchaczy katharsis przez rozładowanie wzruszeń pod wpływem sztuki.

Od najdawniejszych czasów muzykę traktowano jako sztukę zdolną do przekazywania i pobudzania emocji. Platon i Arystoteles nalegali, by dbać o muzykę „dobrą”, a wystrzegać się tej budzącej złe emocje, prowadzącej do niewłaściwych zachowań. Muzykę uważano za słowo ożywione dźwiękiem. Jej ściśle powiązanie ze słowem służyło wyrażaniu nastroju tekstu poetyckiego, np. jasny koloryt brzmieniowy uzyskiwany za pomocą wysokiego rejestru i szybkiego tempa oddawał radosny charakter, z kolei użycie przeciwstawnych środków muzycznych – charakter refleksyjny.

## Rozumienie języka muzyki

Elementy dzieła muzycznego mają wpływ na odzwierciedlenie ogólnego charakteru wyrazowego utworu. W okresie renesansu słowo „ziemia” śpiewano w niskim rejestrze, „niebo”, „niebios”, „chwała” – w wysokim rejestrze lub przez osiągnięcie kulminacji z wznoszącym kierunkiem melodii; „uciekać” oddawano w drobnych wartościach rytmicznych; „zmęczenie” wyrażały długo wytrzymywane dźwięki; „światło” i „ciemność”, „niebo” i „piekło” obrazowano kontrastem rejestru; afekty, czyli silne emocje, przedstawiano za pomocą repetycji dźwięków; wzburzenie, cierpienie, namiętność – następstwo półtonów oddające ból, rozpacz. Eksklamacja – zawołanie, okrzyk, skok powyżej tercji w górę lub w dół najczęściej o sekstę ma charakter błagalny, wybuch trwogi, gniewu, rozpacz, ale i euforycznej radości; pytanie – interwał wznoszący, zamknięcie – pauza symbolizująca śmierć, pustkę, tęsknotę; wzdychanie za kimś, za czymś – wielokrotne przerywanie melodii pauzami, najczęściej powiązane z nastrojem bólu i lamentem. Na dramatyzm i wewnętrzną dynamikę słów wpływało stosowanie dużych skoków interwałowych<sup>4</sup>. Sugerowaną zmianę stanu uczuciowego rozpoczynał nowy, jasno wyodrębniony fragment muzyczny. Muzyka dąży do ciągłego pobudzania i uspokajania emocji, może nam coś komunikować, nie zawsze jednak wskazuje w sposób jednoznaczny. Nie czyni tego tak jak słowa w języku naturalnym, ponieważ nie dysponuje takimi środkami wypowiedzi. Muzyka jest jednak zdolna wyrażać stany emocjonalne, wyzwała nawykowo wyuczone reakcje poprzez obcowanie z nią. Pewne utwory funkcjonują jak „hasła wywoławcze”.

Muzyka niesie zatem różne rodzaje muzycznego znaczenia: wynikające z przebiegu muzycznego (rytmiczno-melodycznego) a objawiające się nastrojem muzyki w warstwie emocjonalnej oraz o charakterze pozamuzycznym – wynikające z funkcjonowania utworu w kulturze, jego umiejscowienia w określonym kontekście. Temat muzyczny może przywoływać w pamięci pewne

<sup>4</sup> *Ibidem*, s. 190; Z. M. Szwejkowski, *Kultura wokalna XVI-wiecznej Polski*, Kraków 1957.

sytuacje. Muzyka jest wtedy substytutem wspomnienia, gdyż funkcjonując w rzeczywistości kulturowej, nabiera określonych treści. Konteksty kulturowe tworzą swoiste odwołania uświęcone tradycją. Stereotyp funkcjonujący u odbiorcy działa na zasadzie skojarzenia pozamuzycznego lub „hasła wywoławczego”, przywołując określone sytuacje, a te z kolei uruchamiają wspomnienia i następnie różne stany emocjonalne. Reagujemy emocjonalnie ze względu na przywołania skojarzeń z towarzyszącą temu całą „otoczką” – „aurą”. Dokonując zabiegu modyfikacji, przetwarzanie może dotyczyć warstwy instrumentacji, aranżacji, różnych elementów muzyki, zmieniać się może konwencja danego motywu lub dzieła.

Niektórzy estetycy muzyki uważają ją za mowę uczuć. Język muzyczny, abstrakcyjny, niejednoznaczny, wywołuje różne reakcje emocjonalne i pozwala formułować różne przekazy odpowiednie do możliwości reagowania i wrażliwości słuchaczy. Różnice w odczuwaniu muzyki zależne są od struktury psychicznej słuchacza, typu percepcyjnego, skojarzeń pozamuzycznych i bodźców muzycznych. Często odmienne reakcje towarzyszą słuchaczom tego samego utworu, a nawet temu samemu słuchaczowi tego samego utworu. Uwzględniając umiejętność rozumienia tego, co niesie muzyka i usiłując przekazać kompozytor, a wykonawca adekwatnie odczytuje: aby muzyka była rozumiana, odbiorca (słuchacz) musi się odwołać w pamięci słuchowej do istniejących tam schematów, stereotypów czy archetypów. Rozważania D. Cooke'a dotyczą zależności między muzyką i znaczeniem „formuł podstawowych” – prostych szeregów dźwięków. Przedstawia on te podstawowe zwroty meliczne o charakterze archetypów oddające określony wyraz emocjonalny<sup>5</sup>.

(Cyfry oznaczają stopnie skali majorowej lub minorowej. Cyfry w nawiasie wskazują na różne wersje tego samego zwrotu).

- I. 1-[2]-3-[4]-5 major:  
*Wybuch, wyladowanie radosnych uczuć. Różne odcienie radości: od uczuć pogodnych, rozmarzenia do uczuć triumfalnych i gwałtownych.*
- II. 5-1-[2]-3 [skok z D na T] major:  
*Radość czysta i prosta.*
- III. 1-[2]-3-4-5 minor:  
*Wyraz bólu, skarga.*
- IV. 5-1-[2]-3 [skok z D na °T] minor:  
*Uczucia tragiczne. Heroiczna akceptacja tragicznego losu.*
- V. 5-[4]-3-[2]-1 major:  
*Pasywne uczucia radości, ulgi, pocieszenia, spełnienia.*
- VI. 5-[4]-3-[2]-1 minor:  
*Poddanie się rozpacz. Akceptacja cierpienia i śmierci. Zniechęcenie i depresja.*

<sup>5</sup> D. Cooke, *The Language of Music*, London 1959, za: Z. Burowska, *Słuchanie i tworzenie muzyki w szkole*, Warszawa 1980, s. 79.

- VII. 5-3-[2]-1 [skok z D na tercję °T] minor:  
*Namiętny wybuch bolesnych uczuć. Niespokojne, nieukozone cierpienie.*
- VIII. 1-[2]-3-[2]-1 minor:  
*Bezsilna rozpacz. Niezdolność ani do protestu, ani do akceptacji nieszczęścia. Ponure przeczucie, lęk.*
- IX. 5-6-5 major:  
*Optymizm, tęsknota. Prośba.*
- X. [5]-6-5 minor:  
*Wybuch udręki, bólu.*
- XI. 1-2-3-2 minor:  
*Załość. Motyw powtarzany w szybkim tempie wyraża wzburzenie.*
- XII. 1-[2]-[3]-[4]-5-6-5 major:  
*Afirmacja radości, niezmaconego szczęścia.*
- XIII. 1-[2]-[3]-[4]-5-6-5 minor:  
*Wyraz bólu, nieszczęścia.*
- XIV. 8-7-6-5 major:  
*Pocieszenie. Spełnienie.*
- XV. 8-7-6-5 minor:  
*Przypływ bólu, poddanie się cierpieniu, nieukożona rozpacz.*
- XVI. Opadająca skala chromatyczna:  
*Rozpacz i ból połączone z uczuciem znużenia. Powolne, stopniowe opadanie dźwięków wyraża bolesne uczucie odpływu sił witalnych<sup>6</sup>.*

D. Cooke uważał, że zwroty rytmiczne również są nosicielami określonych emocji. W swojej koncepcji uwzględnił również inne elementy muzyczne: rytm, tempo, dynamikę, harmonię, barwę, fakturę. Ożywienie można uzyskać przez natężenie dynamiki, zwiększenie tempa, wznoszący kierunek melodii, a uspokojenie – odpowiednio przez przeciwstawne użycie wyrazu muzycznego. Głośne i wysokie akordy wydają się bardziej majorowe, a akordy niskie – minorowe. Dynamika pianissimo może wyrażać tajemniczość, mobilizację do napięcia uwagi słuchacza, tak jak szept może wyrażać skrajne emocje, radość, ból, przerażenie. Silne napięcie wyrażone jest najczęściej przez szybkie tempo z rytmem punktowanym. Kierunek melodii wznoszący odbieramy jako ożywienie, wyładowanie, wybuch uczuć lub odejście; opadający – spoczynek, spadek napięcia, powrót. Repetycja dźwięku w wolnym tempie wywołuje monotonię, martwą przestrzeń; tremolando – tajemniczość, stan oczekiwania. Analizując rolę elementu barwowego, kojarzymy barwę smyczków z ciepłem, uczuciowością, pastoralny charakter fletu, oboju, komiczny fagotu, bohaterski trąbki, uroczysty puzonu. Rejestr wysoki to lekkość, eteryczność, nieziemskość; niski – ciemność, ciężkość, zło, zmartwienie, ból<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Z. Burowska, *op. cit.*, s. 79.

<sup>7</sup> *Ibidem*, s. 70.

Z kolei A. Copland zwraca uwagę na zależności zmiany któregoś z elementów muzycznych i jej wpływ na nową jakość wyrazu emocjonalnego<sup>8</sup>. Pewne formuły melodyczne odpowiadające pewnym stanom uczuciowym przyczyniły się do wytworzenia określonych reakcji warunkowych u słuchaczy. Stereotypowe zwroty, jakimi posługuje się muzyka, są swoistym rodzajem języka, czyli kodu. Te schematy, czyli ten język, muszą być rozumiane, a więc muszą zaistnieć w pamięci odbiorcy.

## Muzyka jako komunikat

Potrzeba porozumienia – komunikatywności – w muzyce opiera się na konwencji przeżywania dźwięków i percypowania struktur muzycznych. E. Tarasti wśród licznych tez dotyczących rozumienia muzyki wymienia: „rozumieć oznacza pojmować całość poprzez szczegóły”<sup>9</sup>, a dalej stwierdza: „[...] aby czerpać przyjemność z muzyki, nie trzeba jej rozumieć [...] można także rozumieć muzykę, ale nie posiadać zdolności werbalizacji tego doświadczenia”<sup>10</sup>. Muzyka jako „ciąg przebiegu informacji”<sup>11</sup> realizowana na czterech etapach: koncepcji, realizacji, percepcji, recepcji odpowiada czterem postawom społecznym: twórcy, wykonawcy, słuchacza i krytyka. Muzyka jako komunikacja przebiega w określonym kontekście. G. Mazzola twierdzi, że jest ona komunikacją przebiegającą na trzech poziomach realności: fizycznej, mentalnej i psychicznej<sup>12</sup>. Trzeci poziom – „psychiczna realność”, muzyka rozumiana jako „wyrazicielka emocjonalnego stanu jej twórcy”<sup>13</sup> w emocjonalny sposób zwraca się do słuchaczy, a „jej emocjonalna realność”<sup>14</sup> stanowi aspekt dominujący. Ta cecha muzyki znana była w czasach Pitagorasa, a za centralną wartość uznana została przez Kartezjusza. Znaczenia muzyczne ukazują się poprzez same dźwięki, czyli odkrywanie, jakie dźwięki „co” oznaczają, „dla kogo” i „w jakim kontekście”. Ta sama grupa dźwięków, ten sam zwrot melodyczny, fraza, utwór nie oznaczają zawsze tego samego w różnych kulturach, a nawet w tej samej kulturze w różnym czasie rozwoju historycznego.

E. Tarasti uznaje model komunikacji muzycznej od nadawcy (kompozytora) do słuchacza za pośrednictwem wykonawcy za „akustyczny strumień dźwięków”<sup>15</sup>; w tym procesie wymienia: kod przekazu, kanał przekazu i kontekst.

<sup>8</sup> *Ibidem*, s. 79.

<sup>9</sup> B. Mika, *Muzyka jako znak (w kontekście analizy paradygmatycznej)*, Lublin 2007, s. 37.

<sup>10</sup> *Ibidem*, s. 38.

<sup>11</sup> *Ibidem*, s. 13.

<sup>12</sup> *Ibidem*, s. 14–15.

<sup>13</sup> *Ibidem*, s. 15.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

<sup>15</sup> *Ibidem*.



Percepcja, czyli odbiór muzyki, jest procesem kulturowym, złożonym i wielostronnym. Muzyka przejawia się w postaci znaków-kodu, którego zadaniem jest przekazywanie informacji między nadawcą a odbiorcą.

Rozliczni badacze dokonujący typologii odbiorców muzyki zauważają, iż nie bez znaczenia dla „skutecznego komunikowania”<sup>16</sup> są doświadczenie muzyczne, trening muzyczny, czyli znajomość kodu, predyspozycje psychiczne, częstotliwość kontaktu odbiorcy z dziełem, wiedza odbiorcy, jego bierność lub aktywność w kontakcie z dziełem sztuki<sup>17</sup>.

A. Losonczy wyodrębnia m.in. słuchaczy poszukujących w muzyce źródła lub katalizatora osobistych przeżyć emocjonalnych. Zwraca uwagę, iż „spontaniczni miłośnicy to odbiorcy emocjonalni, [...] wrażliwi, [...] poszukują złożonego kompleksu doznań muzycznych”<sup>18</sup>.

T. W. Adorno klasyfikuje odbiorców muzyki ze względu na relacje łączące ich z muzyką z socjologicznego punktu widzenia<sup>19</sup>. Uwzględnia on osoby o emocjonalnym stosunku do muzyki, „słuchaczy emocjonalnych – naiwnych, choć wrażliwych, reagujących na muzykę spontanicznie [...]”<sup>20</sup>. Muzyka stanowi dla nich ważny element ucieczki od rzeczywistości, często w świat marzeń. Odbiór emocjonalny dzieła muzycznego oparty jest na skojarzeniach i wyobrażeniach pozamuzycznych. Słuchacz taki poddaje się działaniu słowa poetyckiego towarzyszącego muzyce jako stymulującego nastrój. Uwzględniając reakcję na muzykę z punktu widzenia psychologicznego, J. Koblewska-Wróblowa wyróżnia pięć typów przeżycia muzycznego, a wśród nich typ interpretujący<sup>21</sup>. Jego istotą jest dostarczanie przez muzykę doznań stanowiących rodzaj rezonansu własnych przeżyć, stanów uczuciowych. Zachodzi potrzeba zgodności emocji zawartych w muzyce z aktualnym nastrojem słuchacza. Rozdźwięk pomiędzy tymi stanami emocjonalnymi wywołuje wrażenie przykre albo co najwyżej obojętne.

Typ wyobrazeniowy zakłada skojarzenia pozamuzyczne towarzyszące odbiorowi muzyki, np. słuchowe, ruchowe (ruch w przestrzeni, zbliżanie, oddalanie), wzrokowe, polega na przywoływaniu wyobrażeń pochodnych, odtwórczych lub wytwórczych, czyli odtwarzaniu wrażeń zachowanych w pamięci lub powstawaniu nowych. Typ polisensoryczny może wywoływać wrażenia węchowe, smakowe oraz odbiór dźwięków w postaci barw<sup>22</sup>. Zdolność kojarzenia brzmienia z barwą to chromostezja, czyli typ synestezji. U kompozytorów N. Rimskiego-Korsakowa i A. Skriabina zbieżność „barwnego słyszenia” wyrażała się w sposób następujący:

<sup>16</sup> *Ibidem*, s. 18.

<sup>17</sup> *Ibidem*, s. 20.

<sup>18</sup> *Ibidem*, s. 23.

<sup>19</sup> *Ibidem*; K. Bula, *Jak mówić o muzyce*, Warszawa 1991, s. 39–46.

<sup>20</sup> B. Mika, *op. cit.*, s. 23.

<sup>21</sup> K. Bula, *op. cit.*, s. 44.

<sup>22</sup> *Ibidem*, s. 39–46.

- G-dur – jasny, brązowożółty, pomarańczowy;
- D-dur – żółty, słoneczny, lśniący;
- E-dur – niebieski, szafirowy, błyszczący, niebieskawobiałły;
- H-dur – ponury, stalowy, niebieskawy;
- As-dur – siwofioletowy, purpurowofioletowy;
- Es-dur – ciemny, mroczny, niebieski, stalowy;
- B-dur – siwy, stalowy.

Dodatkowo tonację A-dur określano jako różową, jasną, kojarzącą się z określeniami „wiosenna”, „młoda”, „kwitnąca”, „poranna”, H-dur zaś – jako szafirową, ale również groźną, złowrogą, burzową. Tonacja ma wyraźne zabarwienie uczuciowe, nastrój, wywołuje obrazy wzrokowe, a więc asocjacje<sup>23</sup>. Tonacje mają określony charakter, np. F-dur – pastoralny, c-moll – tragiczny, Es-dur – bohaterski. Skojarzenia wyrazowe tonacji mają subiektywne podłoże<sup>24</sup>.

E. Walter zauważa wśród dzieci dwa typy odbiorców: typ A – zdolnych do głębokich przeżyć pod wpływem muzyki, którzy utwór odbierają jako emocję, i typ B, dla których muzyka jest formą rozrywki<sup>25</sup>.

Kontakt z utworem często ogranicza się do odczucia atmosfery emocjonalnej dzieła, do intuicyjnego słuchania – wrażeniowo, bez włączania poznania i rozumienia intelektualnego, ujęć strukturalnych, analizy i syntezy. Silne oddziaływanie emocjonalne dzieła sztuki na odbiorcę odnotowujemy w okresie modernizmu, czyli muzyki nowoczesnej, kiedy jednym z prądów sztuki był ekspresjonizm. Tematem sztuki były uczucia niepokoju, agresji, cierpienia i lęku, jej celem zaś – pogłębienie przeżycia, wzmocnienie siły ekspresyjnego oddziaływania na odbiorcę, emocje słuchacza i jego moralne doskonalenie.

Dzieło sztuki „[...] miało wstrząsać wrażliwością i sumieniami słuchaczy, tak by doznali wewnętrznej przemiany. Sztuka ma służyć naprawie świata, jej celem jest katharsis i moralne udoskonalenie słuchacza”<sup>26</sup>. Odbiorcy tych utworów czuli, że są prowokowani przez kompozytorów porzucających dotychczasowe tradycyjne formy, ograniczające spontaniczność na rzecz „[...] porwanej linii melodycznej, nieregularnej rytmiki, których niepokojące oddziaływanie potęgowała skontrastowana dynamika oraz jaskrawe i ostre barwy dźwiękowe [...] dysonujące współbrzmienia [...] instrumenty [...] grające w skrajnych rejestrach. Śpiewacy melorecytowali [...] szeptali, krzyčeli”<sup>27</sup>.

Każdy utwór może być rozumiany i przeżywany na różnym poziomie dokładności.

<sup>23</sup> J. Wierszyłowski, *Psychologia muzyki*, Warszawa 1979, s. 242–243.

<sup>24</sup> *Ibidem*, s. 238–243.

<sup>25</sup> W. Szulc, *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*, Warszawa 2011, s. 92.

<sup>26</sup> D. Gwizdalanka, *Historia muzyki. Przemiany kultury muzycznej XX wieku*, cz. 4, Kraków 2011, s. 40.

<sup>27</sup> *Ibidem*.

## Edukacyjne aspekty percepcji muzyki w ujęciu terapeutycznym

Percepcja muzyki jest przeżyciem muzycznym, któremu towarzyszą indywidualne reakcje emocjonalne. Źródłem tego są napięcia, odprężenia, które niesie muzyka. Zawiera ona pewne modele, stereotypy o charakterze zwrotów materiału dźwiękowego, przyczyniające się do wykształcenia u odbiorcy indywidualnych reakcji emocjonalnych. Elementy, które są źródłem tych napięć, a co za tym idzie – emocji, tkwią w napięciach tonalnych, interwałowych i agogiczno-artykulacyjnych związanych z rytmem, a także dynamiką. Odczuwamy je, gdy odwołujemy się do muzycznego doświadczenia.

Walory terapeutyczne muzyki wyrażają się w porządku regularności, powtarzalności elementów składających się na nią: rytmie, agogice, dynamice, artykulacji, metrum melodii, barwie i harmonii. Są one stymulatorem oraz regulatorem emocji, łagodzą napięcia, lęk, dają wyciszenie i poprawę stanu psychicznego i fizycznego. Zmiany agogiczne, dynamiczne, artykulacyjne i rytmicznie nasilają lub osłabiają energię i emocje poprzez uaktywnienie motoryki.

Terapeutyczna rola muzyki przejawia się w ruchu stymulowanym muzyką, który początkowo jest spontaniczny, a później kontrolowany, uporządkowany, odzwierciedlający ładunek emocjonalny<sup>28</sup>. Przekazywanie zjawisk muzycznych za pomocą ćwiczeń muzycznych z użyciem rekwizytów (np. piłek, wstążek, szyszek, kasztanów, orzechów, liści) pozwala uatrakcyjnić działanie łagodzące napięcia, poprawiające nastrój, włączać do zabawy, poprawiać umiejętności manualne i ruchowe. W przypadku dziecka z deficytami ruchu i percepcji słuchowej interpretacja ruchowa zjawisk muzycznych pełni funkcję zabawo-ludyczną i relaksacyjną. Realizując zabawę w parach lub grupie, dziecko nawiązuje relacje społeczne, pełni ona zatem również rolę adaptacyjną, społeczną oraz socjalizacyjną.

154

Muzyka spełnia funkcje kompensacyjne m.in. w procesie poznawczym poprzez analizatory zastępcze: dotyk, węch, wycucie mięśniowe, pamięć kinestetyczną, które zastępują braki percepcyjne. Może ona przynieść odprężenie, pozytywne przeżycia emocjonalne i wzmocnić procesy wyrównawcze poprzez zmniejszenie poczucia kompleksu czy zapewnienie poczucia sprawności. Wyrażenie ruchem zmian zachodzących w muzyce i dostosowanie go do charakteru muzyki w konsekwencji prowadzi do usprawnienia dyspozycji umysłowych: zdolności koncentracji uwagi, myślenia, spostrzegania słuchowego, pamięci muzycznej, reakcji na kontrast (zarówno dynamiczny, agogiczny, rytmiczny, artykulacyjny, jak i metryczny). Takie ćwiczenia obrazujące przeciwstawne zjawiska muzyczne i ich interpretację pobudzają receptory. Polisensoryczny odbiór sztuki pozwala na przełożenie języka wrażeń na inny, np. zmiany agogiczno-dynamiczne muzyki na zróżnicowaną intensywność dotyku, wrażenia wysokości dźwięku i rodzaju brzmienia instrumentu na wzrokowe wrażenia barwy – im wyższy

<sup>28</sup> J. Stadnicka, *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, Warszawa 1998, s. 37.

dźwięk, tym jaśniejsza barwa<sup>29</sup>. Uwzględniając zjawisko synestezji, można prezentować multimedialne „barwowo-przestrzenne” obrazy laserowe zsynchronizowane z muzyką a wynikające z przebiegu budowy formalnej utworu. Wybór barw strumieni laserowych uzależniony jest od elementów utworu (kolorystyki, dynamiki, harmoniki, melodyki, rytmiki) oraz jego budowy formalnej (motywów, fraz, zdań muzycznych, okresów). Zróżnicowana konstrukcja utworu, elementy muzyki przekładają się na różnorodny dobór strumieni wiązki laserów pod względem szerokości pasma, pulsacji, ich kształtu (koła, elipsy, trójkąta). Takie działania twórcze odtwarzania muzyki z jednoczesną transmisją dźwięku w obraz, kolor, kształt, ruch powalają na jej odbiór polisensoryczny<sup>30</sup>.

Terapia przez muzykę umożliwia komunikację niewerbalną przez aktywność muzyczną, dzięki której następuje przekaz problemów z pominięciem werbalnych środków przekazu.

Taniec czy aktywność ruchowa jest taką komunikacją pozawerbalną i kreuje komunikaty dotyczące uczuć, emocji negatywnych i pozytywnych poprzez swoisty kod ruchowy – aktywność ciała, odpowiednie figury (pozy) rozszerzające zasób ruchów. Aktywność ruchowa pełni funkcje aktywizujące, korygujące, rozładowujące, regulujące, stymulujące i poznawcze. Ułatwia nawiązanie kontaktów w grupie nieformalnej i pozwala na odczytanie komunikatów (wyowiedzi) niewerbalnych, rozbudzenie i odczucie świadomości własnego ciała oraz rozwinięcie samodzielności, uwolnienie i pobudzenie emocji poprzez improwizacje – tematyczne, sytuacyjne, emocjonalne, ruch planowany – odtwarzany, powtarzalny, intensyfikację i personifikację – wyolbrzymianie gestów i ruchów, aktywną wyobraźnię<sup>31</sup>.

Mowa ekspresyjna oprócz funkcji komunikacyjnych pełni rolę umożliwiającą odreagowanie różnych tłumionych emocji, które mogą wpływać na stan psychiczny dziecka.

Recytacja tekstów, zabawy logorytmiczne mające na celu wyrażanie różnych stanów uczuciowych (radości, gniewu, złości, smutku, lęku, nieśmiałości, euforii, zachwyty) stanowią formę treningu, uzewnętrznienia lub wyhamowania stanów negatywnych.

Niektóre ćwiczenia narządów mowy należą do grupy ćwiczeń oddechowych usprawniających czynności warg, języka, żuchwy, mięśni policzkowych, podniebienia miękkiego oraz poprawiających artykulację. Mogą zatem usprawniać i wspierać terapię oddechową aparatu oddechowego. Wypowiadane

<sup>29</sup> J. Fyk, B. Graban, A. Rakowski, *Sluchowe wrażenia wysokości dźwięków a wzrokowe wrażenia barwy*, [w:] *Kształtowanie i percepcja sekwencji dźwięków muzycznych*, red. A. Rakowski, Warszawa 2002, s. 276–288.

<sup>30</sup> J. Uchyła-Zroski, *Muzyka w środowisku szkolnym dziecka*, [w:] *Wartości w muzyce*, t. 4, red. J. Uchyła-Zroski, Katowice 2012, s. 284–285.

<sup>31</sup> E. J. Konieczna, *Arteterapia w teorii i praktyce*, Kraków 2007, s. 64.

teksty z różnym zabarwieniem emocjonalnym poprawiają technikę mowy, wyobraźnię, pamięć ogólną, muzyczną, aparat mowy<sup>32</sup>. Elementy muzyczne w ćwiczeniach mowy ekspresyjnej pobudzają lub pomagają odreagować napięcia, wyciszają emocje, stymulując pracę aparatu mowy, a przy tym czynią je atrakcyjną formą terapii.

Łącząc mowę ekspresyjną z akompaniamentem naturalnym i perkusyjnym, wzbogacamy efekty brzmieniowo. Włączenie do tego typu działań improwizacji pozwala na zaprezentowanie własnej odrębności, pobudza ona aktywność, ośmiela i wyzwala inwencję oraz wyobraźnię muzyczną. Wrażliwość estetyczną kształtują śpiewane piosenki – dające możliwość przeżycia nastroju śpiewanego lub słuchanego utworu oraz wyrażenie go za pomocą ruchu.

Interpretacja ruchowa piosenki wspomaga rozwój oraz korektę układu ruchowego, orientację przestrzenną i zaspokaja naturalną potrzebę ruchu. Takie działania kształcą rozwój muzykalności, wrażliwości emocjonalnej na muzykę, jak również wykorzystują terapeutyczne elementy tkwiące w muzyce.

Pieśń ma „[...] wpływ na słuchacza aktywizujący lub uspokajający, w postaci wyzwalań dążeń, marzeń, wyciszenia lęków”<sup>33</sup>. Łączy się tutaj funkcja psychologiczna z funkcją estetyczną. „Pieśń [...] wsparta urokiem figury melodycznej, mogła wzruszać, kształtować smak estetyczny, odkrywać nowe wartości, uczyć i wychowywać, potęgować wrażliwość ludzką”<sup>34</sup>. W repertuarze ludowym odnajdujemy pieśni, które pełnią funkcję terapeutyczną. Wspólne muzykowanie tworzy określony nastrój, poczucie umocnienia więzi, zjednoczenia, łączy i pozwala na przeżycie wspólnoty grupowej. Śpiewy będące elementem relaksu, odpoczynku i zabawy „[...] koiliły [...] troski dnia codziennego, oddalały je oraz przenosiły [...] w inny wymiar odczuwania i postrzegania rzeczywistości”<sup>35</sup>. Zawarte w nich wątki komiczne, żartobliwe, humorystyczne pełniły funkcję oczyszczającą, katartyczną, wywołując radość i psychiczne odprężenie. Elementy satyryczne, humor nie tylko wywoływały śmiech, wesołość, zadowolenie, ale również stanowiły krytykę, przybierając formę docinków, które brzmiały w formie wokalne nieco łagodniej. „Śpiew uszlachetnia słowa”<sup>36</sup> i jako nośnik treści werbalnych w formie krytyki, karcenia pozwala oczyścić z kumulowanych złych emocji. Istotna jest funkcja śpiewu jednoczącego i integrującego grupę, „nie jest ważne, co się śpiewa, ale to, że się śpiewa, a także

<sup>32</sup> I. Burczyk, *Miejsce słowa w aktywności muzycznej dziecka w młodszym wieku szkolnym*, „Świat i Słowo” 2013, nr 1(20), s. 291–299.

<sup>33</sup> K. Turek, *Pieśń ludowa – jej funkcje i znaczenie w kulturze Górnego Śląska*, [w:] *Kultura. Język. Edukacja*, t. 1, red. R. Mrózek (Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, nr 1518), Katowice 1995, s. 248.

<sup>34</sup> *Ibidem*.

<sup>35</sup> *Ibidem*, s. 252.

<sup>36</sup> *Ibidem*, s. 246.

to, że się śpiewa w konkretnych okolicznościach<sup>37</sup>. Pieśń ludowa przyczynia się do świadomej przynależności do grupy, wspólnoty i scala ją w zależności od czasu, miejsca i kontekstu, czyli sytuacji wykonawczej. Ważne było, czy pieśń wykonywano w życiu indywidualnym, czy w gronie wspólnotowej zabawy, obrzędu. Śpiew, który towarzyszy w życiu w formie aktywnej bądź percepcyjnej, charakteryzuje się różnym stopniem nasilenia odczuć, emocji, doznań estetycznych, co może być realizowane indywidualnie w sposób twórczy lub odtwórczy.

Muzykoterapia jako jedna z form terapii przez sztukę według T. Natansona

[...] jest jednym spośród działań zmierzających w kierunku rehumanizacji współczesnego życia przez wielostronne wykorzystywanie walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywracania ludzkiego zdrowia oraz w celu korzystnego wpływania na współkształtowanie zarówno środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i na panujące w nim stosunki międzyludzkie<sup>38</sup>.

Autor definicji określa kierunek profilaktyczno-wychowawczy muzykoterapii, zwracając uwagę na aspekt włączania działań muzykoterapeutycznych o charakterze profilaktycznym i korekcyjnym w proces nauczania i wychowania. Terapia pedagogiczna „jest działaniem naprawczym, ukierunkowanym na osobę, która z różnych przyczyn ma mniejsze niż rówieśnicy szanse na prawidłowy rozwój”<sup>39</sup>. Ważne jest tu funkcjonowanie procesów percepcyjnych, kształtowanie procesów poznawczych, doskonalenie sensoryczno-motoryczne, ekspresji i interakcji, niwelowanie lęku, izolacji, niepowodzeń i negatywnych doświadczeń oraz wpływanie na korzystny stan emocjonalny. Akceptacja osoby z jej ograniczeniami nie wyklucza korekty, szansy na odnośnienie sukcesu, tolerancję. Istotny w terapii jest czas jej trwania, specyfika postępowania, zakres i złożoność zaburzenia, formy uczestnictwa w zajęciach, rodzaj i formy interwencji, rodzaj terapii<sup>40</sup>. Działania terapeutyczne powinny być poprzedzone diagnozą. Terapia pozbawiona jest oceniania, rywalizacji, pośpiechu, porażki<sup>41</sup>. Formy postępowania sprowadzają się do:

<sup>37</sup> *Ibidem*, s. 256.

<sup>38</sup> T. Natanson, *Muzyczna profilaktyka w procesie nauczania – wychowania, wybrane refleksje teoretyczne*, [w:] *Arteterapia*, red. L. Hanek, M. Pasella (Zeszyt Naukowy, nr 45, Akademia Muzyczna), Wrocław 1988, s. 123.

<sup>39</sup> J. Gładyszewska-Cylulko, *Arteterapia w pracy pedagoga. Teoretyczne i praktyczne podstawy terapii przez sztukę*, Kraków 2011, s. 38.

<sup>40</sup> I. Bolewska, *Terapia pedagogiczna jako rodzaj oddziaływań wychowawczych i dydaktycznych w pedagogice specjalnej*, [w:] *Terapia pedagogiczna w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, red. K. Kucyper, A. Stankowski, Bielsko-Biała 2008, s. 82.

<sup>41</sup> B. Kaja, *Zarys terapii dziecka. Metody psychologicznej i pedagogicznej pomocy wspomagającej rozwój dziecka*, Bydgoszcz 1995, s. 38–39.

- 1) stymulacji i uaktywniania poprzez pobudzanie, dawanie impulsu, wzmaganie procesów za pomocą stymulatorów-bodźców;
- 2) usprawniania – czyli wzmocnienia mocnych stron dziecka, rozwijania umiejętności mimo dysfunkcji fizycznej i psychicznej;
- 3) korekcji – poprawiania oraz usuwania nieprawidłowości i zaburzeń rozwojowych oraz związanych z tym dysfunkcji;
- 4) kompensacji – zastąpienia lub uzupełnienia, wyrównania braków za pomocą innych pełnosprawnych zmysłów;
- 5) indywidualizacji;
- 6) profilaktyki i prewencji;
- 7) wspierania i wspomaganie, czyli realizowania zadań wychowawczych jako złożonych interakcji międzyludzkich, w których współdziałanie wychowawcy i wychowanka jest dwupodmiotowe, partnerskie, wielosytuacyjne<sup>42</sup>.

## Konkluzja

Aktywność twórcza lub dzieło artystyczne nie jest celem, ale środkiem do osiągnięcia pozytywnych zmian. Wykorzystanie sztuki dla celów terapeutycznych wspomaga rozwój, koryguje zaburzenia, inspiruje wyobraźnię, ekspresję twórczą, kreatywność, aktywizuje i mobilizuje, dając poczucie własnej wartości i satysfakcji. Muzyka pozwala dziecku z deficytami czy zaburzoną psychomotoryką, ograniczeniami i utrudnieniami zaakceptować je i pokonać, gdy „świat wielkiej muzyki pozwala egzystować w kategoriach piękna, które obok prawdy i dobra stanowi szczyt ludzkich dążeń”<sup>43</sup>. Dlatego należy podkreślić, że muzykoterapia niesie

[...] nieocenioną pomoc w pracy z dziećmi, poprzez swoje szerokie oddziaływanie na sferę psychosomatyczną, co pozwala na eliminowanie trudności związanych z relacjami interpersonalnymi dziecka w środowisku [...]. Zajęcia muzykoterapeutyczne [...] nie muszą się koncentrować jedynie na leczniczym działaniu muzyki, ale mogą być traktowane także jako psychoedukacyjne, psychohigieniczne lub psychoprofilaktyczne<sup>44</sup>.

Zajęcia prowadzone z empatią, tolerancją dla niedoskonałych wykonań artystycznych, z poszanowaniem spontaniczności, aktywności twórczej, stwarzaniem szansy na odnoszenie sukcesów przez osoby z ograniczeniami różnego

<sup>42</sup> W. Dykcik, *Formy postępowania terapeutyczno-wychowawczego*, [w:] *Pedagogika specjalna*, red. W. Dykcik, Poznań 1998, s. 75–81.

<sup>43</sup> Z. Konaszkiewicz, *Dziecko niepełnosprawne i muzyka*, Warszawa 1994, s. 36.

<sup>44</sup> R. Majzner, *Muzykoterapia w procesie edukacyjnym dziecka*, [w:] *Profilaktyka, diagnoza i terapia w terapii i praktyce edukacyjnej*, red. U. Szuścik, J. Skibska, E. Kochanowska, Kraków 2014, s. 318.

typu, umożliwianiem dokonywania wyborów oraz korekty działań to recepta na osiągnięcie poprzez muzykę i działania z nią związane wewnętrznego porządku, w którym tkwi siła terapeutyczna i stymulator ładu wewnętrznego.

## Bibliografia

- Bolewska I., *Terapia pedagogiczna jako rodzaj oddziaływań wychowawczych i dydaktycznych w pedagogice specjalnej*, [w:] *Terapia pedagogiczna w rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, red. K. Kucyper, A. Stankowski, Bielsko-Biała 2008.
- Bula K., *Jak mówić o muzyce*, Warszawa 1991.
- Burczyk I., *Miejsce słowa w aktywności muzycznej dziecka w młodszym wieku szkolnym*, „Świat i Słowo” 2013, nr 1(20).
- Burowska Z., *Słuchanie i tworzenie muzyki w szkole*, Warszawa 1980.
- Dykcik W., *Formy postępowania terapeutyczno-wychowawczego*, [w:] *Pedagogika specjalna*, red. W. Dykcik, Poznań 1998.
- Fangarowa K., *Zarys historii muzyki*, cz. 1: *Od muzyki ludów pierwotnych do klasycyzmu*, Kraków 2001.
- Fyk J., Graban B., Rakowski A., *Słuchowe wrażenia wysokości dźwięków a wzrokowe wrażenia barwy*, [w:] *Kształtowanie i percepcja sekwencji dźwięków muzycznych*, red. A. Rakowski, Warszawa 2002.
- Gładyszewska-Cylulko J., *Arteterapia w pracy pedagoga. Teoretyczne i praktyczne podstawy terapii przez sztukę*, Kraków 2011.
- Gwizdalanka D., *Historia muzyki*, cz. 1, Kraków 2005.
- Gwizdalanka D., *Historia muzyki. Przemiany kultury muzycznej XX wieku*, cz. 4, Kraków 2011.
- Kaja B., *Zarys terapii dziecka. Metody psychologicznej i pedagogicznej pomocy wspomagającej rozwój dziecka*, Bydgoszcz 1995.
- Konaszkievicz Z., *Dziecko niepełnosprawne i muzyka*, Warszawa 1994.
- Konieczna E. J., *Arteterapia w teorii i praktyce*, Kraków 2007.
- Kowalska M., *ABC historii muzyki*, Kraków 2001.
- Majzner R., *Muzykoterapia w procesie edukacyjnym dziecka*, [w:] *Profilaktyka, diagnoza i terapia w terapii i praktyce edukacyjnej*, red. U. Szuścik, J. Skibska, E. Kochanowska, Kraków 2014.
- Mika B., *Muzyka jako znak (w kontekście analizy paradygmatycznej)*, Lublin 2007.
- Natanson T., *Muzyczna profilaktyka w procesie nauczania – wychowania, wybrane refleksje teoretyczne*, [w:] *Arteterapia*, red. L. Hanek, M. Pasella (Zeszyt Naukowy, nr 45, Akademia Muzyczna), Wrocław 1988.
- Natanson T., *Wstęp do nauki o muzykoterapii*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk 1979.
- Stadnicka J., *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, Warszawa 1998.
- Szulc W., *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*, Warszawa 2011.
- Szweykowski Z. M., *Kultura wokalna XVI-wiecznej Polski*, Kraków 1957.
- Turek K., *Pieśń ludowa – jej funkcje i znaczenie w kulturze Górnego Śląska*, [w:] *Kultura. Język. Edukacja*, t. 1, red. R. Mrózek (Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, nr 1518), Katowice 1995.
- Uchyla-Zroski J., *Muzyka w środowisku szkolnym dziecka*, [w:] *Wartości w muzyce*, t. 4, red. J. Uchyla-Zroski, Katowice 2012.
- Wierszyłowski J., *Psychologia muzyki*, Warszawa 1979.



## **Działania muzykoterapeutyczne w procesie edukacyjnym**

**Streszczenie:** Artykuł podejmuje problematykę stymulacji i uaktywniania poprzez dawanie impulsu za pomocą stymulatorów, bodźców, do których można zaliczyć muzykę. Autorka, wychodząc od początków muzykoterapii, ukazuje rozumienie języka muzyki – kodu w procesie przekazu wyrazu emocjonalnego. Na tym tle przedstawione są walory terapeutyczne muzyki poprzez różne formy: percepcji, ekspresji ruchowej, gry na instrumentach, mowy ekspresyjnej, śpiewu. Muzyka jako komunikat niewerbalny poprzez aktywność muzyczną lub percepcję oraz polisensoryczny odbiór pozwala na przełożenie języka wrażeń na dotyk, wzrokowe wrażenia barwy, ruch. Edukacyjno-wychowawcze aspekty muzyki w kontekście terapeutycznym sprowadzają się do działań w formie stymulacji, uaktywniania, usprawniania, korekcji, kompensacji, profilaktyki oraz wspierania i wspomagania.

**Słowa kluczowe:** język muzyki, muzykoterapia, odbiorca muzyki

## **Therapy through music activities in the process of education**

**Summary:** The article presents the problem of stimulation and activation by giving an impulse by means of stimulants, i.e. the stimuli which can be in the form of music. Starting from the beginnings of the music therapy the author deals with understanding of the language of music, which is a code in the process of emotional communication and expression. Therapeutic qualities of music through different forms such as perception, movement expression, playing musical instruments, expressive speaking, and singing are presented against this background. Through musical activity or perception or multi-sensory perception, music as a nonverbal message allows to translate the language of sensations into touch, visual sensations of colour, and movement. Educational and pedagogical aspects of music in the therapeutic context consist in actions such as stimulation, activation, improvement, correction, compensation, prevention, assistance and support.

**Keywords:** language of music, therapy through music activities, recipient of music

Lidia Kęska

## Terapeutyczna rola działań muzycznych na etapie wczesnoszkolnym

### Wprowadzenie

W podstawie programowej z 2008 roku jako cel kształcenia w szkole ogólnokształcącej na pierwszym etapie edukacyjnym wskazano „wspomaganie dziecka w rozwoju intelektualnym, emocjonalnym, społecznym, etycznym, fizycznym i estetycznym”<sup>1</sup>. Jest to czas, kiedy dziecko intensywnie się rozwija, nie tylko ucząc się i przyswajając wiedzę, ale również kształcąc różne kompetencje i umiejętności. Jest to czas, w którym odkrywa ono swoją odrębność psychiczną, dostrzega różnice między ludźmi, próbuje się odnaleźć w swojej grupie rówieśniczej i różnych sytuacjach społecznych. To również okres krytyczny dla rozwoju jego indywidualnych zdolności, w tym podstawowych zdolności muzycznych. Poprzez ich rozwijanie, ćwiczenia, zabawy, podnoszenie kompetencji muzycznych uczeń zyskuje szansę na kontakt z dziełami sztuki muzycznej, ma możliwość wyrażania swoich nastrojów i emocji ruchem, grą na prostych instrumentach i śpiewem. Wzmaga to ogólną aktywność dziecka i może być wykorzystane w kształtowaniu postaw społecznych, w budzeniu zapału do działania, w rozwijaniu wyobraźni i kreatywności<sup>2</sup>, może pomóc w kształtowaniu jego emocjonalności, rozwinąć orientację w funkcjonowaniu własnego ciała, orientację w przestrzeni, skupianie i podzielność uwagi – jednym słowem: przyspieszyć ogólny rozwój dziecka<sup>3</sup>.

Muzyka i szeroko pojęte zajęcia muzyczne wpływają także pozytywnie na samoocenę dziecka, uczą je wyrażania siebie, pozwalają na przeżywanie radości, pomagają przezwyciężyć nieśmiałość i zahamowania, dostarczają niezapomnianych wrażeń. Muzyka to również środek pokonywania trudności w uczeniu się, niwelowania opóźnień w rozwoju, działań w przypadkach autyzmu, przy zaburzeniach zachowania, w nerwicach<sup>4</sup>, może więc z powodzeniem spełniać rolę wspomagającą w terapii różnych zaburzeń rozwojowych.

<sup>1</sup> MEN, *Podstawa programowa kształcenia ogólnego – I etap edukacyjny*, Warszawa 2008, s. 4.

<sup>2</sup> Zob. M. Przychodzińska-Kaciczak, *Dziecko i muzyka*, Warszawa 1981, s. 85.

<sup>3</sup> Zob. W. A. Sacher, *Pedagogika muzyki. Teoretyczne podstawy powszechnego kształcenia muzycznego*, Kraków 2012, s. 59.

<sup>4</sup> K. Lewandowska, *Muzykoterapia dziecięca*, Gdańsk 2001, s. 56.

Świadomość wszechstronnego oddziaływania muzyki na człowieka powinna towarzyszyć nauczycielom pracującym z dziećmi w najwcześniejszych latach szkolnych. Dominującym obecnie modelem w pracy w klasach I–III jest uczenie wszystkich przedmiotów przez jednego nauczyciela, co wymaga od niego wiedzy z różnych, nierzadko bardzo odległych od siebie dziedzin. Dodatkowo w ostatnich latach w klasach pojawiły się dzieci z różnymi dysfunkcjami – intelektualnymi, psychicznymi i fizycznymi, z problemami rozwojowymi, rodzinnymi i wychowawczymi. Dzisiaj praca w szkole wymaga od nauczyciela „nie tylko umiejętności dydaktycznych, ale także wychowawczych i terapeutycznych, w tym znajomości metod stosowanych dotychczas jedynie w toku terapii lub w szkolnictwie specjalnym”<sup>5</sup>. Terapia prowadzona przez nauczycielkę w czasie zajęć muzycznych, niezależnie od innych działań wskazanych przez np. poradnie psychologiczno-pedagogiczne, może poprawić ogólną kondycję psychiczną i fizyczną dziecka, pomóc mu w nawiązaniu kontaktu z grupą i odreagowaniu negatywnych emocji i napięć. Muzyka umożliwia osiągnięcie takich efektów poprzez naturalne wpisanie oddziaływań na dzieci w konwencję zabawy.

### Terapeutyczna rola ruchu z muzyką

Prowadzenie zajęć muzycznych w szkole przewiduje wykorzystanie różnych form aktywności: śpiewu, ćwiczeń mowy, gry na instrumentach, ruchu z muzyką, słuchania i tworzenia muzyki. W każdej z nich można odnaleźć możliwości oddziaływania na dzieci z różnymi deficytami, natomiast uczniom zdrowym i bezproblemowym działania te dadzą radość i okazję do rozwoju. Najbardziej naturalną i najbliższą dzieciom formą wydaje się **ruch z muzyką**, który powinien być w klasach najmłodszych obowiązkowy.

Dziecko przechodzące z etapu przedszkolnego do rygorów szkolnych nagle zostaje pozbawione możliwości wyrażania siebie w najbardziej naturalny sposób, jakim jest ruch. Przyzwyczajone do swobodnego poruszania się od okresu raczkowania, poprzez pierwsze próby samodzielnego chodzenia, zabawy w domu, na podwórku, aż do przedszkola, wraz z wejściem do klasy szkolnej zmuszane jest do siedzenia w ławce (czy nawet w kręgu na dywanie), otrzymuje zakaz kręcenia i wiercenia się w trakcie czytania, pisania, mówienia i słuchania, a ruch dawkowany jest skromnie, zazwyczaj tylko na lekcjach wychowania fizycznego. Po kilku latach tak zorganizowanego pobytu w szkole można zaobserwować niechęć dziecka do nauki i pogorszenie się jego kondycji fizycznej, związane dodatkowo z nagminnym spędzaniem wolnego czasu przed komputerem czy telewizorem.

<sup>5</sup> R. Terenc-Pawliczak, *Elementy profilaktyki muzycznej w pracy pedagogicznej*, „Wychowanie Muzyczne” 2011, nr 4, s. 35.

Muzyka wprowadza wewnętrzny ład i uporządkowanie – każdy utwór składa się z wielu elementów (rytm, melodia, harmonia, metrum, tempo, dynamika, agogika, frazowanie, artykulacja, kolorystyka dźwiękowa i struktura formalna), które mają swoje funkcje i w czasie ćwiczeń wymuszają niejako na dziecku zgodność ruchów z przebiegiem muzycznym utworu. Podporządkowanie się muzyce wymaga aktywności, umiejętności samoopanowania, zorganizowanego poruszania się i rezygnacji ze zbędnych ruchów. Ruch rytmiczny wspomaga koordynację ruchową i wzrokowo-ruchową, rozwija pamięć ruchową, orientację w pozycji własnego ciała, sprawność, uwagę, koncentrację, czyli cechy przydatne nie tylko w kształceniu muzycznym dzieci, ale także na wszystkich innych zajęciach oraz po prostu w życiu.

W trakcie zajęć ruchowych z muzyką bardzo często stosowane są ćwiczenia inhibicyjno-incytycyjne, czyli hamujące i pobudzające, będące odzwierciedleniem podstawowych procesów nerwowych, których zaburzenie lub nierównowaga jest przyczyną wielu problemów uczniów, nauczycieli i rodziców. Nadpobudliwość lub zahamowanie psychoruchowe można skutecznie niwelować za pomocą ćwiczeń z muzyką, które dla dzieci będą świetną zabawą. Ćwiczenia te polegają na nagłej zmianie charakteru ruchu i mają na celu usprawnianie szybkiej reakcji mięśniowej. Inny rodzaj aktywności to ćwiczenia ilustracyjno-taneczne, wykonywane grupowo i pomagające nawiązać kontakt z innymi uczestnikami. Ten rodzaj ruchu angażuje kilka analizatorów jednocześnie, a przez to uaktywnia prawie całe ciało dziecka, wydłuża czas koncentracji uwagi, poprawia pamięć słuchową i ruchową, wspomaga koordynację ruchową, zwinność i orientację w przestrzeni, działa też pozytywnie na poziom uspołecznienia dzieci, wzmacnia świadomość własnego ciała, uczy kontaktu z innymi i likwiduje lęk przed nim<sup>6</sup>.

Oddziaływanie terapeutyczne ruchu z muzyką widoczne jest w radości dzieci w czasie ćwiczeń i zabaw, w poprawie ich samopoczucia dzięki gimnastyce ciała, powodującej szybsze i pełniejsze oddychanie, poprawę krążenia, wyciszenie natręctw ruchowych i myślowych, zniesienie napięć i podwyższenie samooceny<sup>7</sup>.

## Znaczenie ćwiczeń głosowych

Kolejna forma aktywności muzycznej, bardzo bliska dzieciom i mająca spore znaczenie terapeutyczne, to **śpiew i ćwiczenia mowy**. Śpiew towarzyszy ludziom niemal od zawsze. Piosenki jako utwory muzyczne obejmują wszystkie ich elementy, ponadto mają jeszcze treść literacką, która działa na dzieci silniej nawet niż sama muzyka. Piosenkom często towarzyszą zabawy rozwijają-

<sup>6</sup> Zob. B. Janosz, *Zajęcia muzyczno-rytmiczne w szkole życia*, Warszawa 1993, s. 106–107.

<sup>7</sup> Zob. J. Stadnicka, *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, Warszawa 1998, s. 37.

ce podstawowe zdolności muzyczne, a także spostrzegawczość, koncentrację uwagi, pamięć, sprawiają dzieciom radość, pomagają w socjalizacji i rozładowaniu emocji. Dla uczniów z problemami z jękaniem, wadami wymowy czy zahamowaniem mowy są okazją do kształtowania samogłosek, regulacji oddechu, płynności w wymawianiu tekstu. Poprawne zaśpiewanie piosenki jest dla takich dzieci niewątpliwym sukcesem. Śpiewanie w grupie

[...] chroni przed samotnością, umożliwia przeżycie cennego dla terapii uczucia zespolenia stanu psychicznego osoby śpiewającej lub słuchającej z nastrojem utworu oraz wzajemnego zespolenia osób wspólnie śpiewających lub słuchających. Piosenki liryczne pomagają w uzewnętrznianiu marzeń, tęsknot i smutków, przynosząc uczucie wypowiedzenia przeżyć i pokrzepienia. Piosenki wesołe pomagają w wydobywaniu i spełnianiu się nawet nikłej, nieraz przytłoczonej radości, uwalniają psychikę od przygnębienia, uwalniając mięśnie krtani i całego ciała od napięcia i pobudzając je do rytmicznego dobroczynnego ruchu<sup>8</sup>.

## Wykorzystanie instrumentów muzycznych

Kontakt z instrumentem muzycznym, realizowany poprzez formę zwaną **gra na instrumentach**, jest zawsze sporym przeżyciem dla dziecka – dotykanie go, wycucie materiału, z którego jest zrobiony, próba wydobycia dźwięku, sprawdzenie możliwości brzmieniowych i w końcu wspólne muzykowanie, oprócz rozwijania zdolności muzycznych, dostarcza satysfakcji, pozytywnie wpływa na psychikę, a przy okazji uczy dyscypliny i współdziałania w grupie. Instrumenty zazwyczaj stosowane są jako akompaniament do śpiewu lub muzyki instrumentalnej. Dziecko, grając, angażuje całe ciało, rozluźnia i napina mięśnie, a uporządkowanie muzyki wpływa na stabilizowanie jego emocji, nie odbierając przy tym możliwości indywidualnej ekspresji i zaangażowania. Czuje się wykonawcą i twórcą, co ze względów terapeutycznych jest bardzo ważne, gdyż podwyższa jego samoocenę. Tę właściwość doskonale wyczuła Batia Strauss, nauczycielka z Izraela, która wprowadziła metodę aktywnego słuchania muzyki, tzn. towarzyszenia fragmentom instrumentalnym z muzyki klasycznej na perkusyjnych instrumentach dziecięcych. Metoda ta bardzo dobrze przyjęła się w Polsce i jest wykorzystywana coraz powszechniej, tym bardziej że nie wymaga od nauczycielki specjalistycznego przygotowania muzycznego.

Na takiej samej zasadzie jak instrumenty muzyczne do akompaniamentu wykorzystywać należy również gestodźwięki, czyli klaskanie, tupanie, pstrykanie, uderzanie dłońmi w różne części ciała, efekty akustyczne, takie jak klaskanie językiem, cmokanie, parskanie, a także różne rekwizyty, z których można wydobyć dźwięk: piłki, balony, klucze, długopisy, gazety, butelki, kubki po jo-

<sup>8</sup> *Ibidem*, s. 241.

gurcie, kapsle i wszystkie inne przedmioty, które wydają jakikolwiek dźwięk. Zastosowanie rekwizytów czy materiałów rozwiązuje problem braku w klasie instrumentów dla wszystkich dzieci, dzięki czemu każde z nich czuje się ważne w takiej „orkiestrze”, uczy się odpowiedzialności za działanie i efekty pracy całego zespołu, jest współautorem sukcesu grupy.

## Konkluzja

Przygotowanie przyszłych nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej powinno uwzględniać, oprócz wielu innych, aspekt wykorzystania działań muzycznych do pracy terapeutycznej z dziećmi na początkowym etapie kształcenia. Studenci stykają się z uczniami o specjalnych potrzebach edukacyjnych już w czasie swoich praktyk pedagogicznych. Dzięki połączeniu tych doświadczeń z odpowiednimi zajęciami na uczelni mogą się nauczyć wykorzystywać profilaktyczne i terapeutyczne funkcje muzyki, aby zapobiegać różnym przejawom zaburzeń rozwojowych i emocjonalnych oraz niedostosowania społecznego dzieci w swojej późniejszej pracy zawodowej.

## Bibliografia

- Janosz B., *Zajęcia muzyczno-rytmiczne w szkole życia*, Warszawa 1993.  
Lewandowska K., *Muzykoterapia dziecięca*, Gdańsk 2001.  
MEN, *Podstawa programowa kształcenia ogólnego – I etap edukacyjny*, Warszawa 2008.  
Przychodzińska-Kaciczak M., *Dziecko i muzyka*, Warszawa 1981.  
Sacher W. A., *Pedagogika muzyki. Teoretyczne podstawy powszechnego kształcenia muzycznego*, Kraków 2012.  
Stadnicka J., *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, Warszawa 1998.  
Terenc-Pawliczak R., *Elementy profilaktyki muzycznej w pracy pedagogicznej*, „Wychowanie Muzyczne” 2011, nr 4.

## **Terapeutyczna rola działań muzycznych na etapie wczesnoszkolnym**

**Streszczenie:** Artykuł odnosi się do roli, jaką pełnią wybrane formy zajęć muzycznych w rozwoju dzieci w młodszym wieku szkolnym. Aktywny kontakt z muzyką może mieć znaczenie w terapii uczniów z różnego typu deficytami, zaburzeniami i niedostosowaniem społecznym. Z problemami tymi coraz częściej spotykają się szkoły ogólnokształcące. Uświadomienie roli muzyki jako czynnika wspomagającego terapię może ułatwić nauczycielom etapu wczesnoszkolnego pozytywne oddziaływanie na dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

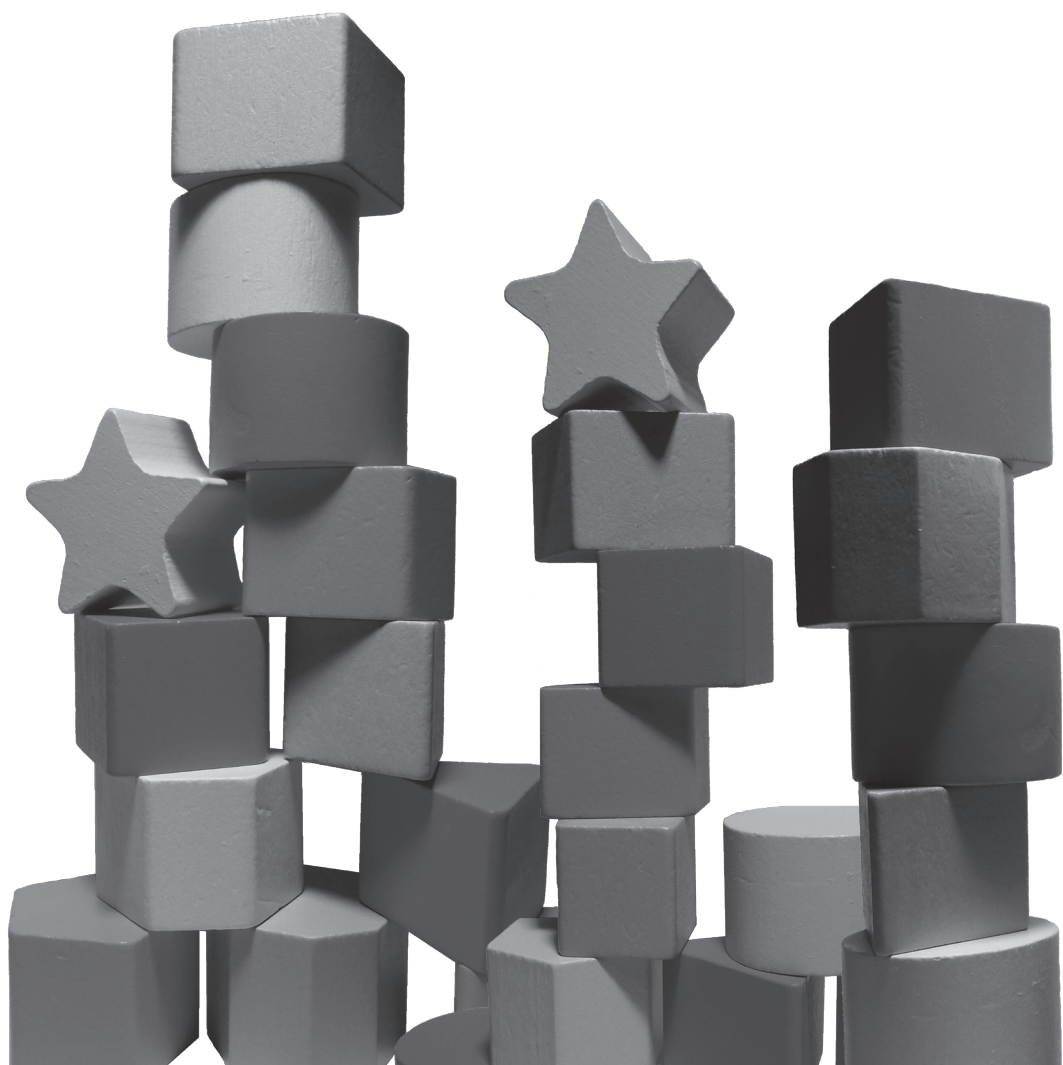
**Słowa kluczowe:** edukacja muzyczna, muzyka w edukacji wczesnoszkolnej, terapia muzyką

## **The therapeutic role of musical activities in early education**

**Summary:** The article deals with the problem of the role of selected music activities in the development of children in early education. Active contact with music may be of crucial importance for the therapy of children with various disorders, educational deficits and social maladjustment. These problems can be met in comprehensive schools more and more often. Making early education teachers aware of the role of music in therapy may help them to influence positively their students with special needs.

**Keywords:** musical education, music in early education, music therapy

Dziecko ze specjalnymi potrzebami  
edukacyjnymi – teoria i praktyka







Anna Porczyńska-Ciszewska

## Dziecko z ADHD w szkole – obraz kliniczny oraz konsekwencje

### Wprowadzenie

Podjmując problematykę funkcjonowania dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej w szkole, należy się zastanowić nad tym, czym rzeczywiście jest, a czym zdecydowanie nie jest nadpobudliwość psychoruchowa. Na przestrzeni ostatnich lat można zaobserwować swoisty trend postrzegania niemal wszystkich dzieci, które są niespokojne, sprawiają trudności wychowawcze, z którymi dorośli mają kłopoty, jako dzieci z ADHD. Czy zatem każde dziecko, którego rodzice skarżą się, że ich nie słucha, jest nadmiernie wrażliwe, ma wybuchy złości, łatwo się denerwuje, lekceważy polecenia rodziców i nauczycieli w szkole, wchodzi w konflikty z rówieśnikami, nie potrafi samodzielnie odrabiać lekcji, może być określone mianem nadpobudliwego? Czy każdy uczeń, który w opinii nauczycieli jest leniwy i krnąbrny, który z byle powodu złości się i obraża, nie słucha, kiedy nauczyciel zwraca się do niego, przerywa i przeszkadza podczas lekcji, jest dzieckiem z ADHD? Odpowiedź na te pytania nie jest prosta, podkreślić jednak należy, że podane wyżej objawy nie uprawniają do rozpoznania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, ponieważ nie należą one do jego podstawowych symptomów. Z całą stanowczością trzeba podkreślić, że ADHD z medycznego punktu widzenia jest zespołem „mającym charakterystyczne objawy i przebieg oraz wymagającym odpowiedniego postępowania bądź leczenia”<sup>1</sup>. Należy jednak pamiętać, że istnieje szereg problemów zdrowotnych i psychologicznych, w przebiegu których występują objawy zbliżone, czy nawet identyczne z objawami ADHD (mogą one występować m.in. u pacjentów z takimi schorzeniami, jak alergie, nadczynność tarczycy, depresja, zaburzenia lękowe, czy u dzieci maltretowanych)<sup>2</sup>.

Pojawia się więc pytanie: czym jest zespół nadpobudliwości psychoruchowej? Czy jest to zbiór cech charakteryzujących dziecko, zaburzenie rozwojowe, a może nawet choroba?

---

<sup>1</sup> A. Bryńska i in., *ADHD. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*, Sopot 2010, s. 14–15.

<sup>2</sup> *Ibidem*, s. 15.

Warto podkreślić, że ADHD nie jest synonimem niespokojnego czy niegrzecznego dziecka, „żywego” temperamentu, złego wychowania, zaburzeń zachowania, złośliwości, lenistwa, celowego łamania norm i zasad, agresji ani przemocy.

## Zespół nadpobudliwości psychoruchowej – obraz kliniczny i etiologia

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zaburzeniem neuropsychiatrycznym<sup>3</sup>, w przebiegu którego występują trzy grupy objawów: zaburzenia koncentracji uwagi, nadmierna aktywność ruchowa oraz nadmierna impulsywność. Trzeba jednak pamiętać, że cechy te występują u wielu osób i większość z nas miewa czasami trudności ze skoncentrowaniem się czy spokojnym i przemyślanym działaniem. Różnica pomiędzy dzieckiem z ADHD a jego rówieśnikiem bez ADHD polega jedynie na nasileniu tych cech, zatem o zespole nadpobudliwości psychoruchowej można powiedzieć wyłącznie wtedy, gdy jego symptomy powodują istotne klinicznie cierpienie dziecka lub znacznie utrudniają jego funkcjonowanie, w aspekcie zarówno społecznym, jak i szkolnym czy zawodowym.

Warto również podkreślić, że ADHD nie powinno być traktowane w kategoriach patologii społecznej czy społecznego niedostosowania, oraz pamiętać, że napotymane problemy związane z tym zespołem wynikają z zaburzenia rozwojowego i nie są niczyją winą – ani rodziców, ani nauczycieli, a przede wszystkim nie są winą dziecka i nie zależą od jego woli<sup>4</sup>, o czym świadczy etiologia omawianego problemu, pomimo że nie jest ona do końca poznana.

Do tej pory powstało wiele teorii próbujących wyjaśnić etiologię zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Odpowiedzialność za omawiane schorzenie przypisywano m.in. mikrouszkodzeniom ośrodkowego układu nerwowego, alergiom pokarmowym, przewlekłemu zatruciu ołowiem. Pomimo że wymienione dolegliwości rzeczywiście mogą się przyczyniać do zaburzeń koncentracji uwagi, nadruchliwości czy impulsywności, nie u wszystkich dzieci dotkniętych zespołem ADHD występują. Dlatego też najbardziej wiarygodnym i empirycznie potwierdzonym wyjaśnieniem przyczyn tego zaburzenia jest, doowiedzione przez R. Barkleya<sup>5</sup>, genetyczne uwarunkowanie ADHD. Twierdzi on,

<sup>3</sup> J. Biedermann, *Czy farmakoterapia w zespole nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (ADHD) zmniejsza ryzyko uzależnień w wieku późniejszym? Wyniki długoterminowych obserwacji grupy młodzieży zdrowej i dotkniętej ADHD*, „Przegląd Psychiatrii Klinicznej” 2003, t. 64, s. 1–6.

<sup>4</sup> M. Kutscher, T. Attwood, R. Wolff, *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. ADHD, trudności w nauce, zespół Aspergera, zespół Tourette, depresja dwubiegunowa i inne zaburzenia*, przeł. R. Waliś, Warszawa 2007, s. 58.

<sup>5</sup> R. Barkley, *Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD*, „Psychological Bulletin” 1997, nr 121, s. 65–94.

iż czynniki pozagenetyczne mogą wyjaśnić około 20–30% przypadków tego zespołu, z kolei częstość jego dziedziczenia wynosi 80%. Badania prowadzone nad bliźniętami, a także dziećmi z ADHD, które były wychowywane w rodzinach biologicznych i adopcyjnych, dostarczają dowodów na to, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej częściej występuje w przypadku bliźniąt jednojajowych niż dwujajowych, oraz potwierdzają fakt, iż transmisja zaburzenia z pokolenia na pokolenie jest częściej związana z rodzicami biologicznymi, sięgając 15–20%, niż z wychowującymi dziecko, w przypadku których waha się w granicach 5–10%. Niezwykle prawdopodobne wydaje się, że zespół ten jest zaburzeniem poligenicznym, a w jego powstaniu udział mają mutacje w obrębie genów, aktywnych w korze przedczołowej i jądrach podstawnych. U pacjentów z ADHD można zaobserwować zmiany wielkości i proporcji oraz nietypowe zmiany funkcjonalne (zmniejszenie przepływu krwi, zmiany poziomu metabolizmu glukozy) w korze przedczołowej, jądrach podstawnych (jądro ogoniaste, gałka biała, skorupa), spoidle wielkim, mózdzku. Również robak mózdzku, który najprawdopodobniej jest zaangażowany w regulację motywacji, jest mniejszych rozmiarów u osób cierpiących na ADHD w porównaniu z jednostkami zdrowymi<sup>6</sup>.

W związku z powyższym można powiedzieć, że omawiany zespół jest problemem z blokowaniem bodźców, chorobą będącą skutkiem zaburzeń funkcjonowania płatów czołowych i przedczołowych odpowiedzialnych za blokowanie rozpraszających bodźców, własnych myśli, własnych reakcji na rozpraszające bodźce lub myśli, a dokładniej: niedostatecznego pobudzenia płatów czołowych za pomocą neuroprzekaźnika norepinefryny (noradrenaliny). W konsekwencji tego płaty czołowe nie są w stanie przekazać wystarczającej ilości dopaminy, aby odpowiednio hamować inną aktywność mózgu<sup>7</sup>. Zatem ADHD powinno być rozpoznawane i traktowane jako zaburzenie o jednoznacznie potwierdzonym podłożu neurologicznym i genetycznym, a konsekwencją takiego podejścia – podejmowanie skutecznych metod leczenia.

## Kryteria diagnostyczne zespołu nadpobudliwości ruchowej

Aktualnie w celu rozpoznania u dziecka zaburzenia hiperkinetycznego psychologowie oraz lekarze posługują się następującymi kryteriami diagnostycznymi zgodnie z obowiązującą obecnie w Polsce Międzynarodową klasyfikacją ICD-10:

<sup>6</sup> T. Wolańczyk, A. Kołakowski, A. Pisula, A. Bryńska, *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD, zespół hiperkinetyczny). Materiały szkolenia dla psychiatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży, neurologów dziecięcych oraz osób specjalizujących się w powyższych specjalnościach*, Warszawa 2005, s. 14.

<sup>7</sup> M. Kutscher, T. Attwood, R. Wolff, *op. cit.*, s. 59.

Rozpoznanie zaburzeń hiperkinetycznych do celów badawczych wymaga jednoznacznego stwierdzenia wyraźnie nieprawidłowego nasilenia zaburzeń uwagi, nadmiernej aktywności i niepokoju, które występują w różnych sytuacjach i utrzymują się w czasie, a które nie są spowodowane przez inne zaburzenia, takie jak autyzm i zaburzenia afektywne.

**G1. Brak uwagi.** Co najmniej sześć z następujących objawów braku uwagi utrzymywało się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka.

1. Częste niezwracanie bliższej uwagi na szczegóły lub częste beztraskie błędy w pracy szkolnej, pracy lub w innych czynnościach.
2. Częste niepowodzenia w utrzymaniu uwagi na zadaniach lub czynnościach związanych z zabawą.
3. Często wydaje się nie słyszeć, co zostało do niego (do niej) powiedziane.
4. Częste niepowodzenia w postępowaniu według instrukcji albo w kończeniu pracy szkolnej, pomocy w domu lub obowiązków w miejscu pracy (ale nie z powodu zachowania opozycyjnego ani niezrozumienia poleceń).
5. Często upośledzona umiejętność organizowania zadań i aktywności.
6. Często unikanie lub silna niechęć do takich zachowań, jak praca domowa wymagająca wytrwałego wysiłku umysłowego.
7. Częste gubienie rzeczy niezbędnych do niektórych zadań lub czynności, jak wyposażenie szkolne, ołówki, książki, zabawki lub narzędzia.
8. Często łatwa odwracalność uwagi przez zewnętrzne bodźce.
9. Często zapominanie w toku codziennej aktywności.

**G2. Nadmierna aktywność.** Co najmniej trzy z następujących objawów nadmiernej aktywności utrzymywały się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka.

1. Często niespokojnie porusza rękoma lub stopami albo wierci się w krześle.
2. Opuszcza siedzenie w klasie lub w innych sytuacjach, w których oczekiwane jest utrzymanie pozycji siedzącej.
3. Często nadmierne rozbieganie lub wtrącanie się w sytuacjach, w których jest to niewłaściwe (w wieku młodzieńczym lub dorosłym może występować jedynie poczucie niepokoju).
4. Często przesadna hałaśliwość w zabawie lub trudność zachowania spokoju w czasie wypoczynku.
5. Przejawia utrwalaony wzorec nadmiernej aktywności ruchowej, praktycznie niemodyfikowany przez społeczny kontekst i oczekiwaniami.

**G3. Impulsywność.** Co najmniej jeden z następujących objawów impulsywności utrzymywał się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka.

1. Często udziela odpowiedzi, zanim pytanie jest dokończone.
2. Często nie umie czekać w kolejce lub doczekać się swej rundy w grach lub innych sytuacjach grupowych.
3. Często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmów lub gier innych osób).
4. Często wypowiada się nadmiernie bez uwzględnienia ograniczeń społecznych.

G4. Początek zaburzenia nie później niż w wieku 7 lat.

G5. Całościowość. Kryteria są spełnione w więcej niż w jednej sytuacji, np. połączenie braku uwagi i nadaktywności występujące i w szkole, i w domu lub zarówno w szkole, jak i w innych okolicznościach, gdzie dzieci są obserwowane, takich jak klinika (potwierdzenie takiej sytuacyjnej rozpiętości zwykle będzie wymagało informacji z więcej niż jednego źródła, relacje rodziców na temat zachowania w klasie mogą okazać się niewystarczające).

G6. Objawy G1–G3 powodują istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie w zakresie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego.

G7. Zaburzenie nie spełnia kryteriów całościowych zaburzeń rozwojowych, epizodu maniakalnego, epizodu depresyjnego ani zaburzeń lękowych<sup>8</sup>.

Stawiając rozpoznanie zespołu hiperkinetycznego, należy zwrócić uwagę na jego zasadnicze cechy, tj.: wczesny początek, współwystępowanie nadmiernej aktywności, źle modulowanego zachowania z wyraźnym brakiem uwagi i trwałego zaangażowania w wykonywane zadania. Wymienione właściwości zachowania utrzymują się we wszystkich sytuacjach (np. w szkole i domu), a ich charakter jest przewlekły<sup>9</sup>.

173

## Dziecko z ADHD w szkole, czyli o konsekwencjach zespołu nadpobudliwości ruchowej

Biorąc pod uwagę obraz kliniczny zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, nie trudno się zorientować, że symptomy ADHD mogą stanowić źródło kłopotów uczniów dotkniętych tym zaburzeniem, a konsekwencją zwłaszcza nieleczzonego ADHD może być upośledzenie funkcjonowania szkolnego dzieci

<sup>8</sup> *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, red. przekł. S. Pużyński, J. Wciórka, przeł. J. Wciórka, Kraków–Warszawa 1998, s. 139–140.

<sup>9</sup> A. Porczyńska, *Dziecko z ADHD – nieznośne, chore czy społecznie niedostosowane?*, [w:] *W kręgu resocjalizacji i wybranych zagadnień opiekuńczo-wychowawczych*, red. I. Bieñkowska, Gliwice–Kraków 2009.

z zespołem hiperkinetycznym, pomimo ich potencjalnych możliwości intelektualnych (dzieci z ADHD najczęściej nie różnią się znacząco pod względem ilorazu inteligencji od dzieci bez ADHD). Jak się okazuje, wiele trudności szkolnych wynika z samych objawów nadpobudliwości, czyli z impulsywności, roztrągnięcia oraz nadmiernej potrzeby ruchu, które z kolei prowadzą do wielu kolejnych komplikacji. Dzieci z ADHD często słyszą wiele uwag krytycznych pod swoim adresem, ze strony zarówno rodziców, jak i nauczycieli, co więcej, z brakiem akceptacji spotykają się również w środowisku rówieśniczym. Warto jednak pamiętać, że konsekwencje ADHD są odczuwalne zarówno przez samo dziecko dotknięte zespołem hiperkinetycznym, jak i przez nauczycieli, rodziców i rówieśników, co prowadzi do kolejnych powikłań.

Zaburzenia koncentracji uwagi występujące w przebiegu ADHD powodują, że dziecko nie jest w stanie skoncentrować się dłużej na jednym zadaniu czy zajęciu, w tym również na zabawie. Jego uwaga jest łatwo odwracalna, zainteresowanie konkretną czynnością szybko słabnie. Uczni z ADHD często zwraca uwagę na każdy szmer, głośno komentuje, przeszkadzając innym uczniom w klasie, wywołany przez nauczyciela nie potrafi udzielić odpowiedzi na pytanie. U dzieci z zespołem hiperkinetycznym występuje tzw. męczliwość psychiczna i umysłowa, czego konsekwencją jest brak głębszych zainteresowań, niechęć do czytania czy unikanie zajęć wymagających większego wysiłku umysłowego. W konsekwencji po kilkunastu (a nawet kilku) minutach lekcji zaczynają rozmawiać, przestają uważać na to, co mówi nauczyciel, zapominają o zadaniach i poleceniach, wielokrotnie przerywają pracę podczas lekcji czy zadań domowych. Z tego też powodu pomimo adekwatnego do wieku rozwoju intelektualnego (a nawet w niektórych przypadkach ponadprzeciętnego), bogatej wyobraźni i zaskakujących otoczenie wiadomości dzieci te osiągają słabe wyniki w nauce. Ich kłopoty szkolne wiążą się z tym, że są postrzegane przez nauczycieli jako mniej zdolne bądź leniwe. Brak umiejętności wysłuchania w skupieniu tłumaczenia nauczycieli, niedoczytanie zadania do końca, niewysłuchanie poleceń, niezachowanie kolejności wykonywania zadań, częste pomyłki znaków (np. zamiast plusa minus) są źródłem licznych problemów z matematyką. Reasumując: konsekwencją zaburzeń uwagi są gorsze kontakty z nauczycielami i innymi dorosłymi, których irytuje brak zdolności skupienia się na najważniejszym dla nich bodźcu<sup>10</sup>. Jednym z poważniejszych efektów tych problemów jest również niewykorzystanie przez dziecko jego potencjalnych możliwości, co prowadzi do zbyt wczesnego zakończenia kariery szkolnej. Inna równie poważna konsekwencja to niska samoocena, u podłoża której leży interpretowanie przez dorosłych braku koncentracji uwagi jako lenistwa, braku odpowiedzialności lub zachowania opozycyjnego. Zaburzenia koncentracji uwagi wpływają na gorsze kontakty nie tylko z dorosłymi, ale również z innymi

<sup>10</sup> E. Góralczyk, *Moje dziecko w szkole*, Warszawa 2008, s. 80.

dziećmi. Utrudnienia związane z pracą czy działaniem w grupie, których źródłem jest najczęściej uczeń z ADHD, prowadzą do braku akceptacji ze strony rówieśników oraz odrzucenia przez klasę dziecka z zespołem hiperkinetycznym. Konsekwencje braku koncentracji uwagi u ucznia z ADHD ponoszą również nauczyciele, którzy muszą mu często przypominać, jakie zadanie należy wykonać, zwalniać tempo pracy, wielokrotnie wydawać polecenia, sprawdzać, czy zapisał pracę domową, przywracać rozproszoną uwagę itd., co dodatkowo potęguje ich niechęć do ucznia dotkniętego zespołem nadpobudliwości psychoruchowej.

Nadmierna ekspansja ruchowa, czyli wzmożona ruchliwość, będąca kolejnym osiowym objawem zespołu nadpobudliwości psychoruchowej powoduje, że dziecko ma trudności ze spokojnym siedzeniem w jednym miejscu, np. w ławce podczas lekcji, wymachuje rękami w najmniej odpowiednim momencie, chodzi po sali, biega, skacze, kręci się. Podejmowana przez dziecko aktywność najczęściej jest bezcelowa, nieorganizowana i niepołączona z wykonywaniem przez niego konkretnego zadania, co powoduje, że jego zachowanie jest dokuczliwe i irytujące dla osób trzecich, np. nauczycieli, rówieśników, rodziców, zwłaszcza że dzieci z ADHD niezbyt chętnie włączają się w zorganizowane zajęcia ruchowe czy zespołowe gry ruchowe, co dodatkowo może nasilać niechęć rówieśników<sup>11</sup>. Inny przejaw nadruchliwości, poza koniecznością bycia w ruchu i brakiem umiejętności długiego przebywania w jednym miejscu, to „niepokój w obrębie miejsca siedzenia”, którego przejawy stanowią wiercenie się, kręcenie, machanie rękami, nogami. Z kolei oznaką nadruchliwości „w obrębie mięśni języka” jest nadmierna gadatliwość. Konsekwencją nadmiernej ruchliwości dla dziecka dotkniętego ADHD najczęściej są trudności z dostosowaniem się do zajęć w grupie, niemal nieustanne odczuwanie niepokoju i zdenerwowania, nie najlepsze relacje z grupą rówieśniczą, złe kontakty z nauczycielami oraz niska samoocena. Efekty nadmiernej ruchliwości ucznia z ADHD dla całej klasy to najczęściej hałas, bójki na przerwach, uciążliwości związane z rozbieganym i potracającym innych uczniów dzieckiem, dodatkowe zadania realizowane po lekcjach przez całą klasę z powodu zachowania dziecka z ADHD. Nadmierna ruchliwość niewątpliwie utrudnia pracę również nauczycielom, którzy mają kłopoty z prowadzeniem lekcji i realizacją treści programowych. Ponadto muszą nieustannie monitorować zachowanie dziecka nadpobudliwego w klasie, radzić sobie z rozproszoną uwagą pozostałych uczniów oraz zapobiegać ewentualnym nieszczęśliwym wypadkom (ryzyko ich wystąpienia w klasie z uczniem z ADHD jest zdecydowanie większe w porównaniu do klasy bez ucznia z ADHD).

Impulsywność, będąca kolejnym podstawowym objawem zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, prowadzi do tego, że dzieci z ADHD działają, nie

<sup>11</sup> *Ibidem.*



przewidując konsekwencji swojego zachowania. To z kolei powoduje niemożność dostosowania się do zasad i norm obowiązujących w szkole czy domu pomimo ich znajomości i chęci ich przestrzegania. Problem dzieci z ADHD polega nie na złych chęciach, o które często są posądzane, lecz na trudności z przypomnieniem sobie w odpowiednim momencie właściwej zasady i skorzystaniem z dostępnej wiedzy. Ze względu na sprawiane trudności wynikające z ich impulsywnego zachowania spotykają się one nie tylko z brakiem akceptacji, ale wręcz z odrzuceniem, zarówno przez dorosłych (nauczyciele, rodzice), jak i przez grupę rówieśniczą. Zachowanie dzieci z ADHD prowokuje dorosłych do częstego stosowania kar (niestety, nierzadko wymierzanych za objawy!) w postaci krzyku, gróźb, zakazów, ograniczania swobody, a nawet kar cielesnych, co z kolei prowadzi do wystąpienia u nich reakcji nerwicowych w postaci np. zaburzeń lękowych, moczenia się, dolegliwości somatycznych, lęków nocnych<sup>12</sup>. Reasumując: konsekwencją impulsywności dla dziecka dotkniętego ADHD są trudności z realizacją założonych zadań, zmniejszona umiejętność uczenia się na podstawie wcześniejszych doświadczeń, a co za tym idzie – złe relacje z nauczycielami i rówieśnikami, wzmożona wypadkowość oraz niska samoocena. Impulsywność dziecka z ADHD nie pozostaje obojętna również dla środowiska rówieśniczego w szkole, czego przykładem może być zwiększona ilość konfliktów w klasie czy trudności związane z organizacją współpracy z rówieśnikami. Konsekwencje impulsywności ucznia z ADHD ponoszą również nauczyciele, którzy muszą stawić czoło takim problemom, jak nieprzewidywalność reakcji dziecka, konieczność radzenia sobie z jego wybuchami złości, konieczność przewidywania ewentualnych sytuacji zagrażających bezpieczeństwu w szkole czy konieczność zabezpieczania dziecka przed ewentualnymi wypadkami.

## Konkluzja

Podsumowując, można powiedzieć, że objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, takie jak brak uwagi, nadmierna ruchliwość, impulsywność, brak przewidywania skutków własnych działań, natychmiastowa realizacja zamierzonego celu, są źródłem nieustannych konfliktów dziecka z otoczeniem. Z kolei negatywne informacje zwrotne, jakie otrzymuje ono od najwcześniejszych lat życia, nieustanna krytyka i dezaprobaty otoczenia powodują, że osoby z ADHD zaczynają odbierać świat jako wrogi i zagrażający. W konsekwencji każda doznana krzywda, nawet wyrządzona przypadkowo i niechcący, jest odbierana jako celowa i wymagająca natychmiastowej reakcji odwetowej<sup>13</sup>. Co więcej, dzieci z ADHD, najprawdopodobniej z powodu dużej impulsywności,

<sup>12</sup> *Ibidem*, s. 81.

<sup>13</sup> *Ibidem*, s. 83.

reagują dużo bardziej emocjonalnie na różne sytuacje niż ich zdrowi rówieśnicy<sup>14</sup>, często niewspółmiernie do bodźca. To powoduje, że pierwotne konsekwencje nadpobudliwości psychoruchowej, takie jak zapominanie, trudności z zaplanowaniem czynności, niekończenie rozpoczętych zadań, chaotyczność, nieprzewidywalne zachowania, nadmierna ruchliwość, nieustanne absorbowanie uwagi dorosłych, są niezwykle uciążliwe dla otoczenia. Z tego powodu uczeń bardzo często karany jest za swoje zachowanie, czyli za objawy zaburzenia, na które cierpi. W rezultacie brak akceptacji dziecka nadpobudliwego ze strony ważnych dorosłych, czyli rodziców i nauczycieli, oraz odrzucenie przez grupę rówieśniczą prowadzi do powstania tzw. wtórnych skutków ADHD. Kształtowane na gruncie dezaprobaty społecznej odczucia i myśli na temat siebie samego najczęściej skutkują niską oceną własnej wartości, poczuciem wyobcowania, brakiem szacunku dla siebie samego, nasileniem zaburzeń zachowania powstałych i utrwalających się na skutek ciągłych kar, których zasadności dziecko najczęściej nie potrafi zrozumieć<sup>15</sup>, oraz „wyczoną bezradnością”; dziecko, wychodząc z założenia, że cokolwiek zrobi i tak nie spotka się z uznaniem ważnych dorosłych, nie ma motywacji do podejmowania jakichkolwiek działań. Na zakończenie warto jeszcze zaznaczyć, że nieleczone ADHD może być czynnikiem ryzyka nie tylko zakończenia kariery szkolnej poniżej możliwości ucznia czy gorszych relacji z rówieśnikami, ale również nadużywania alkoholu jeszcze przed ukończeniem 18. roku życia<sup>16</sup>, kontaktu z policją oraz uzależnienia od narkotyków<sup>17</sup>. Z tego też powodu niezwykle istotne jest podejmowanie skutecznych metod leczenia ADHD oraz zapobieganie powikłaniom ADHD, które mogą nieść poważne konsekwencje zarówno dla samego dziecka oraz jego rodziny, jak i dla całego społeczeństwa.

## Bibliografia

- Barkley R., *Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing an unifying theory of ADHD*, „Psychological Bulletin” 1997, nr 121, s. 65–94.
- Biedermann J., *Czy farmakoterapia w zespole nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (ADHD) zmniejsza ryzyko uzależnień w wieku późniejszym? Wyniki długoterminowych obserwacji grupy młodzieży zdrowej i dotkniętej ADHD*, „Przegląd Psychiatrii Klinicznej” 2003, t. 64, s. 1–6.

<sup>14</sup> A. Bryńska i in., *op. cit.*, s. 28.

<sup>15</sup> E. Góralczyk, *op. cit.*, s. 82.

<sup>16</sup> E. Taylor i in., *Clinical guidelines for hiperkinetic disorder*, „European Child and Adolescent Psychiatry” 1998, nr 7, s. 184–200.

<sup>17</sup> G. Weiss, L. Hechtman, *Hyperactive children grown up: Empirical findings and theoretical considerations*, New York 1986.

- Bryńska A. i in., *ADHD. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*, Sopot 2010.
- Góralczyk E., *Moje dziecko w szkole*, Warszawa 2008.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, red. przekł. S. Pużyński, J. Wciórka, przeł. J. Wciórka, Kraków-Warszawa 1998.
- Kutscher M., Attwood T., Wolff R., *Dzieci z zaburzeniami łączonymi. ADHD, trudności w nauce, zespół Aspergera, zespół Tourette, depresja dwubiegunowa i inne zaburzenia*, przeł. R. Waliś, Warszawa 2007.
- Porczyńska A., *Dziecko z ADHD – nieznośne, chore czy społecznie niedostosowane?*, [w:] *W kręgu resocjalizacji i wybranych zagadnień opiekuńczo-wychowawczych*, red. I. Bieńkowska, Gliwice-Kraków 2009, s. 39–58.
- Taylor E. i in., *Clinical guidelines for hiperkinetic disorder*, „European Child and Adolescent Psychiatry” 1998, nr 7, s. 184–200.
- Weiss G., Hechtman L., *Hyperactive children grown up: Empirical findings and theoretical considerations*, New York 1986.
- Wolańczyk T., Kołakowski A., Pisula A., Bryńska A., *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD, zespół hiperkinetyczny). Materiały szkolenia dla psychiatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży, neurologów dziecięcych oraz osób specjalizujących się w powyższych specjalnościach*, Warszawa 2005.

## **Dziecko z ADHD w szkole – obraz kliniczny oraz konsekwencje**

**Streszczenie:** Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zaburzeniem neuropsychiatrycznym, które może być rozpoznawane na podstawie przyjętych kryteriów diagnostycznych opisanych w obowiązującej aktualnie w Polsce Międzynarodowej klasyfikacji ICD-10, do których należą: zaburzenia koncentracji uwagi, nadruchliwość oraz impulsywność. Fakt ten, jak również etiologia omawianego zaburzenia wskazująca na neurologiczne i genetyczne uwarunkowania ADHD pozwalają jednoznacznie stwierdzić, że ADHD powinno być traktowane w kategoriach zaburzenia czy choroby, a nie w kategoriach patologii społecznej czy społecznego niedostosowania. Konsekwencją takiego podejścia powinno być podejmowanie skutecznych metod leczenia, ponieważ jego zaniechanie może być przyczyną coraz większych komplikacji w zakresie funkcjonowania zarówno samego dziecka, jak i jego otoczenia, tj. rodziców, nauczycieli i rówieśników, prowadząc do degradacji w zakresie edukacji dziecka, jego życia społecznego, funkcjonowania rodziny, jak również zdrowia dziecka i jego rodziny.

**Słowa kluczowe:** ADHD, zespół nadpobudliwości psychoruchowej, dziecko z ADHD w szkole, konsekwencje ADHD

## **An ADHD child at school – clinical picture and consequences**

**Summary:** Hyperkinetic disorder is a neuropsychiatric disorder which can be recognised on the basis of accepted diagnostic criteria described in the currently mandatory in Poland International Classification ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. The symptoms include: attention disorder, hyperactivity and impulsiveness. This fact as well as the aetiology of the discussed disorder, which points to neurological and genetic causation of ADHD, allows for stating without ambiguity that ADHD ought to be treated as a disorder or disease, and as social pathology or social maladjustment. The consequence of such approach ought to be the undertaking of effective methods of treatment and remembering that negligence of ADHD treatment may cause even greater complications in the areas of both functioning of the child as well as their environment i.e. parents, teachers and peers, leading to deterioration in the child's education, their social and family life and the child's and family's health.

**Keywords:** ADHD, hyperkinetic disorder, child with ADHD at school, ADHD consequences



Małgorzata Pótorak

## Wiedza i poczucie kompetencji do pracy z dziećmi z ADHD nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej

### Wprowadzenie

W ostatnich latach wzrasta zainteresowanie pedagogów psychologów, nauczycieli problemem ADHD, czyli zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Rozpowszechnia się wiedza na temat tego zjawiska, jego etiologii, kryteriów diagnostycznych, a także metod terapii i strategii skutecznych oddziaływań. Nie jest to podyktowane przejściową modą, lecz stanowi wyraźny dowód na to, iż ADHD to poważne zaburzenie rozwojowe. W każdym społeczeństwie dotyka ono bowiem około 5% dzieci w wieku szkolnym<sup>1</sup>. Nie zaskakuje więc wzrost liczby publikacji podnoszących problematykę nadpobudliwości dzieci zarówno w sensie teoretycznym, badawczym, jak i praktycznym, metodycznym<sup>2</sup>.

Dzieci z ADHD jako uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi stanowią ogromne wyzwanie dla rodziców i nauczycieli. Rosnąca świadomość społeczna w zakresie wsparcia tych osób powinna pociągać za sobą coraz bardziej adekwatny dobór metod, środków i form oddziaływań wychowawczych, prowadzących do zaspokojenia ich potrzeb, a tym samym do stworzenia optymalnych warunków ich rozwoju intelektualnego i osobowościowego. Szczególnie nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej – jako pierwsi nauczyciele dziecka – powinni posiadać rzetelną wiedzę na temat przyczyn, objawów

---

<sup>1</sup> A. Kołakowski, T. Wolańczyk, A. Pisula, M. Skotnicka, *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*, Gdańsk 2007, s. 10.

<sup>2</sup> Zob. m.in.: *ADHD – polemiki i badania*, red. W. Baranowska, Łódź 2009; B. Chrzanowska, J. Świącicka, *Oswoić ADHD. Przewodnik dla rodziców i nauczycieli dzieci nadpobudliwych psychoruchowo*, Warszawa 2006; M. Dudek, *Nieprzystosowanie społeczne dzieci z ADHD*, Warszawa 2009; Ch. Green, K. Chee, *Zrozumieć ADHD*, przeł. K. Sobiepanek-Szczęсна, Warszawa 2009; E. M. Hallowell, J. J. Ratey, *W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*, przeł. I. Sowa, Poznań 2004; T. Hańć, *Dzieciństwo i dorastanie z ADHD. Rozwój dzieci nadpobudliwych psychoruchowo. Zagrożenia i możliwości wsparcia*, Kraków 2009; A. Kołakowski, T. Wolańczyk, A. Pisula, M. Skotnicka, *op. cit.*; A. Munden, J. Arcelus, *ADHD – nadpobudliwość ruchowa. Poradnik dla rodziców, nauczycieli, lekarzy i terapeutów*, przeł. E. Niegowska-Drachal, Warszawa 2008.

i skutków zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Tylko ich profesjonalne umiejętności umożliwić mogą właściwe dostosowanie wymagań do indywidualnych potrzeb i możliwości takiego ucznia, czynne uczestnictwo w procesie diagnozowania i podejmowania wczesnej interwencji terapeutycznej. Odpowiednie kompetencje i przygotowanie nauczyciela w zakresie wspierania dzieci z ADHD są gwarancją efektywnego nabywania przez nie wiedzy i umiejętności szkolnych oraz odnajdywania się w środowisku rówieśniczym.

Wpisując się w nurt badań nad szeroko pojętą problematyką pracy z dzieckiem z ADHD, autorka artykułu zajęła się zagadnieniem przygotowania nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej do niełatwej pracy z uczniami doświadczającymi tego zaburzenia.

Celem podjętych badań było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: jak prezentują się świadomość problemu ADHD oraz poczucie kompetencji do pracy z uczniami nadpobudliwymi wśród nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej?

Aby uzyskać na nie odpowiedź, skupiono się w pierwszej kolejności na diagnozie świadomości problemu ADHD w grupie nauczycieli, rozumianej jako posiadanie wyczerpującej wiedzy na temat etiologii, symptomatologii oraz skutków zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Wykorzystano w tym celu skonstruowany na potrzeby badań „Kwestionariusz świadomości ADHD”<sup>3</sup>. Następnie zastosowano ankietę odnoszącą się do poczucia praktycznych kompetencji nauczycieli do pracy z dziećmi nadpobudliwymi psychoruchowo. W końcowej fazie analizy materiału uzyskanego z badań<sup>4</sup> zrealizowanych na grupie 100 nauczycieli (50 ze szkół wiejskich i 50 – z miejskich) zestawiono wyniki dotyczące poziomu świadomości ADHD z danymi o poziomach poczucia kompetencji nauczycieli do pracy z uczniami nadpobudliwymi psychoruchowo.

Autorka kolejnie prezentuje najważniejsze efekty analizy badań własnych dotyczących podjętej problematyki.

## Świadomość problemu ADHD wśród nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej

W celu zdiagnozowania poziomu świadomości ADHD wśród nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej we wspomnianym „Kwestionariuszu świadomo-

<sup>3</sup> „Kwestionariusz świadomości ADHD” skonstruowany w ramach prac seminarium magisterskiego dr Małgorzaty Półtorak (2012) zawiera listę 25 stwierdzeń dotyczących ADHD, a zadaniem osoby badanej jest potwierdzenie bądź zaprzeczenie ich słuszności (możliwości: „zgadzam się”, „trudno powiedzieć”, „nie zgadzam się”).

<sup>4</sup> Jako pilotażowe do prezentowanych w niniejszym artykule badań przeprowadzonych jesienią 2013 r. potraktowano diagnozy zrealizowane w ramach prac seminarium magisterskiego dr Małgorzaty Półtorak przez studentkę Annę Ryzek (*Świadomość ADHD a kompetencje nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej do pracy z dziećmi z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej* – niepublikowana praca magisterska, Rzeszów 2012).

ści ADHD” umieszczono sformułowania odnoszące się do podstaw wiedzy o zespole nadpobudliwości psychoruchowej. Znalazły się w nim twierdzenia dotyczące: przyczyn, objawów, konsekwencji ADHD oraz sposobów pracy z dziećmi nadpobudliwymi. Z uwagi na brak możliwości szczegółowego przedstawienia wyników uzyskanych w tej części badań, których drobiazgowy opis i analiza przekraczają ramy niniejszego opracowania, autorka zamieszcza ogólne dane o średnich liczbach prawidłowych i nieprawidłowych wskazań nauczycieli wypełniających kwestionariusz. Ujęto je w zamieszczonej poniżej tabeli 1.

Tabela 1. Średnie wyniki wskazań nauczycieli na twierdzenia dotyczące wiedzy o zespole nadpobudliwości psychoruchowej ujęte w „Kwestionariuszu świadomości ADHD”

Wiedza o ADHD	Średnie liczby/procent* wskazań nauczycieli na twierdzenia zawarte w kwestionariuszu			
	wskazania prawidłowe	brak jednoznacznego wskazania	wskazania nieprawidłowe	razem
	średnie liczby/procent	średnie liczby/procent	średnie liczby/procent	średnie liczby/procent
wiedza o etiologii	35,1	39,5	25,4	100
znajomość symptomów	32,6	22,9	44,5	100
wiedza o skutkach ADHD	39,9	37,3	22,9	100
wiedza o metodach pracy	32,0	53,5	14,5	100
razem	34,9	38,3	26,8	100

\*liczba = procent, bo grupa badana = 100

Źródło wszystkich tabel w tym artykule: opracowanie własne.

Jak wynika z powyższego zestawienia, orientacja nauczycieli w zagadnieniach dotyczących ADHD nie jest zbyt zadowalająca. Przeważnie nieco ponad 30% wskazań dokonanych przez nich w poszczególnych kategoriach stanowiły sądy prawidłowe. Badani najlepiej poradzili sobie z właściwą oceną stwierdzeń odnoszących się do konsekwencji ADHD (średnio 39,9 prawidłowych wskazań). Z kolei najwięcej błędów popełnili, oceniając prawidłowość zdań odnoszących się do objawów zaburzenia. Średnio w całym kwestionariuszu nauczyciele udzielili 26,8% błędnych odpowiedzi. Niepokojący jest fakt, iż liczna grupa respondentów, wypełniając „Kwestionariusz świadomości ADHD”, wielokrotnie korzystała z kategorii „trudno powiedzieć”, co świadczy o braku lub nieugruntowanej wiedzy w danym temacie (wyniki liczbowe 3. kolumny



tabeli 1). Średni wynik braku jednoznacznego wskazania w poszczególnych kategoriach, obszarach wiedzy o ADHD wyniósł aż 38,3%.

Analiza danych empirycznych uzyskanych w tej części badań pozwoliła wyłonić poziomy świadomości ADHD prezentowane przez respondentów. Przyjęto, iż nauczyciele, którzy odnieśli się prawidłowo do więcej niż 15 stwierdzeń, kwalifikują się do poziomu wysokiego. Osoby, które odpowiedziały dobrze na 8–14 stwierdzeń, prezentują poziom średni, natomiast za niski poziom świadomości uznano uzyskanie poniżej 7 prawidłowych wskazań. Szczegółowy rozkład poziomów świadomości ADHD wśród badanych nauczycieli został zaprezentowany w tabeli 2.

Tabela 2. Poziomy świadomości ADHD wśród badanych nauczycieli

Poziom świadomości	Liczba/procent* nauczycieli		
	miasto	wieś	razem
	L/%	L/%	L/%
Wysoki	2	3	5
Średni	38	28	66
Niski	10	19	29
Razem	50	50	100

\*liczba = procent, bo grupa badana = 100

Dane liczbowe zawarte w powyższej tabeli wskazują, iż 66% nauczycieli prezentuje średni poziom świadomości ADHD, a 29% zostało zakwalifikowanych do poziomu niskiego. Jedynie 5% respondentów osiągnęło wysoki poziom wiedzy na temat zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Uzyskane wyniki sygnalizują potrzebę wzmocnionej pracy nad wzrostem świadomości nauczycieli w interesującym autorkę niniejszego artykułu obszarze. Okres edukacji wczesnoszkolnej, kiedy wyraźnie ujawniają się różne zachowania objawowe uczniów związane z problemem nadpobudliwości, jest też czasem ich szansy na szybką i adekwatną diagnozę oraz stworzenie im właściwych warunków szkolnego funkcjonowania. By było to możliwe, nauczyciel musi mieć pogłębioną wiedzę o ADHD.

### Poczucie kompetencji do pracy z dziećmi z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej w grupie nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej

Przystępując do diagnozy poczucia kompetencji nauczycieli do pracy z uczniem z ADHD, przyjęto założenia co do czynników, które wchodzi w jego skład. Uznano, że istotne są: samoocena umiejętności nauczycieli dotycząca radzenia sobie z problematycznymi zachowaniami uczniów nadpobudliwych, praktyczne wykorzystywanie form, metod, strategii pracy przydatnych w oddziaływa-

niach wobec tej grupy dzieci, stosunek emocjonalny nauczyciela do nich oraz stałe aktualizowanie wiedzy i podejmowanie doskonalenia zawodowego w zakresie omawianej problematyki.

Kolejno autorka syntetycznie odniesie się do wyodrębnionych składowych poczucia kompetencji nauczycieli do pracy z dziećmi z ADHD.

Biorący udział w badaniach dokonali samooceny posiadanej wiedzy oraz jej wykorzystywania w odniesieniu do uczniów z ADHD w codziennej szkolnej praktyce. Dane na ten temat zawiera poniższa tabela.

Tabela 3. Samoocena wiedzy i praktycznych kompetencji do pracy z uczniem z ADHD badanych nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej

Samoocena nauczycieli w zakresie:	Poziomy wiedzy/praktycznych kompetencji deklarowane przez nauczycieli					
	zdecydowanie wystarczające	raczej wystarczające	trudno powiedzieć	raczej niewystarczające	zdecydowanie niewystarczające	razem
	L/%*	L/%	L/%	L/%	L/%	L/%
wiedza	3	48	6	27	16	100
praktyczne kompetencje	1	25	48	23	3	100

\*liczba = procent, bo grupa badana = 100

Odnośząc się do zawartych w tabeli 3 danych, można stwierdzić, że nauczyciele z dużą ostrożnością dokonują samooceny własnych wiedzy i kompetencji. 48% badanych deklaruje raczej wystarczającą wiedzę o ADHD, ale też duża grupa – 16%, przyznaje się do jej niedostatków. Świadczy to dobrze o otwartości nauczycieli i ich umiejętności krytycznego spojrzenia na siebie. Co ciekawe, aż 48% badanych nie jest w stanie stwierdzić, jak wyglądają ich praktyczne kompetencje w zakresie pracy z dziećmi nadpobudliwymi, szczególnie zaś w obszarze radzenia sobie z różnymi trudnymi sytuacjami, które są przez nie stwarzane. Taki sam odsetek nauczycieli (po 26%) jako raczej wystarczające i wystarczające bądź jako raczej niewystarczające i niewystarczające określa swoje praktyczne umiejętności pracy z dziećmi doświadczającymi ADHD. Jednocześnie badani doceniają znaczenie czynnika samooceny własnych możliwości i umiejętności w efektywności podejmowanych oddziaływań wobec dzieci nadpobudliwych. W dodatkowych komentarzach pojawiają się np. takie uwagi:

To, że mam wiedzę, jest istotne, ale przekonanie o tym, że dam sobie radę, że jestem w stanie poradzić sobie w wielu trudnych sytuacjach, które w klasie stwarza dziecko z ADHD, jednocześnie panując nad własnymi emocjami i nie tracąc zrozumienia dla jego problemu, wydaje mi się kluczowe (komentarz badanej nauczycielki).

W każdej szkole istnieją różne organizacyjne formy wsparcia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Należą do tej grupy także dzieci z ADHD. Uczestniczący w relacjonowanych badaniach nauczyciele proszeni byli o wskazanie tych form, których sami są organizatorami bądź współuczestnikami. Deklaracje nauczycieli dotyczące tej kwestii ujęto w tabeli 4.

Tabela 4. Formy wsparcia wykorzystywane przez nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w pracy z uczniem z ADHD

Formy wsparcia dzieci z ADHD	Częstotliwość wykorzystywania organizacyjnych form wsparcia przez nauczyciela			
	zawsze/ bardzo często	czasami	rzadko/ nigdy	razem
	L/%*	L/%	L/%	L/%
indywidualizacja oddziaływań wobec ucznia (w zakresie wymagań, oceniania itp.)	84	16	0	100
indywidualna praca i pomoc w sytuacjach trudnych	52	12	36	100
systematyczne spotkania z rodzicami (poza „wywiadówkami”)	10	2	88	100
udział w spotkaniach ucznia/rodziców z pedagogiem szkolnym	20	29	51	100
włączanie ucznia w zajęcia specjalistyczne (korekcyjno-kompensacyjne, dydaktyczno-wyrównawcze i in.)	22	12	66	100
włączanie ucznia w prowadzone zajęcia rozwijające zainteresowania	5	10	85	100
inne	1	3	96	100

\*liczba = procent, bo grupa badana = 100

Jak wynika z danych zawartych w powyższej tabeli, nauczyciele z różną częstotliwością wykorzystują organizacyjne formy i możliwości wsparcia dzieci z ADHD. Wszyscy deklarują (zgodnie z Rozporządzeniem MENiS z dnia 31 kwietnia 2012 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach) indywidualizację oddziaływań wobec nich jako uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. 64% badanych pracuje indywidualnie z takimi uczniami, szczególnie poprzez oddziaływania wychowawcze w sytuacjach trudnych,

konfliktowych, wymagających wsparcia nauczyciela. Martwi fakt rzadkiego włączania we współpracę rodziców dziecka (12%) oraz proponowania podopiecznym zajęć rozwijających ich zainteresowania (15%). Wynika to prawdopodobnie z „kłopotliwości” tych uczniów na zajęciach dodatkowych, częstego zakłócania ich przebiegu oraz stwarzania sytuacji zagrażających bezpieczeństwu własnemu i rówieśników.

Nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej uczestniczący w sondażu diagnostycznym proszeni byli o samodzielne wskazanie metod, strategii pracy z dzieckiem z ADHD, które wykorzystują w swojej codziennej praktyce. Nie sugerowano pożądaných, omawianych w literaturze przedmiotu praktyk, lecz zdano się na wypowiedzi badanych. Okazało się, że jedynie 31% respondentów podjęło wysiłek uściślenia, jakie metody pracy uznaje za przydatne i jakie strategie oddziaływania na dziecko z ADHD są obecne w jego praktyce. Nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej wymieniali:

- metody behawioralne (krótkie, regularne, powtarzane polecenia z egzekwowaniem ich wykonania);
- metody zapobiegające rozpraszaniu się dziecka, np. poprzez ustalenie właściwej lokalizacji jego ławki w klasie i pilnowanie przestrzegania „zasady pustego stołu”;
- techniki relaksacyjne i arteterapeutyczne służące obniżaniu napięcia;
- konsekwentne przerywanie zachowań niewłaściwych;
- ukierunkowywanie aktywności poprzez przydzielanie funkcji, dodatkowych zadań;
- akceptacja nadruchości „w obrębie miejsca siedzenia”;
- przerwy umożliwiające zaspokojenie potrzeby zmiany i ruchu („częstsze przechodzenie z ławki na dywan”);
- system żetonowy jako pozytywne wzmacnianie zachowań pożądaných;
- pozytywne „wpisy” do zeszytu korespondencji z dzieckiem;
- elementy ruchu rozwijającego W. Sherborne oraz kinezjologii edukacyjnej P. Dennisona.

Choć w nielicznej grupie, badani nauczyciele wykazali się dobrą orientacją w metodyce prawidłowych oddziaływań na dzieci z ADHD. Skuteczna praca z nimi powinna wychodzić poza zwykłą kontrolę zachowania i zmierzać do organizowania pomocy w integracji społecznej, zapewnieniu dostępu do doświadczeń, które wzbogacają rozwój poznawczy i emocjonalny. Niezwykłą rolę odgrywa w tym zakresie szkoła, która poprzez swoje inicjatywy może korzystnie wpływać na usposobienie ucznia nadpobudliwego, a także na poziom jego osiągnięć edukacyjnych. Analiza wyników sondażu diagnostycznego pokazała, że część nauczycieli (wciąż jednak niewystarczająco liczna) doskonale rozumie potrzeby dzieci z ADHD.

Kolejnym obszarem interesującym autorkę niniejszego artykułu jako jednym z wyznaczników poczucia kompetencji nauczyciela do pracy z uczenia-

mi nadpobudliwymi jest emocjonalny stosunek wobec nich. Dzieci z ADHD stanowią wyzwanie dla każdego pedagoga, wymagają one większej cierpliwości, zaangażowania, bardziej przemyślanego i konsekwentnego działania. Nadpobudliwość, impulsywność, zaburzenia uwagi, występujące jako efekt zaburzenia, często powodują u nauczycieli poczucie bezsilności i frustracji. Badani wskazywali na różnorodne, czasem skrajne uczucia towarzyszące ich relacjom z uczniami z ADHD: empatię (42% respondentów), bezradność (31%), złość (17%) i inne (11%). Ponadto określali pracę z tymi dziećmi jako: wyzwanie (73%), możliwość sprawdzenia własnych kompetencji (53%), utrudnienie (26%), przeszkodę w realizacji zajęć dydaktycznych (11%), pewne ograniczenie (9%) albo brak jakichkolwiek ograniczeń (9%). Duża grupa nauczycieli stwierdziła, że dzieci z ADHD nieznacznie zakłócają tok lekcji (60% nauczycieli), a inni (27%) zauważali ich wyraźnie negatywny wpływ na proces dydaktyczny. Nieliczni respondenci (5%) uważają, że nadpobudliwość zupełnie nie wpływa na pracę podczas lekcji, a nawet może mieć korzystny wpływ na jej przebieg (2%).

Ciekawych danych dostarczyło pytanie sondażowe o postawę nauczycieli wobec dzieci z ADHD. Zamieszczono je w kolejnej tabeli.

Tabela 5. Postawa nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej wobec dziecka z ADHD

Wpływ nadpobudliwości ucznia na postawę nauczycieli wobec niego (odpowiedzi badanych)	Liczba/procent* odpowiedzi badanych		
	miasto	wieś	razem
	L/%	L/%	L/%
nie ma dla mnie znaczenia, traktuję to dziecko jak innych uczniów	10	10	20
wpływa negatywnie, bo wiem, że będzie to uczeń sprawiający problemy wychowawcze	2	6	8
tak, wpływa na mnie mobilizująco, motywuje do poszukiwania właściwych metod pracy z dzieckiem nadpobudliwym	38	34	72
razem	50	50	100

\*liczba = procent, bo grupa badana = 100

Za zadowolającą należy uznać fakt, że zdecydowana większość nauczycieli podchodzi do dzieci doświadczających trudności związanych z ADHD z dużą otwartością i zrozumieniem. Właściwy stosunek emocjonalny nauczyciela do tych uczniów z pewnością wspomaga go w podejmowaniu przemyślaných oddziaływań wychowawczych, podnosi też jego poczucie kompetencji.

Istotnym elementem skutecznej pracy z dziećmi z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej, przekładającym się niewątpliwie na poczucie posiadania

praktycznych umiejętności w tym zakresie, jest stale aktualizowana wiedza na temat tego zaburzenia. Dlatego w relacjonowanych badaniach uwzględniono także doskonalenie zawodowe jako jeden z czynników podnoszących adekwatność stosowanych przez nauczycieli metod i form pracy z uczniem.

W grupie nauczycieli, którzy wzięli udział w badaniach, 82% osób zadeklarowało, że w ciągu ostatniego roku podjęło jakieś działania na rzecz aktualizacji swojej wiedzy o nadpobudliwości psychoruchowej. Respondenci korzystali z Internetu (82%), sięgali po literaturę fachową (74%), uczestniczyli w szkoleniach (56%), uczyli się, bazując na własnych obserwacjach i analizując indywidualne przypadki (49%), a także sięgali po doświadczenia rodziców dzieci z ADHD (42%). Są to bardzo obiecujące deklaracje.

Podobnie jak w przypadku diagnozy świadomości ADHD wśród nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej, analiza materiału empirycznego uzyskanego z sondażu odnoszącego się do ich poczucia kompetencji w zakresie pracy z dziećmi nadpobudliwymi pozwoliła wyłonić trzy poziomy tego poczucia: niski, średni, wysoki. Oczywiście określono wcześniej szczegółowe warunki kwalifikowania respondentów do poszczególnych grup (m.in. poddając wypełnione ankiety ocenie sędziów kompetentnych). Szczegółowy rozkład poziomów kompetencji prezentowanych przez nauczycieli przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Poziomy poczucia kompetencji do pracy z dzieckiem z ADHD wśród badanych nauczycieli

Poziom poczucia kompetencji	Liczba/procent* nauczycieli		
	miasto	wieś	razem
	L/%	L/%	L/%
wysoki	11	9	20
średni	23	18	41
niski	16	23	39
razem	50	50	100

\*liczba = procent, bo grupa badana = 100

Interesujące jest także zestawienie poziomów świadomości ADHD prezentowanych przez badanych nauczycieli z poziomami poczucia ich kompetencji do pracy z uczniami nadpobudliwymi. Zawiera je kolejna tabela.

Tabela 7. Poziom świadomości ADHD a poziom poczucia kompetencji do pracy z dzieckiem nadpobudliwym w grupie badanych nauczycieli

Poziom świadomości ADHD	Poziom poczucia kompetencji do pracy z dzieckiem z ADHD			
	niski	średni	wysoki	razem
	L/%*	L/%	L/%	L/%
niski	22	6	0	28
średni	18	34	15	67
wysoki	0	0	5	5
razem	40	40	20	100

\*liczba = procent, bo grupa badana = 100

Jak wskazują dane zawarte w tabeli 7, wśród nauczycieli z niskim poziomem świadomości ADHD nie ma nikogo, kto wykazywałby się wysokim poziomem poczucia posiadania praktycznych kompetencji do pracy z dziećmi dotkniętymi tym problemem. Z kolei niewielki odsetek nauczycieli (5%) z wysokim poziomem świadomości ADHD wykazuje wyłącznie wysoki poziom poczucia kompetencji. Największą różnorodność w obszarze poczucia kompetencji wykazują nauczyciele prezentujący średni poziom świadomości problemu ADHD. Można wobec tego stwierdzić, że budowanie wyższego poziomu świadomości w zakresie przyczyn, symptomów, konsekwencji omawianego zaburzenia w grupie nauczycieli może być ważnym krokiem na drodze do podniesienia poczucia ich kompetencji oraz umiejętności lepszego rozumienia dzieci doświadczających ADHD i niesienia im profesjonalnej pomocy.

## Konkluzja

Zaprezentowany przez autorkę materiał, mający charakter doniesienia z badań własnych nad problematyką świadomości oraz poczucia kompetencji nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej w odniesieniu do podejmowania pracy z dziećmi z nadpobudliwością psychoruchową, pozwala na sformułowanie kilku istotnych wniosków:

1. Mimo wzrostu zainteresowania problematyką ADHD wśród profesjonalistów (nauczycieli, pedagogów, psychologów) w ostatnich latach poziom wiedzy o etiologii, symptomatologii czy konsekwencjach tego zaburzenia jest wciąż niezadowalający. Należy wobec tego wciąż propagować rzetelną wiedzę naukową oraz metodyczną na temat nadpobudliwości psychoruchowej.
2. Specyfika syndromu nadpobudliwości psychoruchowej powoduje, że nauczyciele pracujący z doświadczającymi go dziećmi muszą być przygotowani na wiele wyzwań, gotowi do ciągłego aktualizowania swo-

jej wiedzy i podnoszenia kwalifikacji pedagogicznych. Poprzez takie działania przyczyniają się do wzrostu własnego poczucia kompetencji w pracy z uczniem z ADHD.

3. Szczególnie ważna rola w obszarze pracy z dzieckiem nadpobudliwym przypada nauczycielom edukacji wczesnoszkolnej. Mogą oni mieć ogromny wpływ na przebieg całej późniejszej ścieżki edukacyjnej ucznia. Powinni więc cechować się szczególnie wysokimi umiejętnościami diagnostycznymi, dydaktycznymi i wychowawczymi. Muszą prezentować właściwą, pełną empatii postawę, zarówno wobec dziecka, jak i jego rodziców borykających się z wieloma problemami, często narażonymi na brak zrozumienia ze strony otoczenia.

## Bibliografia

- ADHD – polemiki i badania*, red. W. Baranowska, Łódź 2009.
- Chrzanowska B., Święcicka J., *Oswoić ADHD. Przewodnik dla rodziców i nauczycieli dzieci nadpobudliwych psychoruchowo*, Warszawa 2006.
- Dudek M., *Nieprzystosowanie społeczne dzieci z ADHD*, Warszawa 2009.
- Green Ch., Chee K., *Zrozumieć ADHD*, przeł. K. Sobiepanek-Szczęsna, Warszawa 2009.
- Hallowell E. M., Ratey J. J., *W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*, przeł. I. Sowa, Poznań 2004.
- Hańć T., *Dzieciństwo i dorastanie z ADHD. Rozwój dzieci nadpobudliwych psychoruchowo. Zagrożenia i możliwości wsparcia*, Kraków 2009.
- Kołąkowski A., Wolańczyk T., Pisula A., Skotnicka M., *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*, Gdańsk 2007.
- Munden A., Arcelus J., *ADHD – nadpobudliwość ruchowa. Poradnik dla rodziców, nauczycieli, lekarzy i terapeutów*, przeł. E. Niegowska-Drachal, Warszawa 2008.



## **Wiedza i poczucie kompetencji do pracy z dziećmi z ADHD nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej**

**Streszczenie:** Artykuł dotyczy problematyki pracy pedagogicznej z dzieckiem z ADHD. Prezentuje wybrane obszary badań empirycznych autorki nad wiedzą nauczycieli edukacji wczesnoszkolnej oraz ich poczuciem kompetencji do pracy z dzieckiem z nadpobudliwością psychoruchową. Przedstawione wyniki badań empirycznych mogą być podstawą do wniosków dla praktyki pedagogicznej.

**Słowa kluczowe:** ADHD, specjalne potrzeby edukacyjne, nauczyciel, edukacja wczesnoszkolna

## **Early education teachers and their knowledge and confidence in teaching ADHD students**

**Abstract:** The article describes the issues of pedagogical work with ADHD children. It presents the empirical research conducted by the author into the knowledge of early education teachers and their confidence in working with children who suffer from psychomotor hyperactivity. The presented empirical findings can be a source of conclusions for the teachers' pedagogical practice.

**Keywords:** ADHD, special education needs, teacher, early-school education, early education

Natalia Gumińska  
Magdalena Zajac

# Funkcjonowanie dziecka z autyzmem w rodzinie

## Wprowadzenie

Lew Tołstoj rozpoczyna *Annę Kareninę* stwierdzeniem: „Wszystkie szczęśliwe rodziny są do siebie podobne, natomiast każda ta, która jest nieszczęśliwa, przeżywa swoje nieszczęście na swój sposób”<sup>1</sup>. Każda rodzina jest grupą społeczną, która poprzez więzi emocjonalne, wspólne normy i zasady realizuje się jako jedność. Patologia pojawiająca się w rodzinie powoduje zmiany w całym jej układzie i dotyczy wszystkich członków<sup>2</sup>. Jest to pierwsze środowisko społeczne dziecka, dlatego integracja rodziny dziecka z autyzmem jest ważnym celem wychowawczym, terapeutycznym oraz edukacyjnym. Autyzm jest wyzwaniem dla społeczeństwa, a dzieci z autyzmem stanowią wyzwanie dla rodziców. Problematyka autyzmu jest obszernie omawiana w literaturze polskiej i obcojęzycznej, jednak pomimo wielu badań i obserwacji (np. Wielka Brytania, Francja, Stany Zjednoczone, Polska) nadal brakuje jednoznacznej deskrypcji tego zaburzenia.

Od ponad 20 lat ma miejsce duża eskalacja badań przeprowadzonych w tej dziedzinie. Pomimo że dostarczają one wielu informacji, nie stanowią koherentnej całości (zob. T. Gałkowski, 1979; L. Wing i J. Gould, 1979; J. J. Błeszyński, 2012; E. Pisula, 2013)<sup>3</sup>.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie funkcjonowania dziecka z autyzmem w rodzinie, znaczenia rodziny i relacji w niej oraz tego, jak zaburzenie to wpływa na życie wszystkich jej członków. Meritum pracy stanowi ukazanie, jak istotne jest poznawanie potrzeb człowieka i poszukiwanie działań pomocowych służących lepszemu funkcjonowaniu całej rodziny w społeczeństwie<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> L. Tołstoj, *Anna Karenina*, przeł. K. Iłakowiczówna, Hertfordshire 1999, s. 5.

<sup>2</sup> J. Rembowski, *Rodzina w świetle psychologii*, Warszawa 1978, s. 87.

<sup>3</sup> Nazwiska specjalistów przeprowadzających badania nt. autyzmu występujące w literaturze przedmiotu.

<sup>4</sup> *Wybrane problemy psychospołecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży z utrudnieniami rozwoju. Profilaktyka, diagnoza, terapia*, red. H. Krauze-Sikorska, K. Kuszak, Poznań 2008.

## Wokół problematyki autyzmu

Autyzm jest czymś, czego nie mogę widzieć.  
Nie pozwala mi znaleźć i użyć moich własnych słów wtedy, gdy tego chcę,  
albo powoduje, że używam wszystkich tych słów i głupich rzeczy,  
których nie chcę mówić<sup>5</sup>.

Autyzm zgodnie z najnowszą klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V z dnia 18 maja 2013 roku (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sklasyfikowany jest jako zaburzenie autystyczne, należące do grupy zaburzeń neurorozwojowych. W przeciągu ostatnich 20 lat jego występowanie wzrosło dziesięciokrotnie<sup>6</sup>. Przyczyną tego może być zwiększona świadomość na świecie, w środowiskach medycznym, społecznym, pedagogicznym i rodzinnym: wyższa wykrywalność zaburzenia oraz lepiej rozwinięte rozpowszechnianie wiedzy na jego temat. Angielskie i amerykańskie stowarzyszenia od lat 90. prowadzą kampanie promujące wiedzę o autyzmie, w środowisku lokalnym oraz globalnym. Towarzyszą im slogany reklamowe uświadamiające, czym jest to zaburzenie. Za przykład niech posłuży angielskie stowarzyszenie National Autism Society, którego hasło przedstawia autyzm jako jedyny w swoim rodzaju, bezwzględnie interesujący i tajemniczy (ang. „Always unique, totally interesting, sometimes mysterious”)<sup>7</sup>. Do tej pory w Polsce nie przeprowadzono badań epidemiologicznych, a dane szacunkowe opracowane na podstawie wyników badań w innych krajach Unii Europejskiej podają, że problem ten dotyczy 100 tysięcy osób w kraju (w tym osób z diagnozą i ich rodzin)<sup>8</sup>. Diagnozowany jest on u jednego dziecka na prawie 90 i częściej dotyczy chłopców niż dziewczynek. Pomimo coraz wcześniejszej diagnozy średni wiek rozpoznania to 4. rok życia. Istotny jest fakt, że co roku rośnie liczba osób z autyzmem.

Autyzm znany jest na całym świecie. Po raz pierwszy jego objawy zostały zaobserwowane w 1943 roku przez austriacko-amerykańskiego lekarza psychiatrę Leo Kanner, który wprowadził to zaburzenie do osobnej kategorii diagnostycznej i nazwał autyzmem wczesnodziecięcym<sup>9</sup>. Kryteria diagnostyczne ewoluowały przez zmieniające się edycje systemów diagnostycznych: Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM) oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób

<sup>5</sup> D. Williams, *Somebody, Somewhere. Breaking Free from the World of Autism*, Portland 1995 (tłumaczenie cytatu: N. Gumińska).

<sup>6</sup> Dane na temat występowania autyzmu – Przesłanie Sekretarz Generalny ONZ, 2 kwietnia 2012 r.

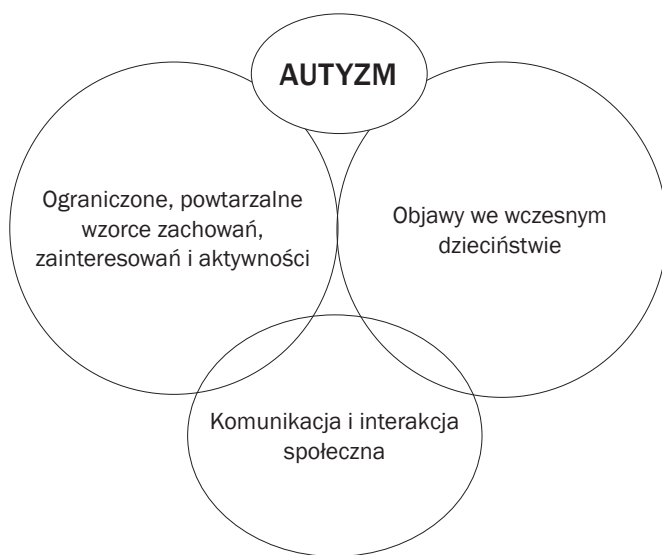
<sup>7</sup> Hasło reklamowe opracowane przez National Autism Society.

<sup>8</sup> Dane opracowane przez Centrum Kontroli i Prewencji Chorób w 2012 r.

<sup>9</sup> M. Młynarska, *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym – terapia dyskursywna a teoria umysłu*, Wrocław 2008.

i Problemów Zdrowotnych (International Classification of Diseases and Health Related Problems – ICD), aż do uzyskania dwóch głównych grup symptomatologicznych. Do pierwszej należą zaburzone komunikacja i interakcje społeczne, do drugiej – ograniczone, powtarzalne wzorce zainteresowań i aktywności<sup>10</sup>. Obydwa systemy klasyfikują autyzm jako zaburzenia rozwojowe<sup>11</sup>. W literaturze przedmiotu definiowany jest on jako zaburzenie wielopostaciowe, co oznacza, że nie ma dwóch takich samych osób z autyzmem (ASD – „autism spectrum disorders”). Ich zachowania są schematyczne, a rozwój zróżnicowany, dlatego istotne jest indywidualne podejście do każdego dziecka z diagnozą autyzmu<sup>12</sup>. Charakterystyka tej grupy jest złożona, ponieważ autyzm objawia się inaczej u każdej osoby pomimo schematycznych kryteriów. Warunkiem postawienia diagnozy jest występowanie dwóch grup symptomów we wczesnym dzieciństwie.

Schemat 1. Objawy autyzmu



Źródło: opracowanie własne.

Proces diagnozowania autyzmu jest skomplikowany. Wymaga współpracy wielu specjalistów: neurologa, psychologa, pedagoga i pediatry. Wskazana jest zatem diagnoza kompleksowa i wieloaspektowa<sup>13</sup>, która służy dziecku i jego rodzinie. Na podstawie literatury przedmiotu stwierdza się, że diagnoza to

<sup>10</sup> Zob. E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk 2010.

<sup>11</sup> P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, przeł. S. Pikiel, Gdańsk 2010, s. 98.

<sup>12</sup> A. Maciarz, M. Biadasiewicz, *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Kraków 2000.

<sup>13</sup> P. Randall, J. Parker, *op. cit.*

nie tylko czynność wyjaśniająca funkcjonowanie człowieka w danym zakresie, ale też proces uwarunkowany na osiąganie wyników i podejmowanie dalszych działań<sup>14</sup>. Jej istotą jest przetwarzanie danych, a nie tylko ich rejestrowanie.

## Rodzina dziecka z autyzmem

Rodzina stanowi złożony przedmiot poznania naukowego, skupiający uwagę przedstawicieli nauk humanistycznych i społecznych. W sposób najprostszy definiowana jest jako „podstawowa komórka społeczeństwa”<sup>15</sup>. To podstawowe środowisko życia i rozwoju dziecka. Ujęcie systemowe definiuje rodzinę jako złożoną strukturę, do której należą grupy osób zależnych od siebie, tworzących wspólnie rzeczywistość. Łączą je więzi emocjonalne, wchodzą ze sobą w ważne dla indywiduów oraz całości interakcje, wypełniają wspólne cele i zadania. Rodzina jako system powiązanych ze sobą jednostek tworzy wspólną całość. Aby dokonać interpretacji pojęcia rodziny w kategoriach systemowych, należy poznać zarówno tworzące ją osoby, jak i zmiany w nich zachodzące oraz zdarzenia mające miejsce w relacjach między nimi. Interakcje w rodzinie, z racji ich czasu trwania, głębokości, intensywności i powtarzalności, mają szczególne znaczenie dla jej rozwoju i tworzących ją jednostek<sup>16</sup>. W ujęciu pedagogicznym określana jest ona jako środowisko wychowawcze lub naturalna instytucja wychowawcza, która stanowi podstawową grupę społeczną, elementarną komórkę życia w społeczeństwie. Przedstawiciele nauk społecznych: A. Kelm<sup>17</sup>, R. Wroczyński<sup>18</sup>, J. Brągiel<sup>19</sup>, A. Olubiński<sup>20</sup>, twierdzą, że rodzina tworzy podstawowe, naturalne wszechogarniające środowisko życia i wychowania wszystkich jej członków – dorosłych oraz dorastających. Proces ten wynika ze strukturacji i restrukturyzacji doświadczenia.

W rodzinie jako środowisku życia i wychowania rodzice i dzieci oraz inni członkowie obcuja ze sobą, wspólnie żyją i doświadczają oraz troszczą się o siebie nawzajem, dążąc do optymalizowania zaspokajanych potrzeb i ich harmonizowania. Doświadczenia, które wynikają z interakcji wewnątrzrodzinnych, są podstawą rozwoju<sup>21</sup>. Ponadto bliskie interakcje w rodzinie stwarzają optymalne

<sup>14</sup> E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny...*, s. 92–97.

<sup>15</sup> F. Adamski, *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002.

<sup>16</sup> M. Braun-Galkowska, *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Lublin 1992; M. Płopa, *Psychologia rodziny. Teoria i badania*, Kraków 2005.

<sup>17</sup> A. Kelm, *O opiece nad dzieckiem w rodzinie*, Warszawa 1974.

<sup>18</sup> R. Wroczyński, *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1985.

<sup>19</sup> J. Brągiel, *Rodzinne i osobowościowe uwarunkowania sukcesu szkolnego dziecka z rodziny rozwiedzionej*, Opole 1994.

<sup>20</sup> A. Olubiński, *Konflikty rodzice – dzieci – dramat czy szansa?*, Toruń 1994.

<sup>21</sup> M. Tyszkowa, *Jednostka a rodzina: interakcje, stosunki, rozwój*, [w:] M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa, *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa 1996; S. Kawula, J. Brągiel, A. W. Janke,

warunki do kognitywnego, afektywnego i ewaluatywnego opracowywania doświadczeń zdobywanych przez jednostki w środowiskach rodzinnych, prowadząc do świadomie podejmowanych aktywności. Dziecko, przychodząc na świat, posiada pewną osobowość, cechy uniwersalne właściwe dla wszystkich małych dzieci oraz cechy wynikające z układu nerwowego<sup>22</sup>. Z chwilą narodzin staje się częścią systemu, jaki stanowi rodzina, przestrzega zasad i reguł panujących w niej i wprowadza nową jakość życia dla wszystkich jej członków<sup>23</sup>.

Sytuacja inna i trudna pojawia się w momencie narodzin dziecka z autyzmem<sup>24</sup>. Żadna rodzina nie jest gotowa na przyjęcie dziecka niepełnosprawnego. Może ona stwarzać mu warunki niesprzyjające, zagrażać jego życiu lub utrudniać proces rozwoju, i odwrotnie: pojawienie się dziecka z autyzmem może zaburzać funkcjonowanie rodziny. Jakość relacji rodzinnych warunkuje funkcjonowanie społeczne, rozwój emocjonalny i poznawczy oraz sprzyja rozwojowi jednostki w życiu dorosłym. Rozwój dziecka z autyzmem zależy od warunków środowiskowych, optymalnego procesu terapeutycznego oraz właściwie zaspokojonych potrzeb dziecka oraz rodziców<sup>25</sup>. Departament Zdrowia Świadczeń Socjalnych definiuje potrzebę jako „odczuwany przez jednostkę wymóg osiągnięcia, utrzymania lub zapewnienia satysfakcjonującego poziomu niezależności społecznej lub jakości życia”<sup>26</sup>. Potrzeba określa brak czegoś, co jest niezbędne jednostce do zachowania równowagi psychicznej<sup>27</sup>. Dramatyzm sytuacji, w jakiej znajduje się dziecko z autyzmem, jest trudny do zrozumienia. Świat osób z autyzmem nie jest przygotowany do świata bez autyzmu. Przebieg ich rozwoju życia jest nieharmonijny i nieprzewidywalny. W jednych sferach prawidłowy, a w innych następuje zatrzymanie lub regres.

Dzieci z autyzmem przejawiają trudności w komunikacji i interakcjach społecznych. Problemy pojawiają się w zakresie komunikacji werbalnej i niewerbalnej: utrudnione odczytywanie wyrazu twarzy i emocji, występowanie zaburzonego kontaktu wzrokowego, kłopoty z inicjowaniem i podtrzymywaniem interakcji społecznych; zaburzona umiejętność relacji na zasadzie naprzemienności: „ja mówię – ty powtarzasz”, „ja gonię – ty uciekasz”<sup>28</sup>. Objawy i trudności wynikające z autyzmu znacznie utrudniają relacje rodzinne, ale również

*Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń 2005; I. Pospiszyl, *Źródła trwałości rodziny we współczesnym społeczeństwie*, „Problemy Rodziny” 1988, nr 2, s. 14–21.

<sup>22</sup> Zob. E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny...*

<sup>23</sup> Zob. J. Komender, *Autyzm i zespół Aspergera. Dziecko autystyczne w rodzinie*, Warszawa 2009, s. 81–82.

<sup>24</sup> Zob. E. Pisula, *Autyzm i przywiązanie. Studia nad interakcjami dzieci z autyzmem i ich matek*, Gdańsk 2003.

<sup>25</sup> J. Izdebska, *Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku*, Białystok 2000, s. 100.

<sup>26</sup> P. Randall, J. Parker, *op. cit.*, s. 54.

<sup>27</sup> *Ibidem*.

<sup>28</sup> M. Młynarska, *op. cit.*

wpływają na funkcjonowanie w życiu społecznym. Współpraca społeczeństwa z rodzinami dzieci z autyzmem i odwrotnie pozwoli rozwijać komunikację interpersonalną<sup>29</sup>. W kontekście osób z autyzmem nie należy stosować sądów paternalistycznych, ponieważ dany symptom nie musi się pojawić u każdej z nich.

Brak zainteresowania dziecka rodzicami stanowi emocjonalną porażkę, przez którą czują się odrzuceni i szukają pomocy na zewnątrz. Rodzice często nie rozumieją objawów i zachowań dzieci z autyzmem, dlatego zdarza się, że za brak postępów u nich obwiniają siebie i swoje nieprawidłowe kompetencje rodzicielskie. Brak nieprawidłowości w wyglądzie wiąże się z brakiem zrozumienia dla zachowań tych dzieci, a uwagi społeczeństwa są bardzo uciążliwe dla rodziców<sup>30</sup>. Pojawienie się potomka z autyzmem uaktywnia negatywne emocje<sup>31</sup>. W literaturze przedmiotu przedstawione są postawy rodziców wobec dziecka niepełnosprawnego. Przystosowanie się rodziny do nowej, trudnej sytuacji składa się z kilku etapów, zakończonych akceptacją dziecka i podjęciem aktywności mających na celu pomoc dziecku i poprawienie stanu panującego w rodzinie.

Tabela 1. Fazy adaptacji rodziców do niepełnosprawności dziecka<sup>32</sup>

Fazy adaptacji		Charakterystyka
1	<b>Wstrząs emocjonalny, szok</b>	Jest to okres, w którym pojawiają się silne negatywne emocje, szok, niemożność podejmowania decyzji, poczucie winy i potrzebne jest wsparcie ze strony specjalistów.
2	<b>Rozpacz</b>	Rozpamiętywanie nieszczęścia, bezradność, skrzywdzenie, zaburzone funkcjonowanie rodziny, silna potrzeba wsparcia emocjonalnego.
3	<b>Pozorne przystosowanie się</b>	Nieracjonalne działania rodziców, obwinianie dziecka za to, co się stało, zaprzeczenie postawionej diagnozie. Silna wiara w możliwość wyleczenia dziecka, stałe poszukiwania specjalistów, bioenergoterapeutów, stosowanie diet, ziołolecznictwo. Rodzina ulega dezorganizacji.
4	<b>Konstruktywne przystosowanie się</b>	Zmiana nastawienia do dziecka, częstsze obcowanie z nim, podejmowanie współpracy ze specjalistami, poznawanie metod i zasad postępowania z dzieckiem.

Źródło: opracowanie własne.

<sup>29</sup> Zob. J. J. Błęszyński, *Rodzina jako środowisko osób z autyzmem. Aspekt wychowawczo-terapeutyczny*, Toruń 2005, s. 13–15.

<sup>30</sup> P. Randall, J. Parker, *op. cit.*, s. 48–52.

<sup>31</sup> Zob. E. Pisula, *Stres rodzicielski związany z wychowaniem dzieci autystycznych i zespołem Downa*, „Psychologia Wychowawcza” 1993, nr 36, s. 44–52.

<sup>32</sup> Zob. A. Twardowski, *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1995, s. 21–27; E. Pisula, *Autyzm i przywiązanie...*

Przedstawione okresy przeżywane przez rodzinę różnią się intensywnością i czasem występowania. Uwarunkowane jest to etapem rozwoju dziecka, sposobem, w jaki rodzice dowiadują się o diagnozie, widocznością niepełnosprawności, zachowaniem dziecka oraz rodzajem i stopniem autyzmu<sup>33</sup>. W niektórych przypadkach rodzice przyjmują informację o rozpoznaniu spokojnie, a czasami nigdy nie osiągają fazy konstruktywnego przystosowania się i przez całe życie odczuwają „chroniczny smutek”<sup>34</sup>. Reakcje na diagnozę są bardzo zróżnicowane. Wygląd dzieci z autyzmem nie wzbudza podejrzeń i brak w nim oznak nieprawidłowości, dlatego tym bardziej trudne jest przystosowanie się rodziny do nowej sytuacji. Bardzo często podważana jest trafność diagnozy, ponieważ pomimo trudności wynikających z symptomów zaburzenia dzieci te przejawiają też rozwinięte zdolności<sup>35</sup>. Kolejnym istotnym elementem w procesie przyswajania przez rodziców informacji o autyzmie jest sposób, w jaki została im przedstawiona diagnoza dziecka. Rodzice mają dużą potrzebę uzyskania pozytywnych opinii na temat swojego potomstwa, toteż informowanie ich tylko o trudnościach i problemach wpływa niekorzystnie na całą rodzinę. Specjaliści w sposób kompetentny powinni informować członków rodziny o postawionej diagnozie oraz przedstawiać w odpowiedni sposób proces wsparcia i prognozę na przyszłość<sup>36</sup>. Rodzice stopniowo odkrywają autyzm u dziecka<sup>37</sup>. Triada zaburzeń autystycznych oraz deficyt funkcji poznawczych mogą powodować zachowania trudne u dzieci, które czynią opiekę nad nimi męczącą i ciężką. Występujące w rodzinie wraz z pojawieniem się dziecka z autyzmem sytuacje w znaczny sposób oddziałują na jakość jej życia. Skutki zaburzenia dotyczą wszystkich członków rodziny, nauczycieli i innych osób z otoczenia. Autyzm utrudnia osiągnięcie stabilności życia rodzinnego i ogranicza szanse życiowe. Zachowania trudne, znaki zapytania w etiologii oraz brak umiejętności radzenia sobie z sytuacją wywołują stres u rodziców. Cytowane przez E. Pisulę badania L. Marcusa, L. Kuncce, E. Schoplera przedstawiają problemy, które powodują, że opieka nad dziećmi z autyzmem jest stresująca. Zaliczane są do nich: późna diagnoza, poczucie braku więzi emocjonalnej z dzieckiem, brak przywiązania z jego strony. Widoczna izolacja społeczna u dziecka, brak zrozumienia ze strony społeczeństwa, nieharmonijny rozwój i stały niepokój o przyszłość dziecka pogrążają rodziny, narażając je na ciągły stres<sup>38</sup>.

<sup>33</sup> Zob. P. Randall, J. Parker, *op. cit.*, s. 144.

<sup>34</sup> K. Wieczorek, T. Gałkowski, *Przezwyciężanie stresu przez rodzeństwo dzieci z autyzmem*, „Dziecko Autystyczne” 2002, nr 10(1), s. 7.

<sup>35</sup> Zob. E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny...*

<sup>36</sup> H. Jaklewicz, *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie*, Gdańsk 1993.

<sup>37</sup> A. Maciarz, *Pedagogika lecznicza i jej przemiany*, Warszawa 2001.

<sup>38</sup> E. Pisula, *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa 2000, s. 119.



Przedstawione problemy, ich specyfika, dynamika są indywidualne dla każdej z rodzin. Dziecko z autyzmem może być nie tylko problemem, stresem, lękiem, ale również źródłem miłości i chęci do życia. Są rodziny, które nie radzą sobie z autyzmem u swoich dzieci i potrzebują wsparcia, a inne wypracowały budujące strategie życia na co dzień z tym zaburzeniem. Autyzm wywiera wpływ na wszystkich członków rodziny, ale można nauczyć się z nim żyć.

## Terapia rodziny dziecka z autyzmem

W ostatnich latach spośród form systemu wsparcia udzielanych dzieciom z autyzmem coraz większe znaczenie ma praca terapeutyczna z rodzicami. Powszechne jest stosowanie psychoterapii. Jeśli weźmie się pod uwagę trudną sytuację rodzin dzieci z autyzmem, elementarną sprawą jest podjęcie działań umożliwiających rodzicom odreagowanie napięć emocjonalnych, pokonanie kryzysów i uporządkowanie życia codziennego. Zaspokajanie potrzeby wzajemnej więzi emocjonalnej jest zaburzone w relacji z dzieckiem z autyzmem, dlatego pogłębiająca się frustracja powoduje wycofanie się rodziców<sup>39</sup>. Znaczące jest oddziaływanie terapeutyczne w celu podniesienia poczucia własnej wartości, opanowania umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz kształtowania właściwych postaw rodzicielskich. W. Dykcik twierdzi, że „terapia jest interwencją wychowawczą, mającą na celu zindywidualizowanie pomocy oraz osiągnięcie lub utrzymanie prawidłowego rozwoju we wszystkich sferach”<sup>40</sup>.

Pomoc terapeutyczną należy podjąć po otrzymaniu diagnozy, ponieważ jest to okres podwyższonego napięcia emocjonalnego. Najczęściej stosowane są wtedy rozmowy terapeutyczne, których celem jest pomoc w przezwyciężaniu problemów oraz poprawa stanu emocjonalnego. Szczególnie ważne są spotkania terapeuty z całą rodziną w domu, gdyż warunki naturalne sprawiają, że jej członkowie czują się swobodnie, co prowadzi do prawidłowej komunikacji<sup>41</sup>. Organizowane są też spotkania z innymi rodzicami dzieci z autyzmem, najczęściej przez fundacje albo stowarzyszenia rodziców. Pozwalają one na wymianę doświadczeń, przełamanie poczucia izolacji i odrzucenia społecznego. Potrzeba zrozumienia i wspólnotowość dają poczucie zaufania i świadomość, że inne rodziny mają podobne trudności.

Psychoterapia grupowa albo indywidualna umożliwia otwarte myślenie i pozwala mówić głośno o problemach. Często zabieg ten przynosi efekty i wy-

<sup>39</sup> Zob. *ibidem*.

<sup>40</sup> *Autyzm. Kontrowersje i wyzwania*, red. W. Dykcik, Poznań 1994, s. 186–189.

<sup>41</sup> Informacje pochodzą z wykładu dr M. Klaczak z Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie.

posaża rodziny w konstruktywne myślenie. Rodzice najczęściej potrzebują pomocy w zakresie:

- radzenia sobie z trudną sytuacją, wynikającą ze zdiagnozowanego autyzmu u ich dziecka;
- zdobywania informacji na temat zaburzenia;
- wiedzy o tym, gdzie można uzyskać pomoc;
- rozwijania umiejętności radzenia sobie z reakcjami napływającymi z zewnątrz;
- samoakceptacji;
- radzenia sobie z trudnymi zachowaniami dziecka<sup>42</sup>.

Rodzice potrzebują poradnictwa emocjonalnego oraz praktycznego. Interesujące są dla nich informacje, gdzie szukać pomocy, wsparcia i jak to zrobić. Organizowanie opieki i terapii rodzinnej z uwzględnieniem dziecka z autyzmem jest znaczące w prawidłowym funkcjonowaniu rodziny. Poczucie wsparcia w pewnym stopniu przewyższa kryzys i pomaga w zaakceptowaniu diagnozy. Rodzice poprzez odpowiedni system wsparcia są w stanie poradzić sobie z rzeczywistością. Terapia rodzinna obniża poziom stresu rodziny, redukuje zachowania i agresywność dziecka wynikające z autyzmu. Główną zasługą odpowiednio dobranej terapii jest zaufanie rodziców do samych siebie, a przede wszystkim do własnych kompetencji<sup>43</sup>. Ustabilizowane i uporządkowane warunki rodzinne wpływają na poziom funkcjonowania wszystkich członków rodziny.

## Konkluzja

Problematyka funkcjonowania dziecka z autyzmem w rodzinie stała się przedmiotem badań specjalistów z tej domeny. Pomimo zintensyfikowania badań z zakresu autyzmu, wciąż nie ma jednoznacznej etiologii, co znacznie utrudnia dalsze postępowanie. Celem niniejszego artykułu jest uświadomienie, jaką rolę pełni rodzina w życiu dziecka z autyzmem i jak samo to zaburzenie oddziałuje na funkcjonowanie rodziny.

Rodzina pełni znaczącą rolę w życiu dziecka. Więź emocjonalna i zachodzące w rodzinie interakcje mają duży wpływ na wszystkich jej członków. Istotną sprawą jest nauczenie się obcowania z autyzmem, poznanie metod pracy i form wsparcia odpowiednich dla dziecka, zaspokajanie jego potrzeb, a tym samym realizowanie się w roli rodzica. Aby rodzice potrafili pomóc swojemu dziecku, najpierw muszą poradzić sobie ze swoimi emocjami i w pełni zaakceptować jego „inność”. Ważne jest określenie i nazwanie przez nich własnych potrzeb, co zdecydowanie ułatwia relacje panujące w domu. Rozmowy rodzi-

<sup>42</sup> E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny...*, s. 160–164.

<sup>43</sup> M. Sekułowicz, *Matki dzieci niepełnosprawnych wobec problemów życiowych*, Wrocław 2000.

ców między sobą, kontakt z osobami z zewnątrz, praca nad interakcją z dzieckiem, mową i komunikacją pozwolą na mądre przygotowanie potomstwa do życia dorosłego. Zaakceptowanie rzeczywistości po otrzymaniu diagnozy jest procesem skomplikowanym, ale możliwym. Każda rodzina musi przejść przez fazy adaptacyjne, a w konsekwencji podjąć aktywności mające na celu scalenie jej członków i poradzenie sobie z trudnościami. Jedną rodzinę to umacnia, a inną dzieli. Meritum sukcesu jest uświadomienie sobie celu i form pomocy zmierzających do poprawy jakości życia osoby z diagnozą i jej rodziny. Autyzm w Polsce jest coraz bardziej popularny, a wiedza na temat zaburzenia coraz obszerniejsza, warto więc ją wykorzystać i pomagać potrzebującym pomocy.

## Bibliografia

- Adamski F., *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002.
- Autyzm. Kontrowersje i wyzwania*, red. W. Dykcik, Poznań 1994.
- Bleszyński J. J., *Rodzina jako środowisko osób z autyzmem. Aspekt wychowawczo-terapeutyczny*, Toruń 2005.
- Braun-Gałkowska M., *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Lublin 1992.
- Brağiel J., *Rodzinne i osobowościowe uwarunkowania sukcesu szkolnego dziecka z rodziny rozwiedzionej*, Opole 1994.
- Izdebska J., *Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku*, Białystok 2000.
- Jaklewicz H., *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie*, Gdańsk 1993.
- Kawula S., Brağiel J., Janke A. W., *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Toruń 2005.
- Kelm K., *O opiece nad dzieckiem w rodzinie*, Warszawa 1974.
- Komender J., *Autyzm i zespół Aspergera. Dziecko autystyczne w rodzinie*, Warszawa 2009.
- Maciarz A., *Pedagogika lecznicza i jej przemiany*, Warszawa 2001.
- Maciarz A., Biadasiewicz M., *Dziecko autystyczne z zespołem Aspergera*, Kraków 2000.
- Młynarska M., *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym – terapia dyskursywna a teoria umysłu*, Wrocław 2008.
- Olubiński A., *Konflikty rodzice – dzieci – dramat czy szansa?*, Toruń 1994.
- Pisula E., *Autyzm i przywiązanie. Studia nad interakcjami dzieci z autyzmem i ich matek*, Gdańsk 2003.
- Pisula E., *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk 2010.
- Pisula E., *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Warszawa 2000.
- Pisula E., *Stres rodzicielski związany z wychowaniem dzieci autystycznych i zespołem Downa*, „Psychologia Wychowawcza” 1993, nr 36.
- Płopa M., *Psychologia rodziny. Teoria i badania*, Kraków 2005.
- Pospiszyl I., *Zródła trwałości rodziny we współczesnym społeczeństwie*, „Problemy Rodziny” 1988, nr 2.
- Randall P., Parker J., *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, przeł. S. Pikiel, Gdańsk 2010.
- Rembowski J., *Rodzina w świetle psychologii*, Warszawa 1978.
- Sekułowicz M., *Matki dzieci niepełnosprawnych wobec problemów życiowych*, Wrocław 2000.
- Tolstoj L., *Anna Karenina*, przeł. K. Iłakowiczówna, Hertfordshire 1999.

- Twardowski A., *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*, [w:] *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1995.
- Tyszkowa M., *Jednostka a rodzina: interakcje, stosunki, rozwój*, [w:] M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa, *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa 1996.
- Wieczorek K., Gałkowski T., *Przewyciężanie stresu przez rodzeństwo dzieci z autyzmem*, „Dziecko Autystyczne” 2002, nr 10(1).
- Williams D., *Somebody, Somewhere. Breaking Free from the World of Autism*, Portland 1995.
- Wroczyński R., *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1985.
- Wybrane problemy psychospołecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży z utrudnieniami rozwoju. Profilaktyka, diagnoza, terapia*, red. H. Krauze-Sikorska, K. Kuszak, Poznań 2008.

## Funkcjonowanie dziecka z autyzmem w rodzinie

**Streszczenie:** Prawidłowe funkcjonowanie dziecka z autyzmem w rodzinie jest zależne od kilku czynników. Znaczącym elementem w procesie jego wychowywania jest to, jak funkcjonuje sama rodzina. Silne interakcje powodują zmiany w funkcjonowaniu obydwu stron relacji, które są od siebie zależne. Rodzina pełni podstawową funkcję w życiu każdego człowieka i to od niej zależy jakość życia jednostek. Dzieci z autyzmem są specyficzną grupą społeczną, która potrzebuje wsparcia i systemu zabiegów terapeutyczno-kompensujących. W grupie potrzebującej są również rodzice, którzy za pomocą terapii rodzinnej mogą prawidłowo oddziaływać na dziecko, pełniąc rolę rodzicielską pomimo choroby. W wyniku niezaburzonych wzajemnych relacji wzrasta chęć do życia w rodzinie i poziom funkcjonowania dziecka z autyzmem oraz pozostałych członków rodziny.

**Słowa kluczowe:** rodzina, autyzm, terapia, rodzice

## The functioning of an autistic child in the family

**Abstract:** The proper functioning of a child with autism in the family depends on several factors. A significant element in the process of bringing up a child with autism is how the family works. Strong interactions result in changes in the functioning of both the family and the child who depend on each other. Family life is vital for every person and on it depends the quality of an individual's life. Children with autism are a specific social group which needs support, therapy and compensatory treatment. Also the parents of an ADHD child are in need of help. Through family therapy they can learn to interact with the child properly, fulfilling their parental role despite the disorder. As a result of the undisturbed relationship we can notice an increase in the desire for family life and an improvement in the standard of the child's and other family members' functioning.

**Keywords:** family, autism, therapy, parents



## Współpraca specjalistów z rodzicami dzieci z autyzmem

### Wprowadzenie

Autyzm jest zaburzeniem neurorozwojowym o niejasnej etiologii i diagnozie opartej na stwierdzeniu określonych nieprawidłowości w zachowaniu człowieka. Zgodnie z obowiązującym współcześnie systemem klasyfikacyjnym zaburzeń psychicznych, sporządzonym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-V, 2013), autyzm charakteryzują nieprawidłowości w tworzeniu relacji społecznych, w komunikowaniu się, jak również tzw. ograniczone wzorce aktywności, zainteresowań oraz zachowania. Uznaje się go za jedno z najcięższych zaburzeń rozwoju.

W ciągu ostatniej dekady liczba dzieci z rozpoznaniem autyzmu wyraźnie wzrosła<sup>1</sup>. Obecnie szacuje się, że zaburzenia należące do autystycznego spektrum zaburzeń (*autism spectrum disorders*, ASD), obejmującego przede wszystkim autyzm, zespół Aspergera oraz inne rozległe nieprawidłowości rozwoju, występują u jednej na 156 osób<sup>2</sup>.

Szczególnie potrzeby rozwojowe dzieci z autyzmem oraz problemy w ich zachowaniu stawiają przed rodzicami ogromne wyzwania. W dodatku wokół rodziców takich dzieci narosło wiele fałszywych przekonań i mitów. Przyczyn autyzmu doszukiwano się początkowo w zaburzeniach relacji matka – dziecko lub niewłaściwych postawach rodzicielskich. W długiej historii nieporozumień dotyczących patogenicznej roli rodziców w powstawaniu autyzmu u dzieci zna-

---

<sup>1</sup> G. Baird i in., *Prevalence of Disorders of the Autism Spectrum in a Population Cohort of Children in South Thames: The Special Needs and Autism Project (SNAP)*, „Lancet” 2006, nr 368, s. 210–215; J. Luong, M. K. Yoder, D. Canham, *Southeast Asian Parents Raising a Child with Autism: A Qualitative Investigation of Coping Styles*, „Journals Permissions” 2009, nr 3, s. 222–229; C. G. Pottie, K. M. Ingram, *Daily Stress, Coping and Well-Being in Parents of Children with Autism: A Multilevel Modeling Approach*, „Journal of Family Psychology” 2008, nr 22, s. 855–864; N. Vasilewa, *Problemy wspierania dzieci z autyzmem i ich rodzin w Bułgarii*, [w:] *Rodzina osób z niepełnosprawnością intelektualną wobec wyzwań współczesności*, red. Z. Żyta, Toruń 2010, s. 111–122.

<sup>2</sup> Centers for Disease Control and Prevention, *Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States*, „Surveillance Summaries” 2007, nr 56(SS-1), s. 12–28.

czące miejsce przypada zarówno L. Kannerowi<sup>3</sup>, który nazwał ich „zimnymi” i „przeintelektualizowanymi”, jak i B. Bettelheimowi<sup>4</sup> oraz jego książce *The Empty Fortress*, w której wskazywał on na zaburzenia relacji matka – dziecko jako przyczynę autystycznego wycofania. Konsekwencje tej koncepcji były tragiczne dla wielu rodzin, zdarzało się bowiem nawet, że rodzicom odbierano dzieci i umieszczano je w zakładach opiekuńczych<sup>5</sup>.

Pod koniec lat 60. XX wieku zaczęły się pojawiać prace weryfikujące tezy zawarte w psychogennych teoriach autyzmu. Podkreślano znaczenie czynników genetycznych i organicznych w genezie tego zaburzenia. Zgodnie z obecnym stanem wiedzy pierwotnym źródłem autyzmu są nieprawidłowości funkcjonowania mózgu w okresie płodowym, niemowlęcym i wczesnym dzieciństwie<sup>6</sup>. Ich przyczyny mogą być rozmaite – genetyczne, metaboliczne, uszkodzenia okołoporodowe i inne. Badania prowadzone w tym obszarze<sup>7</sup> pozwoliły na odrzucenie poglądu o przyczynianiu się rodziców do zaburzeń rozwoju dziecka. Niezależnie jednak od tego utrwalone zostało przekonanie o ich udziale w etiologii autyzmu. Wykazali to m.in. E. Pisula i J. Rola, którzy stwierdzili, że blisko 40% nauczycieli szkół specjalnych jest przekonanych, że jedną z przyczyn autyzmu u dzieci jest brak ciepła i miłości rodziców<sup>8</sup>.

## Trudności wynikające ze sprawowania opieki nad dzieckiem z autyzmem

Rodzice dzieci z autyzmem znajdują się w specyficznej sytuacji. Oprócz licznych problemów, z jakimi zmagają się rodzice dzieci z innymi zaburzeniami w rozwoju, doświadczają oni jeszcze wielu innych i szczególnych trudności<sup>9</sup>. Specyfikę tę określają m.in.:

<sup>3</sup> L. Kanner, *Autistic Disturbances of Affective Contact*, „Nervous Child” 1943, nr 2, s. 217–250.

<sup>4</sup> B. Bettelheim, *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*, London 1967.

<sup>5</sup> M. D. Powers, *Children with Autism and Their Families*, [w:] *In Children with Autism: A Parents Guide*, red. M. D. Powers, Bethesda 2000, s. 119–153.

<sup>6</sup> E. Courchesne, *Abnormal Early Brain Development in Autism*, „Molecular Psychiatry” 2002, nr 7, s. 21–23; N. J. Minshew, J. A. Sweeney, M. L. Bauman, S. J. Webb, *Neurologic Aspects of Autism*, [w:] *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, red. F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. J. Cohen, Hoboken, New Jersey 2006, s. 473–514; D. D. Smith, *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki. 1*, przeł. T. Hołówka, A. P. Zakrzewski, Warszawa 2009.

<sup>7</sup> L. Bobkiewicz-Lewartowska, *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków 2000; E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem – diagnoza i terapia*, Gdańsk 2005.

<sup>8</sup> E. Pisula, J. Rola, *Wiedza o autyzmie, cz. druga – Nauczyciele*, „Dziecko Autystyczne” 1998, nr 6, s. 10–15.

<sup>9</sup> L. Abbeduto i in., *Psychological Well-Being and Coping in Mothers of Youths with Autism, Down Syndrome, or Fragile X Syndrome*, „American Journal of Mental Retardation” 2004, nr 109, s. 237–254; S. L. Bishop, J. Richler, A. C. Cain, C. Lord, *Predictors of Perceived Negative Impact in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder*, „American Journal on Mental

1. Brak typowych oznak uczuciowego przywiązania ze strony dziecka – matki dzieci z autyzmem doświadczają ich obojętności emocjonalnej. Zdaniem A. Maciarz<sup>10</sup> traumatycznym doświadczeniem jest dla nich brak zainteresowania ze strony dziecka, odrzucanie przez nie pieszczot, niezdolność do empatii i syntonii. Brak oznak przywiązania emocjonalnego oraz adekwatnych do oczekiwań reakcji wywołuje w rodzicach poczucie odrzucenia, braku kompetencji, a także rozczarowanie i smutek, a to z kolei wpływa negatywnie na ich samoocenę i pewność siebie<sup>11</sup>. O obniżeniu poczucia kompetencji u matek dzieci z autyzmem piszą również inni badacze przedmiotu<sup>12</sup>. Niewiele natomiast wiadomo na temat tego, jak sami rodzice dzieci z autyzmem spostrzegają ich przywiązanie. Wskazuje się na duży niedosyt odczuwany przez matki w związku z przebiegiem rozwoju uczuciowego ich potomstwa. S. Harris opisuje, że czują się one traktowane przez dziecko przedmiotowo<sup>13</sup>. Jednocześnie ta sama grupa matek ma przekonanie, że ich dziecko odróżnia je od innych ludzi. Co więcej, sądzą, że rozpoznaje je ono i obdarza uczuciem. Jednakże odpowiedź na pytanie, czy więź emocjonalna między dzieckiem z autyzmem a matką istnieje, nie jest oczywista. Tak opisuje swoje doświadczenia matka Jane:

Jane pozwalała się przytulać, ale tylko wtedy, gdy nie patrzyłam na nią. Nie chciała siadać mi na kolanach, chyba że mogła odwrócić głowę i nie musiała patrzeć mi w oczy. Kiedy szłam ku niej z wyciągniętymi ramiarami – tak jak tysiące razy przedtem do moich chłopców – ona nigdy nie wyciągała do mnie rąk. Stałam przy niej, uśmiechając się szeroko, jak jakiś wielki kot z Cheshire, modląc się w duchu, by odważemniła mój uśmiech. Ale ona nigdy tego nie robiła. Pewnego dnia zobaczyłam męża,

Retardation” 2007, nr 112, s. 450–461; E. A. Bradley, J. A. Summers, H. L. Wood, S. E. Bryson, *Comparing Rates of Psychiatric and Behavior Disorders in Adolescents and Young Adults with Severe Intellectual Disability with and without Autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2004, nr 34, s. 151–161; D. E. Gray, *Ten Years on: A Longitudinal Study of Families of Children with Autism*, „Journal of Intellectual & Developmental Disability” 2002, nr 27, s. 215–222; E. Pisula, *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami w rozwoju*, Warszawa 2007; A. Yamada i in., *Emotional Distress and Its Correlates Among Parents of Children with Pervasive Developmental Disorders*, „Psychiatry & Clinical Neurosciences” 2007, nr 61, s. 651–657.

<sup>10</sup> A. Maciarz, *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*, Warszawa 2004.

<sup>11</sup> E. Pisula, *Samotność wśród najbliższych. Interakcje dzieci z autyzmem z rodzicami*, „Czasopismo Psychologiczne” 2009, nr 15, s. 295–304.

<sup>12</sup> P. R. Benson, *The Impact of Child Symptom Severity on Depressed Mood Among Parents of Children with ASD: The Mediating Role of Stress Proliferation*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2006, nr 36, s. 685–695; L. E. Tobing, D. S. Glenwick, *Predictors and Moderators of Psychological Distress in Mothers of Children with Pervasive Developmental Disorders*, „Journal of Family Social Work” 2006, nr 10, s. 1–22.

<sup>13</sup> S. Harris, za: E. Pisula, *Autyzm i przywiązanie. Studia nad interakcjami dzieci z autyzmem i ich matek*, Gdańsk 2003.



który robił to samo – łzy płynęły mu po twarzy, gdy błagał ją, by się do niego uśmiechnęła<sup>14</sup>.

2. Zaburzenia w komunikacji – dzieci z autyzmem albo nie mówią, albo przejawiają wiele charakterystycznych nieprawidłowości w komunikacji zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej. Badania wykazują, że połowa populacji ludzi doświadczających tego zaburzenia nie mówi bądź nie komunikuje się w sposób jasny w kontekście konwencji społecznych. Ponadto osoby z autyzmem mają duże trudności z wyodrębnianiem bodźców istotnych w przebiegu kontaktów społecznych<sup>15</sup>. W konsekwencji rzadko inicjują kontakt lub też czynią to niezgodnie ze społecznymi oczekiwaniami<sup>16</sup>. Przyczyna trudności w relacjach społecznych leży w braku umiejętności wchodzenia w prawidłowy kontakt interpersonalny, który wymaga zdolności do empatii, zaburzonych u osób z autyzmem<sup>17</sup>.

3. Trudne, niezrozumiałe dla otoczenia zachowania dziecka – tzw. zachowania obsesyjne, manieryzmy ruchowe, agresja, napady złego humoru czy samookaleczenia. Rodzice często nie potrafią zrozumieć zachowania własnych dzieci. Ich próby dotarcia do nich kończą się niepowodzeniem. Są bezsilni wobec ich dziwacznych zachowań, których nie potrafią ani przerwać, ani zmienić. Kłopotliwe może być także nadmierne przywiązanie do stałości, rutyny i opór wobec wszelkich zmian. Wymownym tego przykładem niech będzie wypowiedź ojca dziecka z autyzmem:

Jane przyczepiła się do starego koca. Był bardzo duży i ona stale się o niego potykała. Musieliśmy go wszędzie ze sobą nosić, gdyż inaczej zaczynała krzyczeć i kopać – ludzi w sklepach doprowadzaliśmy do rozpacz, bo z powodu tego cholernego koca posuwaliśmy się zawsze bardzo powoli. Pozbyliśmy się go dopiero wtedy, gdy psycholog poradził nam, byśmy w czasie, gdy Jane spała, ucinali z niego małe kawałki. W końcu koc zmniejszył się do rozmiarów wielkiej chustki do nosa i wtedy Jane dała mu spokój. Obyło się bez płaczu, ale wyobrażacie sobie, jak głupio czuliśmy się, obcinając po nocy kawałki koca?<sup>18</sup>

Wyniki badań wskazują, że trudne zachowania nasilają się u około 50% osób z autyzmem w okresie adolescencji.

4. Niezwykły, nieprzewidywalny i bardzo nieharmonijny przebieg rozwoju dziecka – od względnie prawidłowego, poprzez zatrzymanie lub regresję, do

<sup>14</sup> P. Randall, J. Parker, *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, przeł. S. Pikiel, Gdańsk 2001, s. 146.

<sup>15</sup> G. Dawson i in., *Early Social Attention Impairments in Autism: Social Orienting Joint Attention and Attention to Distress*, „Developmental Psychology” 2004, nr 40, s. 271–283.

<sup>16</sup> B. Winczura, *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a terapia umysłu*, Kraków 2008.

<sup>17</sup> A. Maciarz, *op. cit.*; R. P. Goin-Kochel, B. J. Myers, *Parental Report of Early Autistic Symptoms: Differences in Ages of Detection and Frequencies of Characteristics Among Three Autism-Spectrum Disorders*, „Journal of Developmental Disabilities” 2005, nr 11, s. 21–28.

<sup>18</sup> P. Randall, J. Parker, *op. cit.*, s. 150.

opóźnienia. Nie bez znaczenia jest to, iż dziecko z autyzmem początkowo sprawia zazwyczaj wrażenie całkowicie zdrowego. Może mieć atrakcyjny wygląd, wydawać się żywe i spontaniczne w swych reakcjach. Sytuacja taka powoduje, że rodzice budują nierealistyczne plany związane z przyszłością dziecka znacznie dłużej niż większość rodziców dzieci niepełnosprawnych intelektualnie<sup>19</sup>.

5. Całościowy charakter zaburzeń – ponadto w świetle badań z autyzmem współwystępuje niepełnosprawność intelektualna (u około 70–75% osób).

6. Brak skutecznej pomocy ze strony profesjonalistów – nierzadko są oni nieprzygotowani do diagnozy i do pracy z dzieckiem. W Polsce nie istnieje powszechny kompleksowy system pomocy dla osób z autyzmem i ich rodzin. W większości regionów kraju są duże trudności ze skorzystaniem z konsultacji w specjalistycznej poradni lub ośrodku, a tym bardziej z opieki w ośrodku dziennym lub placówce edukacyjnej. Skromna liczba placówek specjalistycznych dotyczy zwłaszcza dorosłych osób z autyzmem. Rodzice niepokoją się o to, czy i w jakim stopniu ich dziecko będzie w stanie samodzielnie funkcjonować w dorosłym życiu<sup>20</sup>. Lęk ten jest w pełni uzasadniony, jeśli weźmiemy pod uwagę niedostatki (a w Polsce całkowity brak) systemu opieki nad dorosłymi osobami z autyzmem. Praktycznie nie mają one szans na systematyczną terapię, rehabilitację i aktywność poza domem.

7. Brak efektywnego systemu wsparcia – obecnie sytuacja dziecka z zaburzeniami rozwoju w dużej mierze zależy od aktywności rodziców mającej na celu stworzenie mu możliwości skorzystania z odpowiedniej opieki zdrowotnej, rehabilitacyjnej i edukacyjnej. Takie warunki działania tworzą stowarzyszenia – będące grupami wsparcia, fundacjami – które w dużej części finansują przedsięwzięcia rehabilitacyjne, społeczne, medyczne itp.<sup>21</sup> Ośrodki wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka powstały i powstają nadal głównie z inicjatywy rodziców i specjalistów skupionych w stowarzyszeniach czy fundacjach<sup>22</sup>.

<sup>19</sup> E. Pisula, *Stres i depresja u matek a zachowanie dzieci z autyzmem w zmodyfikowanej obcej sytuacji*, „Przegląd Psychologiczny” 2004, nr 47, s. 291–304; A. Yamada i in., *op. cit.*

<sup>20</sup> S. Baron-Cohen, P. Bolton, *Autism: The Facts*, New York 2003; E. Pisula, Z. Kossakowska, *Sense of Coherence and Coping with Stress Among Mothers and Fathers of Children with Autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2010, nr 40, s. 1485–1494; K. Wachtel, A. S. Carter, *Reaction to Diagnosis and Parenting Styles Among Mothers of Young Children with ASDs*, „Autism: The International Journal of Research and Practice” 2008, nr 12, s. 575–594; M. Włodarczyk-Dudka, *Opieka czasowa – stacjonarna i półstacjonarna jako współczesna, wielowymiarowa forma wsparcia rodzin wychowujących osoby głęboko i wielorako niepełnosprawne intelektualnie na przykładzie działania OREW*, [w:] *Rodzina osób...*, s. 122–133.

<sup>21</sup> M. Kowalska-Kantyka, *Ośrodki rehabilitacyjne jako forma kompleksowej pomocy rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym na przykładzie województwa katowickiego – w świetle badań własnych*, [w:] *Paradygmaty i przeobrażenia edukacji specjalnej w świetle dorobku profesora Aleksandra Hulka*, red. G. Dryżałowska, Warszawa 2001, s. 208–220.

<sup>22</sup> G. Kwaśniewska, *Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością w procesie wczesnej interwencji – kontekst teoretyczny*, [w:] *Rodzina osób...*, s. 25–41.

8. Brak wiedzy i zrozumienia w otoczeniu społecznym – autyzm jest zaburzeniem w dalszym ciągu mało znanym. Warto podkreślić, że mimo coraz częstszego podejmowania problematyki niepełnosprawności w mediach (akcje propagujące prawa osób niepełnosprawnych do pracy i godnego życia, koncerty charytatywne, seriale telewizyjne), które bez wątpienia wpływają na podniesienie poziomu wiedzy, kreuje pozytywne postawy oraz pozytywnie zmienia wizerunek bliskich dziecka niepełnosprawnego, wciąż duża część rodzin ma poczucie innego, gorszego traktowania. Ma to miejsce szczególnie wtedy, gdy dzieci nie przejawiają żadnych fizycznych oznak upośledzenia. W wypowiedziach rodziców dzieci z autyzmem często pojawia się problem niechęci, nietolerancji i odrzucenia ich rodziny<sup>23</sup>. Niejednokrotnie rodzice narażeni są na wysłuchiwanie krzywdzących opinii zarówno o samym dziecku, jak i o sposobie postępowania wobec niego.

Wszystko to sprawia, że nasilenie stresu związanego z opieką nad dzieckiem z autyzmem jest szczególnie duże. Szereg badań wskazuje na znacznie wyższy poziom doświadczanego stresu rodzicielskiego przez rodziców dzieci z tym zaburzeniem w porównaniu z poziomem stresu doświadczanego przez rodziców dzieci z zespołem Downa, mózgowym porażeniem dziecięcym czy niepełnosprawnością o niejasnej etiologii<sup>24</sup>. Informacje na temat sfery funkcjonowania dziecka, rodzica i środowiska mają duże znaczenie praktyczne. Świadomość źródeł stresu rodzicielskiego u osób udzielających pomocy rodzinom dzieci z zaburzeniami w rozwoju może się przyczynić do zaplanowania bardziej adekwatnego i pożądanego wsparcia. Ponadto wiedza na temat charakterystycznych cech i zachowań dziecka warunkujących podwyższenie poziomu stresu u rodziców wpłynąć może na zaplanowanie interwencji w taki sposób, by stres ten zminimalizować.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że opiekunowie dzieci z autyzmem potrzebują profesjonalnego wsparcia. Relacje pomiędzy nimi a specjalistami nierzadko układają się źle. Brak odpowiedniego systemu wsparcia implikuje w rodzicach poczucie bezradności i winy. Wzrasta przekonanie, że nie poradzą sobie z trudnościami wynikającymi z opieki nad takim dzieckiem. Zaburzenie jego rozwoju pociąga za sobą również zmiany ustalonych planów i celów zawodowych rodziców, co prowadzi często do frustracji i depresji. Ponadto

<sup>23</sup> B. Sałach, *Jestem matką dziecka autystycznego*, [w:] *Dziecko z autyzmem. Rozważania teoretyczne, doniesienia z badań*, red. D. Marzec, A. Banasiak, Częstochowa 2005, s. 134–148.

<sup>24</sup> M.in.: L. Abbeduto i in., *op. cit.*; S. L. Bishop, J. Richler, A. C. Cain, C. Lord, *op. cit.*; E. A. Bradley, J. A. Summers, H. L. Wood, S. E. Bryson, *op. cit.*; D. E. Gray, *op. cit.*; T. Gałkowski, *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Warszawa 1995; A. Banasiak, *Stres rodzicielski ojców dzieci z autyzmem*, [w:] *Świat rodziny. Perspektywa interdyscyplinarna wobec wyzwań i zagrożeń*, red. J. Garbula, A. Zakrzewska, W. Sawczak, Toruń 2013, s. 78–94.

choroba dziecka znacząco wpływa na sytuację materialną<sup>25</sup>, społeczną<sup>26</sup>, zdrowie fizyczne oraz psychiczne pozostałych członków rodziny<sup>27</sup>. Sprawowanie 24-godzinnej opieki nad chorym potomstwem sprawia, że rodzice czują się przemęczeni, lękowi i depresyjni. Taki stan sprzyja myśleniu o rozstaniu się z dzieckiem, umieszczeniu go w jakiejś instytucji. Może także przysłańać zachodzące pozytywne zmiany u dziecka, co z kolei skutkować może niezmienną oceną całej sytuacji.

Warto zadać sobie pytanie: czy taki scenariusz musi opisywać życie większości rodzin z dzieckiem z autyzmem? Zapewne nie. Zależy jest to od szeregu czynników, wśród których istotne znaczenie ma wsparcie ze strony specjalistów/profesjonalistów.

## Wskazówki do współpracy na linii specjalista – rodzic dziecka z autyzmem

W zakresie profesjonalnego wsparcia rodziców dzieci z autyzmem niezwykle ważne jest poznanie problemów dziecka oraz umożliwienie rodzicom wyrażenia swoich odczuć związanych z sytuacją, w jakiej się znaleźli. Do ważnych zadań specjalistów należy zatem pomoc rodzicom w zrozumieniu, na bazie aktualnej wiedzy, tego, co w danym momencie dzieje się z ich dzieckiem. Dla rodziców ważną kwestią jest także wiedza o tym, kiedy i w jaki sposób doszło do niepełnosprawności u ich dziecka – jaka jest przyczyna autyzmu. W zdecydowanej większości przypadków etiologia tego zaburzenia jest niezwykle skomplikowana. Bez względu jednak na to rodzic powinien uzyskać od specjalisty jednoznaczną informację, że w żadnym razie nie przyczynił się do powstania autyzmu u dziecka, ani też niczego nie przeoczył czy nie zaniedbał w jego opiece i wychowaniu, co mogłoby mu zapobiec. To istotna kwestia, brak wiedzy w tym zakresie bowiem generować może poczucie winy, niekompetencji, a nawet myślenie o byciu „gorszym rodzicem”<sup>28</sup>.

Pomoc rodzinie to jednocześnie poznanie jej osobistej perspektywy. Poznanie tego, jak interpretuje to, co dzieje się z dzieckiem, jakie znaczenie przypisuje symptomom, co jest dla niej wyjątkowo istotne, do czego dąży. Informacje na ten temat pomogą specjalistom zorientować się w tym, co opiekunowie

<sup>25</sup> Zob. A. Firkowska-Mankiewicz, *Jakość życia rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym*, „Psychologia Wychowawcza” 1999, nr 2, s. 134–145; E. Pisula, *Autyzm i przywiązanie...*

<sup>26</sup> M. Grodzka, *Placz bez łez. Listy rodziców dzieci autystycznych*, Gdańsk 2000; P. Randall, J. Parker, *op. cit.*

<sup>27</sup> T. Gałkowski, *op. cit.*; A. Gancarz-Podlasko, *Sytuacja psychospołeczna rodziców dzieci z autyzmem w kontekście zespołu wypalania sił*, [w:] *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, red. T. Gałkowski, J. Kossewska, Kraków 2001, s. 209–216.

<sup>28</sup> E. Pisula, *Rodzina w terapii dziecka z autyzmem*, [w:] *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, red. D. Danielewicz, E. Pisula, Warszawa 2003, s. 115–135.

wnoszą do relacji z dzieckiem. Ważne jest także uświadomienie rodzicom wagi przebiegu interakcji między nimi a dzieckiem – zwraca się przy tym szczególną uwagę na sygnały płynące od dziecka. Pomoc w ich rozpoznawaniu może być bardzo efektywna już we wczesnym okresie jego życia. Także pomoc w przewycięzaniu „trudnych” zachowań wynikających z autyzmu jest jednym z najważniejszych celów współpracy ze specjalistami.

Odrębną sprawą jest umiejętność odpowiedzi na wątpliwości rodziców dotyczące przyszłości ich dziecka. To najczęściej zadawane pytanie sprawia specjalistom dużą trudność, nie mają bowiem dla nich dobrych informacji. Jedynie nielicznym osobom z autyzmem udaje się żyć w pełni niezależnie. Specjalista musi jednak pozostać uczciwy – sam wielu rzeczy zresztą nie wie, jak również wielu spraw nie potrafi przewidzieć. Nie wolno mu także przekreślać szans dziecka.

Szczególne zmartwienia rodziców dotyczą trudności ich dzieci z komunikowaniem się. Wielu rodziców ma przekonanie, że gdyby mogli nawiązać z dzieckiem kontakt, potrafiliby lepiej je zrozumieć, duża część problemów przestałaby istnieć. Dlatego też ważne jest zintensyfikowanie pracy z dzieckiem w zakresie rozwijania zdolności do porozumiewania się.

## Konkluzja

Chcąc pomóc dziecku, musimy się pochylić nad „sytuacją” całej jego rodziny. Choć znaczne zainteresowanie rodziną w naukach społecznych przypadło na lata 90. ubiegłego stulecia, jego efekty wydają się nadal znikome. W praktyce rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego zauważalna jest dominacja aktywności skierowanej na usprawnianie zaburzonych funkcji, brakuje natomiast wspierania rodziców w trudnej sytuacji. Proponowane formy pomocy dla rodziców dzieci z autyzmem (najczęściej konsultacje w placówkach oświatowych) są niewystarczające.

Bardzo ważne jest współautorstwo rodziców w programie pracy z dzieckiem. To wzmacnia w nich poczucie kontroli i sprawstwa w procesie wychowania i rozwoju ich potomstwa. M. Skórczyńska<sup>29</sup> przytacza szereg badań nad efektywnością wczesnej interwencji. Wyniki tych analiz przekonują, że programy oparte na udziale środowiska rodzinnego przynoszą znaczne rezultaty, poprawiające sytuację zarówno dziecka, jak i rodziny.

<sup>29</sup> M. Skórczyńska, *Podejście zorientowane na rodzinę we współczesnej teorii i praktyce wczesnej interwencji*, [w:] *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków 2006, s. 280–291.

## Bibliografia

- Abbeduto L. i in. *Psychological Well-Being and Coping in Mothers of Youths with Autism, Down Syndrome, or Fragile X Syndrome*, „American Journal of Mental Retardation” 2004, nr 109, s. 237–254.
- Baird G. i in., *Prevalence of Disorders of the Autism Spectrum in a Population Cohort of Children in South Thames: The Special Needs and Autism Project (SNAP)*, „Lancet” 2006, nr 368, s. 210–215.
- Banasiak A., *Stres rodzicielski ojców dzieci z autyzmem*, [w:] Świat rodziny. Perspektywa interdyscyplinarna wobec wyzwań i zagrożeń, red. J. Garbula, A. Zakrzewska, W. Sawczak, Toruń 2013, s. 78–94.
- Baron-Cohen S., Bolton P., *Autism: The Facts*, New York 2003.
- Benson P. R., *The Impact of Child Symptom Severity on Depressed Mood Among Parents of Children with ASD: The Mediating Role of Stress Proliferation*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2006, nr 36, s. 685–695.
- Bettelheim B., *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*, London 1967.
- Bishop S. L., Richler J., Cain A. C., Lord C., *Predictors of Perceived Negative Impact in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder*, „American Journal on Mental Retardation” 2007, nr 112, s. 450–461.
- Bobkowicz-Lewartowska L., *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*, Kraków 2000.
- Bradley E. A., Summers J. A., Wood H. L., Bryson S. E., *Comparing Rates of Psychiatric and Behavior Disorders in Adolescents and Young Adults with Severe Intellectual Disability with and without Autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2004, nr 34, s. 151–161.
- Centers for Disease Control and Prevention, *Prevalence of Autism Spectrum Disorders: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States*, „Surveillance Summaries” 2007, nr 56(SS-1), s. 12–28.
- Courchesne E., *Abnormal Early Brain Development in Autism*, „Molecular Psychiatry” 2002, nr 7, s. 21–23.
- Dawson G. i in., *Early Social Attention Impairments in Autism: Social Orienting Joint Attention and Attention to Distress*, „Developmental Psychology” 2004, nr 40, s. 271–283.
- Firkowska-Mankiewicz A., *Jakość życia rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym*, „Psychologia Wychowawcza” 1999, nr 2, s. 134–145.
- Gałkowski T., *Dziecko autystyczne w środowisku rodzinnym i szkolnym*, Warszawa 1995.
- Gancarz-Podlasko A., *Sytuacja psychospołeczna rodziców dzieci z autyzmem w kontekście zespołu wypalania sił*, [w:] *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, red. T. Gałkowski, J. Kossewska, Kraków 2001, s. 209–216.
- Goin-Kochel R. P., Myers B. J., *Parental Report of Early Autistic Symptoms: Differences in Ages of Detection and Frequencies of Characteristics Among Three Autism-Spectrum Disorders*, „Journal of Developmental Disabilities” 2005, nr 11, s. 21–28.
- Gray D. E., *Ten Years on: A Longitudinal Study of Families of Children with Autism*, „Journal of Intellectual & Developmental Disability” 2002, nr 27, s. 215–222.
- Grodzka M., *Plac bez tez. Listy rodziców dzieci autystycznych*, Gdańsk 2000.
- Kanner L., *Autistic Disturbances of Affective Contact*, „Nervous Child” 1943, nr 2, s. 217–250.
- Kowalska-Kantyka M., *Ośrodki rehabilitacyjne jako forma kompleksowej pomocy rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym na przykładzie województwa katowickiego – w świetle*

- badań własnych*, [w:] *Paradygmaty i przeobrażenia edukacji specjalnej w świetle dorobku profesora Aleksandra Hulka*, red. G. Dryżałowska, Warszawa 2001, s. 208–220.
- Kwaśniewska G., *Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością w procesie wczesnej interwencji – kontekst teoretyczny*, [w:] *Rodzina osób z niepełnosprawnością intelektualną wobec wyzwań współczesności*, red. Z. Żyta, Toruń 2010, s. 25–41.
- Luong J., Yoder M. K., Canham D., *Southeast Asian Parents Raising a Child with Autism: A Qualitative Investigation of Coping Styles*, „Journals Permissions” 2009, nr 3, s. 222–229.
- Maciarz A., *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*, Warszawa 2004.
- Minshew N. J., Sweeney J. A., Bauman M. L., Webb S. J., *Neurologic Aspects of Autism*, [w:] *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, red. F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. J. Cohen, Hoboken, New Jersey 2006, s. 473–514.
- Pisula E., *Autyzm i przywiązanie. Studia nad interakcjami dzieci z autyzmem i ich matek*, Gdańsk 2003.
- Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem – diagnoza i terapia*, Gdańsk 2005.
- Pisula E., *Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami w rozwoju*, Warszawa 2007.
- Pisula E., *Rodzina w terapii dziecka z autyzmem*, [w:] *Terapia i edukacja osób z autyzmem. Wybrane zagadnienia*, red. D. Danielewicz, E. Pisula, Warszawa 2003, s. 115–135.
- Pisula E., *Samotność wśród najbliższych. Interakcje dzieci z autyzmem z rodzicami*, „Czasopismo Psychologiczne” 2009, nr 15, s. 295–304.
- Pisula E., *Stres i depresja u matek a zachowanie dzieci z autyzmem w zmodyfikowanej obcej sytuacji*, „Przegląd Psychologiczny” 2004, nr 47, s. 291–304.
- Pisula E., Kossakowska Z., *Sense of Coherence and Coping with Stress Among Mothers and Fathers of Children with Autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders” 2010, nr 40, s. 1485–1494.
- Pisula E., Rola J., *Wiedza o autyzmie, cz. druga – Nauczyciele*, „Dziecko Autystyczne” 1998, nr 6, s. 10–15.
- Pottie C. G., Ingram K. M., *Daily Stress, Coping and Well-Being in Parents of Children with Autism: A Multilevel Modeling Approach*, „Journal of Family Psychology” 2008, nr 22, s. 855–864.
- Powers M. D., *Children with Autism and Their Families*, [w:] *In Children with Autism: A Parents Guide*, red. M. D. Powers, Bethesda 2000, s. 119–153.
- Randall P., Parker J., *Autyzm. Jak pomóc rodzinie*, przeł. S. Pikiel, Gdańsk 2001.
- Sałach B., *Jestem matką dziecka autystycznego*, [w:] *Dziecko z autyzmem. Rozważania teoretyczne, doniesienia z badań*, red. D. Marzec, A. Banasiak, Częstochowa 2005, s. 134–148.
- Skórczyńska M., *Podejście zorientowane na rodzinę we współczesnej teorii i praktyce wczesnej interwencji*, [w:] *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju*, red. B. Cytowska, B. Winczura, Kraków 2006, s. 280–291.
- Smith D. D., *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki. 1*, przeł. T. Hołówka, A. P. Zakrzewski, Warszawa 2009.
- Tobing L. E., Glenwick D. S., *Predictors and Moderators of Psychological Distress in Mothers of Children with Pervasive Developmental Disorders*, „Journal of Family Social Work” 2006, nr 10, s. 1–22.
- Vasilewa N., *Problemy wspierania dzieci z autyzmem i ich rodzin w Bułgarii*, [w:] *Rodzina osób z niepełnosprawnością intelektualną wobec wyzwań współczesności*, red. Z. Żyta, Toruń 2010, s. 111–122.
- Wachtel K., Carter A. S., *Reaction to Diagnosis and Parenting Styles Among Mothers of Young Children with ASDs*, „Autism: The International Journal of Research and Practice” 2008, nr 12, s. 575–594.

- Winczura B., *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a terapia umysłu*, Kraków 2008.
- Włodarczyk-Dudka M., *Opieka czasowa – stacjonarna i półstacjonarna jako współczesna, wielowymiarowa forma wsparcia rodzin wychowujących osoby głęboko i wielorako niepełnosprawne intelektualnie na przykładzie działania OREW*, [w:] *Rodzina osób z niepełnosprawnością intelektualną wobec wyzwań współczesności*, red. Z. Żyta, Toruń 2010, s. 122–133.
- Yamada A. i in., *Emotional Distress and Its Correlates Among Parents of Children with Pervasive Developmental Disorders*, „*Psychiatry & Clinical Neurosciences*” 2007, nr 61, s. 651–657.

### **Współpraca specjalistów z rodzicami dzieci z autyzmem**

**Streszczenie:** Artykuł wykorzystuje szereg wyników badań dotyczących czynników determinujących współpracę specjalistów z rodzicami dzieci z autyzmem. Opisuje najistotniejsze trudności, przed jakimi stają ci rodzice. Autorka wskazuje na mocne i słabe strony relacji specjalista – rodzic, dążąc do optymalizacji modelu tej współpracy.

**Słowa kluczowe:** rodzice, autyzm, współpraca, specjaliści

### **Cooperation of specialists with parents of autistic children**

**Summary:** The article uses a series of research concerning factors which determine cooperation of specialists with parents of children with autism. Describing the most important difficulties for parents who face various challenges the author indicates the strong and weak points of the specialist-parent relationship aspiring to improve the model of this cooperation.

**Keywords:** parent, autism, cooperation, specialists





Zdzisława Janiszewska-Nieścioruk  
Agata Miodek

## Prowłączające możliwości metody Marii Montessori w edukacji przedszkolnej dziecka z autyzmem

### Wprowadzenie

Podstawową przesłanką koncepcji edukacji włączającej dzieci/uczniów z niepełnosprawnością i/lub o specjalnych potrzebach jest przekonanie, że w nowoczesnym świecie jest możliwy i zarazem potrzebny jeden ogólnodostępny system kształcenia dla wszystkich uczniów<sup>1</sup>. Równocześnie oczekuje się jego różnorodności czy heterogeniczności, która uznawana jest za wartość społecznych, (po)nowoczesnych społeczeństw. Dlatego postulat głoszący, że miejscem kształcenia wszystkich uczniów, a więc też tych dotkniętych niepełnosprawnością czy o szczególnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych, powinna być szkoła rejonowa, implikuje potrzebę dalszych prowłączających zmian w systemie polskiej edukacji<sup>2</sup>. Nie da się bowiem realizować tak rozumianego kształcenia bez uruchamiania nowych organizacyjnych i programowych w jego ramach rozwiązań, jak też modyfikowania i usuwania słabości w funkcjonowaniu dotychczasowych form.

### Potrzeba uelastyczniania prowłączającej oferty edukacyjnej dla dzieci/uczniów z niepełnosprawnością i/lub o specjalnych potrzebach

Sprowadzenie edukacji włączającej do oferty ograniczonej w wyborze programowym i metodycznym, przy dużej różnorodności potrzeb edukacyjnych i społecznych wychowanków, naraża ich na niepowodzenia, utrudnia osiągnięcie finalnego celu tej edukacji, jakim bez wątpienia powinna być społeczna integracja zarówno w środowisku szkolnym, jak i rodzinnym oraz lokalnym<sup>3</sup>. Takie zagrożenie niestety wydaje się dość realne w kontekście dotychczasowych

<sup>1</sup> G. Szumski, *Teoretyczne implikacje koncepcji edukacji włączającej*, [w:] *Uczeń z niepełnosprawnością w szkole ogólnodostępnej*, red. Z. Gajdzica, Sosnowiec 2011.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> A. Maciarz, *Normalizacja szansą likwidacji społecznego upośledzenia osób niepełnosprawnych*, [w:] *Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. Z. Janiszewska-Nieścioruk, Kraków 2005.

mało urozmaiconych rozwiązań w kształceniu uczniów z niepełnosprawnością. Poza specjalnymi oddziałami, szkołami czy ośrodkami o nieco bardziej złożonej strukturze, które ciągle są „obecne” na rynku edukacyjnym, w jego aktualnej ofercie znajdujemy formy integracyjne (grupy/klassy na wszystkich etapach kształcenia) i ostatnio wyraźnie upowszechniane włączające, sukcesywnie wymywiające te specjalne, segregacyjne.

Możliwości, ale też ograniczenia czy słabości w realizacji założeń edukacji włączającej w polskim systemie edukacji są obecnie szeroko dyskutowane. W sposób szczególny zaznaczane są one w publikacjach znanych pedagogów specjalnych – I. Chrzanowskiej<sup>4</sup>, A. Krausego<sup>5</sup>, Z. Gajdzicy<sup>6</sup>, G. Szumskiego<sup>7</sup>, S. Sadowskiej<sup>8</sup>, M. Zaorskiej<sup>9</sup> czy A. Zamkowskiej<sup>10</sup>. Respektowana jest w nich konieczność wiązania kształcenia dzieci z niepełnosprawnością z ogólnodostępną ofertą edukacyjną, na poziomie zarówno ideowych założeń narodowego systemu edukacji, jak i jego celów oraz sposobów ich osiągnięcia<sup>11</sup>, ale równocześnie wskazywane są słabości i zagrożenia powodowane nierzadko mało refleksyjnym jej wdrażaniem. Podkreślana i dlatego bardziej oczekiwana jest różnorodność organizacyjna, przestrzenna i programowa oferty kształcenia oraz jej rzeczywista, a nie formalna dostępność dla oczekującego włączenia w daną formę edukacyjną dziecka. Uwzględnia ona wówczas także wysoce zindywidualizowane sposoby wsparcia, które tworzone są adekwatnie do jego aktualnych potrzeb czy preferencji, a nie wybierane spośród odgórnie ustalonych i w danym okresie dostępnych propozycji<sup>12</sup>. Priorytetem są

<sup>4</sup> I. Chrzanowska, *Funkcjonowanie dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim w szkole podstawowej*, Łódź 2003; *eadem*, *Poziom osiągnięć szkolnych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi na etapie gimnazjum a forma organizacyjna kształcenia*, Łódź 2004; *eadem*, *Zaniedbane obszary edukacji – pomiędzy pedagogiką a pedagogiką specjalną. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2009.

<sup>5</sup> A. Krause, *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Kraków 2010.

<sup>6</sup> *Uczeń z niepełnosprawnością...*

<sup>7</sup> G. Szumski, *Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych. Sens i granice zmiany edukacyjnej*, Warszawa 2006; *idem*, *Teoretyczne implikacje...*

<sup>8</sup> S. Sadowska, *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, Toruń 2005; *eadem*, *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, Kraków 2006.

<sup>9</sup> M. Zaorska, *Wskaźniki skuteczności edukacji integracyjnej dzieci z zaburzeniami złożonymi*, [w:], *Problemy edukacji integracyjnej dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*, red. Z. Janiszewska-Nieścioruk, Kraków 2007; *eadem*, *Dziecko z wadą słuchu w szkole integracyjnej (implikacje dla praktyki)*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici, Pedagogika” 2009, z. 24.

<sup>10</sup> A. Zamkowska, *Wsparcie edukacyjne uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim w różnych formach kształcenia na I etapie edukacji*, Radom 2009.

<sup>11</sup> G. Szumski, *Teoretyczne implikacje...*

<sup>12</sup> Zob. R. L. Schalock i in., *Intellectual Disability. Definition, Classification and Systems of Supports*, Washington 2010.

bowiem nie tylko możliwości dziecka/ucznia, ale też jego ograniczenia czy deficyty, do których odnosimy się z równą uwagą jak do mocnych stron. Zatem zaspokojenie szczególnych potrzeb, w tym edukacyjnych i społecznych, wielu dzieci włączonych w ogólnodostępny system kształcenia stanowi ciągle aktualne wyzwanie dla wszystkich jego podmiotów – pedagogów, nauczycieli, rodziców, a w szczególności władz samorządowych i oświatowych. Tym bardziej że z powodu braku szans w rywalizacji z rówieśnikami o dobre wyniki w nauce i pozycję społeczną w grupie dzieci dotknięte niepełnosprawnością nierzadko egzystują na marginesie społeczności grupowej i są odrzucane w różnych rodzajach aktywności uczniowskiej. Poprawne kulturowo stosunki między nimi i uczniami pełnosprawnymi, jak słusznie zauważa A. Maciarz, nie mogą stanowić gwarancji ich psychospołecznej integracji<sup>13</sup>. Dlatego nadal za wart refleksji uważamy sformułowany przez autorkę pogląd, że „dzieci pełnosprawne niekiedy stosują bardzo wyrafinowane sposoby unikania kontaktu z rówieśnikami niepełnosprawnymi, nacechowane dużą dozą umiejętności maskowania swojej niechęci i przestrzegania grzecznościowych zasad poprawnego zachowania”<sup>14</sup>.

Konieczność wyrównywania szans rozwojowych i edukacyjnych wielu dzieci w Polsce generuje zatem potrzebę uelastyczenia ogólnodostępnej oferty kształcenia i tym samym uczynienia jej bardziej adekwatną do ich oczekiwań i możliwości. Ma to szczególne znaczenie dla osób z niepełnosprawnością czy dotkniętych chorobą bądź różnymi postaciami zaburzeń, zwłaszcza gdy z diagnozy psychologiczno-pedagogicznej wynika, że wychowanie i nauczanie w integracji z rówieśnikami będzie korzystne dla ich rozwoju i rehabilitacji. Przy czym szczególnym przypadkiem uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi są bez wątpienia dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych<sup>15</sup>. W owym spektrum można bowiem wyróżnić trzy osiowe obszary zaburzeń występujących u dotkniętych nim dzieci, tj. zaburzenia interakcji społecznych, komunikacji i wyobraźni, które powinny być uwzględniane w sytuacji ich włączania w społeczność pełnosprawnych rówieśników. Ponadto należy wskazać na równie istotny diagnostycznie i dla inkluzji w edukacyjną przestrzeń fakt, iż w przebiegu opisywanego zaburzenia osoby nim dotknięte różnią się od siebie zarówno stopniem nasilenia objawów, jak i współistniejącymi problemami<sup>16</sup>.

<sup>13</sup> A. Maciarz, *Normalizacja szansą...*

<sup>14</sup> A. Maciarz, *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*, Kraków 1999, s. 42.

<sup>15</sup> Termin „autystyczne spektrum zaburzeń” został po raz pierwszy użyty przez D. A. Allen, jednak za jego autorkę uważa się Lornę Wing, która istotę owego spektrum upatruje w trzech, tzw. osiowych, obszarach (E. Pisula, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, Sopot 2012, s. 20).

<sup>16</sup> *Ibidem*.

Warto także odnotować wyraźnie zauważalny wzrost liczby osób, u których diagnozowany jest autyzm, co stanowi jedną z konsekwencji wprowadzenia do użytku terminu „autystyczne spektrum zaburzeń”<sup>17</sup>. Z danych wynika, że w ostatnich latach zaburzenie rozwoju z tzw. spektrum zaburzeń autystycznych jest diagnozowane raz na 166 dzieci, co oznacza, że staje się ono coraz bardziej powszechnym problemem społecznym. Szacuje się, że w Polsce jest około 50 tysięcy osób z autyzmem, w tym około 10 tysięcy dzieci. W ostatnich latach wzrost „zachorowań” na autyzm jest na tyle niepokojący, że „coraz częściej mówi się o tzw. epidemii autyzmu”<sup>18</sup>. Nie pozostaje to bez wpływu na system edukacji, jako że coraz większa liczba dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu trafia właśnie, zgodnie z ideą edukacji włączającej, do placówek ogólnodostępnych. Obecnie znanych jest co najmniej kilka koncepcji dotyczących zarówno etiologii zaburzeń autystycznych, jak i skutecznej terapii czy edukacji osób nimi dotkniętych. Są one szeroko dyskutowane, zarówno w kręgach naukowych, jak i wśród praktyków<sup>19</sup>.

W naszej ocenie na szczególną uwagę i refleksję, w kontekście upowszechniania kształcenia włączającego, jak też zauważalnych słabości w dotychczasowej jego realizacji, zasługuje sformułowany przez B. Winczurę sąd, w którym podkreśla ona, że „ze względu na ogromne zróżnicowanie populacji osób autystycznych, zarówno w zakresie etiologii, jak i specyfiki funkcjonowania, niemożliwe jest znalezienie jednej skutecznej metody terapeutycznej, niezależnie od tego, jaki cel terapii zostanie postawiony”<sup>20</sup>. Owo stwierdzenie, wyraźnie uczulające na fakt, iż w pracy z dzieckiem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu nie ma jednej słusznej drogi, stanowił dla nas inspirację do wskazania prowłączających walorów metody Marii Montessori, a w szczególności tych jej elementów, które umożliwiając stymulację emocjonalnego i społecznego rozwoju dzieci, jako szczególnie istotnych dla kreowania poprawnych relacji z pełnosprawnymi rówieśnikami, zwiększają ich szansę na skuteczną inkluzję w przestrzeń ogólnodostępnej edukacji. Umożliwiają tym samym upodmiotowienie dziecka w społeczności dziecięcej poprzez pozytywne zaznaczenie jego obecności i aktywności w grupie/klasie przedszkolnej i szkolnej.

<sup>17</sup> *Ibidem*, s. 21.

<sup>18</sup> B. Winczura, *Dziecko z autyzmem*, [w:] *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, red. B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski, Kraków 2008, s. 366.

<sup>19</sup> Zob. *ibidem*; *Dzieci chore, niepełnosprawne...*; J. Kruk-Lasocka, *Autyzm czy nie autyzm? Problemy diagnozy i terapii pedagogicznej małych dzieci*, Wrocław 1999; E. Pisula, *Autyzm. Od badań...*; *eadem*, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk 2010.

<sup>20</sup> B. Winczura, *op. cit.*, s. 370.

## Prowłaczające walory metody Marii Montessori w edukacji przedszkolnej

Placówki Montessori, które funkcjonują na całym świecie, mają duże doświadczenie w zakresie integracji czy włączania dzieci w ogólnodostępną edukację. Nie powinno to dziwić, ponieważ „struktura pedagogiki Montessori ma właśnie taki [a więc prowłaczający – przyp. A. M. i Z. J.-N.] charakter”<sup>21</sup>. Sama metoda i stosowane w niej materiały są powszechnie znane jako „stymulatory” intelektualnego, poznawczego rozwoju dzieci. Znacznie rzadziej podkreśla się fakt, że sprzyjają one także ich emocjonalnemu i społecznemu rozwojowi. Tymczasem ma on co najmniej równie istotne jak funkcjonowanie intelektualne znaczenie dla ich włączenia w uczniowską społeczność. Dzieje się tak za sprawą zasad obowiązujących przy organizacji grup/klas Montessori oraz nauczycieli regulujących społeczne funkcjonowanie dzieci w odpowiednio przygotowanym środowisku wychowawczym<sup>22</sup>.

Za elementy metody Montessori sprzyjające rozwojowi dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu uznać można przede wszystkim: specyficzną, korzystną dla ich włączenia organizację otoczenia oraz grup wiekowo zróżnicowanych, zastosowane pomoce do pracy z dziećmi – pomoce rozwojowe, jak też przejrzyste zasady pracy dydaktyczno-wychowawczej.

W przypadku specyficznej organizacji otoczenia zaznacza się, że powinno być ono tak przygotowane, aby wspierać rozwój dziecka. Powinny się w nim znajdować „impulsy” odpowiadające wrażliwym fazom rozwojowym, pobudzające do działania, a tym samym umożliwiające jak najczęstszą polaryzację uwagi. Ma ono stanowić tło prawdziwego, wewnętrznego rozwoju, wspierać budowanie porządku psychicznego, moralnego i duchowego. Za równie ważne uznaje się estetyczne, uporządkowane przygotowanie otoczenia dziecka<sup>23</sup>. Bardzo szczegółowo określone zasady organizowania otoczenia w pedagogice Montessori uwzględniają aspekt materialny, strukturalno-dynamiczny oraz osobowy. Pozwala to na kreowanie korzystnych warunków do włączania – zapewnia dzieciom poczucie bezpieczeństwa, przejrzystość relacji w grupie, ułatwia porządkowanie rzeczywistości, która staje się przewidywalna, niezagrażająca.

Kolejnym walorem są pomoce rozwojowe stosowane w metodzie Montessori, które „odpowiadają w swej budowie i przeznaczeniu pojawiającym się wrażliwym fazom”<sup>24</sup>. W sali przedszkolnej znajdują się zestawy pomocy przeznaczone do praktycznych ćwiczeń dnia codziennego, kształcenia zmy-

<sup>21</sup> U. Steenberg, *Pedagogika Marii Montessori w przedszkolu*, przeł. M. Jałowiec, Kielce 2004, s. 72.

<sup>22</sup> S. Guz, *Znaczenie metody M. Montessori dla rozwoju społecznego dziecka*, [w:] *Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce edukacyjnej*, red. M. Chodkowska, Lublin 2003, s. 99.

<sup>23</sup> M. Miksza, *Zrozumieć Montessori*, Kraków 2004.

<sup>24</sup> *Ibidem*, s. 41.

słów, edukacji matematycznej, edukacji językowej, wychowania kosmicznego i religijnego. Ich celem jest wprowadzenie dziecka w świat kultury i cywilizacji. Staje się to na drodze poznawania i badania otoczenia za pomocą zmysłów (zgodnie z zasadą od konkretnego do abstrakcji). Podczas pracy z pomocami dziecko ma okazję odnaleźć i doświadczyć takich kategorii w otoczeniu, jak: kontrasty, pary, szeregi oraz luki i dysharmonia<sup>25</sup>. Doświadczenia te przygotowują do myślenia abstrakcyjnego. Wśród zasad budowy pomocy rozwojowych wskazuje się szczególnie na zasady: kontroli błędów, izolacji trudności, przystępności, ciągłości oddziaływań, ograniczeń, atrakcyjności, wspomagania systemu wiedzy oraz, na co już wskazywałyśmy, wspomagania procesu uspołeczniania<sup>26</sup>.

Kolejnym walorem tej metody jest tworzenie zróżnicowanych wiekiem oddziaływań. Zapewnia to dzieciom szeroki wachlarz emocjonalnych, społecznych i intelektualnych doświadczeń. Swoją strukturą grupa taka przypomina rodzinę wielodzietną i stwarza bardziej naturalne i korzystne warunki rozwoju niż grupa jednorodna pod względem wieku życia włączonych w nią dzieci. W takim mieszanym czy heterogenicznym środowisku wychowankowie otrzymują bogatą i bardziej zróżnicowaną stymulację, rośnie sieć relacji między nimi, kształtują się pozytywne kontakty społeczne. Każde dziecko, rozwijając się własnym tempem, ma możliwość odnalezienia w tak ukształtowanym otoczeniu osobowym bodźców i impulsów, które są na miarę jego potrzeb i możliwości. Przebywając w takiej grupie przez trzy lata, zajmuje w niej coraz to inną pozycję społeczną. Dzięki temu może pełnić różne role, kształtować różne umiejętności i cechy osobowości<sup>27</sup>.

Za równie istotny dla inkluzyjnej edukacji należy uznać kolejny walor omawianej metody, jakim są przejrzyste zasady pracy dydaktyczno-wychowawczej. Otóż rozwojowi społecznemu dzieci kształconych w systemie Montessori sprzyjają również zasady pracy dydaktyczno-wychowawczej. Do najważniejszych z nich należą: zasada indywidualizacji, samodzielności, swobody i wolności w działaniu, ograniczenia, ładu i porządku. Większość z nich zabezpiecza podmiotowy charakter kształcenia, umożliwia prawidłowy przebieg procesu przystosowania, wrastania dziecka w społeczeństwo i jego kulturę<sup>28</sup>. Owe zasady uznajemy za wysoce kompatybilne z tymi, jakie dotąd wskazywano za niezbędne dla skuteczności integracyjnego systemu kształcenia, jak też aktualnie lansowanej inkluzyjności coraz większej liczby dzieci z niepełnosprawnościami i/lub o specjalnych potrzebach w ogólnodostępnej, przedszkolnej i szkolnej edukacji.

<sup>25</sup> *Ibidem*.

<sup>26</sup> B. Bednarczuk, *Dziecko w klasie Montessori. Odniesienia teoretyczne i praktyczne*, Lublin 2007, s. 41–43.

<sup>27</sup> S. Guz, *op. cit.*

<sup>28</sup> Zob. *ibidem*; M. Miksza, *op. cit.*; U. Steenberg, *op. cit.*

## Włączanie metodą Montessori – przypadek dziecka ze spektrum autyzmu

Wskazane cechy i zarazem proinkluzyjne możliwości pedagogiki Montessori okazały się szczególnie znaczące i wartościowe dla Ani – dziewczynki z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, którą w wieku pięciu lat włączono do grupy przedszkolnej prowadzonej metodą Montessori. Poniżej prezentujemy wyniki obserwacji rocznych postępów dziecka w zakresie funkcjonowania w poszczególnych obszarach tzw. triady autystycznej. Warto również dodać, iż w roku szkolnym 2012/2013 dziewczynka nie otrzymywała żadnego profesjonalnego wsparcia poza tym zastosowanym w przedszkolu. Podczas pobytu w placówce miała ona zapewnioną terapię logopedyczną oraz wsparcie pedagoga specjalnego – zgodnie z zaleceniami zawartymi w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego.

Tabela 1. Wyniki obserwacji rocznych postępów dziecka z autyzmem w zakresie funkcjonowania w poszczególnych obszarach tzw. triady autystycznej

Ocena zachowania w trójce autystycznej	Obserwacja pierwsza (wrzesień 2012)	Obserwacja druga (wrzesień 2013)
Interakcje społeczne	Dziewczynka zdecydowanie lepiej radzi sobie w kontaktach z osobami dorosłymi niż z dziećmi. W relacjach z dziećmi ogranicza się zazwyczaj do kontaktu opartego na przedmiocie – ogólnie większość interakcji naprzemiennych ma charakter przedmiotowy, często schematyczny (zabieranie dziecku przedmiotu, który chce posiadać, zwracanie na siebie uwagi poprzez zachowania niepożądane, dążenie do powtarzalności pewnych interakcji). W trakcie zabaw potrafi naśladować inne dzieci, ale tylko pod warunkiem że zabawa jest prowadzona przez osobę dorosłą. Ania zna pewne normy społecznego funkcjonowania (np. wita się przez podanie ręki, mówi „dzień dobry”, „do widzenia” itp.), jednak samodzielnie rzadko się do nich stosuje, wymaga stymulacji ze strony innej osoby. Nieadekwatnie reaguje na emocje innych osób, potrafi jednak okazać sympatię i przywiązanie. Dąży do kontaktu fizycznego, jednak często jest to forma stymulacji, a nie potrzeba psychiczna. Ma problemy z kontrolowaniem i wyrażaniem emocji, jest labilna, a jej reakcje bywają nieadekwatne do bodźca czy sytuacji.	Dziewczynka zna imiona zarówno wszystkich wychowawczyń, jak i kolegów i koleżanek. Stosunkowo często inicjuje kontakt z dziećmi (spontanicznie włącza się w proste zabawy, zadaje pytania, np. „Co robisz?”). Bardzo pozytywnie reaguje na interakcje inicjowane przez inne dzieci. Wciąż jednak nie potrafi współdziałać podczas pracy. W istotny sposób zmniejszyła się ilość i natężenie zachowań niepożądanych, które pojawiają się zazwyczaj w sytuacji trudnej, nieznannej, przy osobach obcych. Ania zna zasady i normy obowiązujące w grupie, zazwyczaj samodzielnie się do nich stosuje, czasem wymaga przypomnienia. Zna i adekwatnie stosuje schematy komunikacyjne charakterystyczne dla określonych codziennych sytuacji – powitanie, pożegnanie, posiłek, praca. Zwiększyła się wrażliwość dziewczynki na stany emocjonalne innych osób, wciąż jednak jej reakcje są bardzo często nieadekwatne.



<b>Komunikacja</b>	Ania nawiązuje kontakt wzrokowy, w ograniczonym zakresie dzieli wspólne pole uwagi, w sposób werbalny i niewerbalny zdarza jej się zwracać uwagę osób znaczących, gdy chce podzielić się istotną dla niej informacją lub wyrazić swoją potrzebę. Uwidaczniają się trudności w naprzemiennym wypowiedaniu się, słabe używanie prozodii, mimiki i gestykulacji. W mowie czynnej dominują równoważniki zdań i zwroty dwuwyrzowe, ubogi jest zasób słownictwa, język idiosynkratyczny (echolalie, persewercje słowne, agramatyzmy). Wady artykulacyjne obejmujące sygmatyzm i rotacyzm.	Ania nawiązuje kontakt wzrokowy, dzieli wspólne pole uwagi, bardzo często zwraca uwagę osób znaczących na istotne dla niej kwestie. Prowadzi prosty dialog – częściej w kontakcie z osobą dorosłą. W mowie czynnej dominują zdania proste. Dziewczynka zadaje bardzo dużo pytań, znacznie wzrosło jej zainteresowanie otaczającym światem. Na zadane pytanie zawsze oczekuje wyczerpującej odpowiedzi. Poprawił się zasób słownictwa. W mowie spontanicznej utrzymują się persewercje i agramatyzmy. Poprawie uległ artykulacyjny aspekt mowy.
<b>Wzory zachowań i wyobraźnia</b>	U Ani zaobserwowano ubogi repertuar aktywności własnej w ciągu dnia. Inicjatywa dziecka ogranicza się zazwyczaj do aktywności stereotypowych lub zachowań niepożądanych. Zauważyć można niską gotowość zadaniową, trudności z koncentracją uwagi, hiperaktywność. Zabawy dziewczynki są mało zróżnicowane i schematyczne. Jest bardzo przywiązana do pewnych rytuałów, które sama tworzy, prowokuje powtarzanie określonych czynności i określonych zachowań.	Dziewczynka dostosowała się do schematu dnia narzuconego przez rzeczywistość przedszkolną. Poprawnie (z niewielkim wsparciem) pracuje z materiałem dydaktycznym. Potrafi sama dokonać wyboru aktywności, a wybrane zadanie zazwyczaj doprowadza do końca. W zachowaniu dziecka pojawiają się czasem proste zabawy oparte na wyobraźni. Utrzymuje się duże przywiązanie do schematów i rytuałów, których zmiana prowokuje wystąpienie zachowań trudnych.

Źródło: opracowanie własne.

## Refleksje końcowe

W kontekście przedstawionych wyników obserwacji można dyskutować o tym, czy i na ile niedyrektywna forma edukacji przedszkolnej, jaką stanowi metoda Montessori, jest dla dziecka autystycznego korzystna lub nie w sytuacji jego włączenia w społeczność pełnosprawnych rówieśników. Mamy zatem na uwadze wcześniej przywołany sąd B. Winczury, w którym autorka podkreśla trudności w znalezieniu tej właściwej, a więc skutecznej metody terapeutycznej dla dziecka z autyzmem niezależnie od postawionego celu terapii. W omawianym przypadku celem tym była inkluzja dziecka w grupę przedszkolną, która okazała się możliwa i dlatego warta kontynuowania. I choć nie ma w tej kwestii

jednoznacznie pozytywnych rozwiązań, bez wątpienia dla tego konkretnego, wyżej opisanego dziecka włączanie z wykorzystaniem metody Montessori jest słuszną drogą, a uzyskiwane efekty dają motywację do dalszej pracy.

Jak pisze M. Miksza:

Ponieważ wychowanie rozumiane było przez M. Montessori jako wspieranie, pomoc w indywidualnym rozwoju, osoby dorosłe miały za zadanie respektować rolę polaryzacji uwagi oraz zważyć na cel rozwoju – normalizację. Istotą wychowania miało być bowiem doprowadzenie dziecka do samodzielności, niezależności od dorosłych, odpowiedzialności i miłości świata<sup>29</sup>.

Czy można postawić lepsze, a więc bardziej trafne cele w wychowaniu, terapii i edukacji dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu? Z drugiej strony warto jednak się zastanowić nad tym, jak poradzi sobie dziecko autystyczne wychowywane z uwzględnieniem założeń metody Montessori w szkole ogólnodostępnej po zakończeniu edukacji przedszkolnej. To kolejny wart rozważenia i badań problem w kontekście wskazanych walorów tej metody.

## Bibliografia

- Bednarczuk B., *Dziecko w klasie Montessori. Odniesienia teoretyczne i praktyczne*, Lublin 2007.
- Chodkowska M., *Socjopedagogiczne aspekty edukacji integracyjnej – nadzieje i realia w warunkach reformy systemu oświaty*, [w:] *Pedagogika specjalna w reformowanym ustroju edukacyjnym*, red. Z. Palak, Lublin 2001.
- Chrzanowska I., *Funkcjonowanie dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim w szkole podstawowej*, Łódź 2003.
- Chrzanowska I., *Poziom osiągnięć szkolnych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi na etapie gimnazjum a forma organizacyjna kształcenia*, Łódź 2004.
- Chrzanowska I., *Zaniedbane obszary edukacji – pomiędzy pedagogiką a pedagogiką specjalną. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2009.
- Guz S., *Znaczenie metody M. Montessori dla rozwoju społecznego dziecka*, [w:] *Wielowymiarowość integracji w teorii i praktyce edukacyjnej*, red. M. Chodkowska, Lublin 2003.
- Kosakowski C., *Pedagogika specjalna w reformowanym ustroju edukacyjnym – implikacje*, [w:] *Pedagogika specjalna w reformowanym ustroju edukacyjnym*, red. Z. Palak, Lublin 2001.
- Krause A., *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Kraków 2010.
- Kruk-Lasocka J., *Autyzm czy nie autyzm? Problemy diagnozy i terapii pedagogicznej małych dzieci*, Wrocław 1999.
- Maciarz A., *Dziecko przewlekle chore w roli ucznia*, Kraków 1998.
- Maciarz A., *Normalizacja szansą likwidacji społecznego upośledzenia osób niepełnosprawnych*, [w:] *Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. Z. Janiszewska-Nieścioruk, Kraków 2005.

<sup>29</sup> M. Miksza, *op. cit.*, s. 39.

- Maciarz A., *Z teorii i badań społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych*, Kraków 1999.
- Miksza M., *Zrozumieć Montessori*, Kraków 2004.
- Pisula E., *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, Sopot 2012.
- Pisula E., *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk 2010.
- Sadowska S., *Ku edukacji zorientowanej na zmianę społecznego obrazu osób niepełnosprawnych*, Toruń 2005.
- Sadowska S., *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, Kraków 2006.
- Schalock R. L. i in., *Intellectual Disability. Definition, Classification and Systems of Supports*, Washington 2010.
- Steenberg U., *Pedagogika Marii Montessori w przedszkolu*, przeł. M. Jałowiec, Kielce 2004.
- Szumski G., *Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych. Sens i granice zmiany edukacyjnej*, Warszawa 2006.
- Szumski G., *Teoretyczne implikacje koncepcji edukacji włączającej*, [w:] *Uczeń z niepełnosprawnością w szkole ogólnodostępnej*, red. Z. Gajdzica, Sosnowiec 2011.
- Szumski G., *Wokół edukacji włączającej. Efekty kształcenia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w klasach specjalnych, integracyjnych i ogólnodostępnych*, Warszawa 2010.
- Uczeń z niepełnosprawnością w szkole ogólnodostępnej*, red. Z. Gajdzica, Sosnowiec 2011.
- Winczura B., *Dziecko z autyzmem*, [w:] *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, red. B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski, Kraków 2008.
- Zamkowska A., *Wsparcie edukacyjne uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim w różnych formach kształcenia na I etapie edukacji*, Radom 2009.
- Zaorska M., *Dziecko z wadą słuchu w szkole integracyjnej (implikacje dla praktyki)*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici, Pedagogika” 2009, z. 24.
- Zaorska M., *Wskaźniki skuteczności edukacji integracyjnej dzieci z zaburzeniami złożonymi*, [w:] *Problemy edukacji integracyjnej dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*, red. Z. Janiszewska-Nieścioruk, Kraków 2007.

## **Prowłaczające możliwości metody Marii Montessori w edukacji przedszkolnej dziecka z autyzmem**

**Streszczenie:** Podstawową przesłanką koncepcji edukacji włączającej dzieci o specjalnych potrzebach jest przekonanie, że w nowoczesnym świecie potrzebny jest jeden ogólnodostępny system kształcenia dla wszystkich uczniów. Jednak sprowadzanie edukacji włączającej do oferty ograniczonej w wyborze programowym i metodycznym, przy dużej różnorodności potrzeb edukacyjnych i społecznych wychowanków naraża ich na niepowodzenia, utrudnia osiągnięcie finalnego celu tej edukacji, jakim bez wątpienia powinna być społeczna integracja zarówno w środowisku szkolnym, jak i rodzinnym oraz lokalnym. Takie zagrożenie niestety wydaje się dość realne w kontekście dotychczasowych mało urozmaiconych rozwiązań w kształceniu uczniów z niepełnosprawnością. Niniejszy tekst jest próbą wskazania prowłaczających możliwości pedagogiki Montessori w przypadku ucznia z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

**Słowa kluczowe:** edukacja włączająca, zaburzenia ze spektrum autyzmu, pedagogika M. Montessori

## **Pro-inclusive capabilities of the Montessori method in pre-school education of autistic students**

**Summary:** The basic premise of the education's concept, which includes children with special needs, is the conviction that in the modern world, we need one, communal education system for all students. However, turning the inclusive education into a limited offer, in terms of program and methodology, puts a risk of failure on students and makes the aim of this type of education (which is the commonly understood social integration) difficult to reach especially when we consider the variety of socio-educational needs of the students. Unfortunately, such a threat seems to be quite realistic in the context of the past, little varied solutions in the education of disabled students. The following text is an attempt to indicate the opportunity of using the Montessori pedagogy for a student with autism.

**Keywords:** inclusive education, autistic spectrum disorders, Montessori pedagogy



Beata Jerzakowska

## Audiodeskrypcja jako tekst użytkowy. Propozycja wykorzystania techniki na lekcji języka polskiego pierwszym krokiem projektu edukacyjnego integrującego środowisko widzących i niepełnosprawnych wzrokowo

### Wprowadzenie

Definicja audiodeskrypcji (AD) ukuta przez jej prekursorów w Polsce, B. Szymańską i T. Strzymińskiego, głosi, że jest to przekład treści sztuki wizualnej na słowo w taki sposób, by umożliwić osobom niewidomym, niedowidzącym i ociemniałym samodzielny odbiór i odczytanie dzieła sztuki<sup>1</sup>.

Celem niniejszego artykułu jest zaproponowanie projektu edukacyjnego, który łączyłby środowisko widzących z niewidomymi i angażował uczniów należących do klas o różnych profilach. Za punkt wyjścia, konieczny do jego realizacji, uznaje się zapoznanie uczniów z techniką audiodeskrypcji jako narracją redagowaną na potrzeby osób niewidomych po to, by ułatwić im kontakt ze sztuką<sup>2</sup>. Podobny projekt został zaprezentowany w ramach wystąpienia podczas Festiwalu Filmów z AD w Płocku przez wydelegowaną studentkę należącą do studenckiego Naukowego Koła Audiodeskryberów UAM w Poznaniu<sup>3</sup>.

Motywacją do podjęcia tego tematu były zarówno zainteresowania autorki, jak i prowadzony przez nią fakultet: „Jak malować słowem, czyli kurs audiodeskrypcji dla początkujących”, który pokazał, że potrzebne jest mówienie o AD oraz podejmowanie działań zmierzających ku rozpowszechnianiu wiedzy na

<sup>1</sup> Zob. B. Szymańska, T. Strzymiński, *Obrazy słowem malowane*, Białystok 2010, s. 4.

<sup>2</sup> W zależności od specyfiki sztuki audiodeskrypcja przyjmuje różne formy. Dla filmów jest to relacja sprawozdawcza wplataną między dialogi bohaterów, relacjonująca, co dzieje się w tle. Dla sztuki teatralnej to także dodatkowa ścieżka dźwiękowa opisująca, co dzieje się na scenie, odczytywana na żywo.

<sup>3</sup> Na Wydziale Filologii Polskiej i Klasycznej UAM w roku akademickim 2011/1012 ukonstytuowało się Naukowe Koło Audiodeskryberów, którego członkowie realizują projekty związane z AD, nawiązują kontakty ze środowiskiem potencjalnych odbiorców AD i mają na celu promowanie techniki w szerszych kręgach, wykraczających poza środowisko studentów. O NKA i jego projektach można przeczytać na stronie internetowej: <http://www.naukowe-kolo-audiodeskryberow.manifo.com>.

jej temat<sup>4</sup>. Ze względu na ograniczenia techniczne w tekście pomija się genezę audiodeskrypcji, jej rozwój w Polsce i na świecie oraz stan badań. Zgodnie z jego tytułem uwaga skupia się na konkretnej propozycji działania, które ma popularyzować AD, integrować widzących z niewidomymi i pokazać, że AD to tekst użytkowy.

## Tworzenie wypowiedzi pisemnych na lekcjach języka polskiego w gimnazjum i w liceum

Zgodnie z podstawą programową uczeń gimnazjum

[...] tworzy spójne wypowiedzi ustne (monologowe i dialogowe) oraz pisemne w następujących formach gatunkowych: urozmaicone kompozycyjnie i fabularnie opowiadanie, opis sytuacji i przeżyć, zróżnicowany stylistycznie i funkcjonalnie **opis zwykłych przedmiotów lub dzieł sztuki**, charakterystyka postaci literackiej, filmowej lub rzeczywistej, sprawozdanie z lektury, filmu, spektaklu i ze zdarzenia z życia, rozprawka, **podanie**, **życiorys** i CV, **list motywacyjny**, **dedykacja**; dostosowuje odmianę i styl języka do gatunku, w którym się wypowiada<sup>5</sup>.

Z kolei w części poświęconej liceum, w podrozdziale podstawy programowej zatytułowanej *Tworzenie wypowiedzi*, znajduje się informacja, że uczeń „[...] tworzy dłuższy tekst pisany lub mówiony (rozprawka, recenzja, referat, interpretacja utworu literackiego lub fragmentu) zgodnie z podstawowymi regułami jego organizacji, przestrzegając zasad spójności znaczeniowej i logicznej”<sup>6</sup>.

Nietrudno zauważyć, że nacisk na poznawanie form użytkowych został położony w gimnazjum. To na III etapie edukacyjnym uczniowie poznają nowe teksty użytkowe, natomiast na IV doskonalą umiejętności ich redagowania. Do tekstów użytkowych należą np. opisy, podania, życiorysy, listy motywacyjne, zaproszenia, ogłoszenia, listy urzędowe, dedykacje oraz każdy tekst, który służy do realizacji codziennych celów komunikacyjnych.

## AD jako tekst użytkowy

Audiodeskrypcja, o czym powiedziano na wstępie, jest opisem dzieła sztuki redagowanym na potrzeby niewidomych, niedowidzących i ociemniałych. Two-

<sup>4</sup> Fakultet zorganizowany na WFPIK UAM obejmował 30 godzin dydaktycznych.

<sup>5</sup> MEN, *Podstawa programowa z komentarzami*, t. 2: *Język polski w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, 3.1.1, s. 38, [https://archiwum.men.gov.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2062%3Atom-2-jzyk-polski-w-szkole-podstawowej-gimnazjum-i-liceum-&catid=230%3Aksztacenie-i-kadra-ksztacenie-ogolne-podstawa-programowa&Itemid=290](https://archiwum.men.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=2062%3Atom-2-jzyk-polski-w-szkole-podstawowej-gimnazjum-i-liceum-&catid=230%3Aksztacenie-i-kadra-ksztacenie-ogolne-podstawa-programowa&Itemid=290), [dostęp: 30.03.2014].

<sup>6</sup> *Ibidem*, s. 48.

rzy się ją po to, by umożliwić osobom z dysfunkcjami wzroku samodzielny odbiór i interpretację obrazu, rzeźby, architektury czy sztuki teatralnej i filmowej. Innym celem audiodeskrypcji jest otwarcie instytucji kultury na potrzeby osób niepełnosprawnych i niwelowanie różnic między widzzącymi i niewidomymi, które ci drudzy napotykać nie tylko w architekturze miejskiej, ale także w dostępie do sztuki.

Technikę tę, jak już wcześniej wspomniano, można traktować jako formę tekstu użytkowego, ponieważ jest to opis dzieła sztuki. Fundamentalna różnica pomiędzy AD i tradycyjnym opisem polega na tym, że autor AD nie powinien oceniać i wyrażać subiektywnego stosunku do dzieła. Plastyczność języka jest także bardziej ograniczona, ponieważ poetyka narracji nie powinna przysłonić istoty treści obrazu. Także kwestia interpretacji, pozostająca w AD sprawą problematyczną, nie jest do końca sprecyzowana. Zaleca się, by unikać odpowiadania na pytania zdradzające głębszy sens dzieła i jego przesłanie. Stawia się na obrazowość języka w takim zakresie, by pomóc niewidomemu odbiorcy w samodzielnej interpretacji. Opis nie ma być wytłumaczeniem sensu dzieła, lecz narzędziem, za pomocą którego można samodzielnie ów sens odczytać<sup>7</sup>.

Warto przedstawić analizę przykładowej AD, by uzasadnić traktowanie tej formy wypowiedzi jako tekstu użytkowego. Zdecydowano się wybrać obraz Józefa Chełmońskiego, ponieważ zawiera wszystkie elementy, na które warto zwrócić uwagę w czasie analizy oraz przy samodzielnej redakcji audiodeskrypcji.

\*

Obraz Józefa Chełmońskiego, *Jesień*, 1897 rok; technika: olej na płótnie, wymiary 95 x 124 cm, własność: Muzeum Narodowe w Poznaniu.

Obraz przedstawia dwóch pastuszków przy ognisku tłącym się na polu o zmierzchu. Dolna połowa obrazu zdominowana jest przez ciemne brzozy i zieleń. Górna operuje jasnymi, pastelowymi barwami szarości, różu i żółceni.

Pośrodku obrazu dymiące ognisko. Z jego prawej strony mały, kilkuletni chłopiec. Klęczy na trawie, zwrócony w lewo. Lewą ręką wspiera się o ziemię. W prawej dłoni trzyma patyk, który wkłada w ognisko z tłącej się trawy. Chłopiec wpatruje się w kłęb gęstego szarego dymu, unoszącego się w lewo. Na głowie chłopca duża ciemnozielona czapka z szerokim brązowym otokiem. Ciało okrywa długi obszerny płaszcz. Bose, brudne stopy wystają spod płaszcza.

<sup>7</sup> Poradniki na temat redagowania AD zalecają, by unikać interpretacji, jednak żaden z nich nie rozstrzyga dokładnie, co w AD jest rozumiane jako interpretowanie. Więcej w artykule poświęconym temu zagadnieniu: B. Jerzakowska, *Interpretacja w audiodeskrypcji – próba zdefiniowania potocznego rozumienia zagadnienia z punktu widzenia niewidomych i widzjących użytkowników języka* [w przygotowaniu], w którym autorka dochodzi do wniosku, że interpretowanie to tłumaczenie ukrytych sensów i przesłania danego dzieła, nie nazywanie emocji, zawodów, itp. Interpretacją byłoby nie stwierdzenie, że postać na obrazie jest zadowolona (na co wskazuje np. uśmiech), lecz spekulowanie na temat przyczyn zadowolenia, które nie są widoczne na obrazie.



Po prawej stronie, tuż za kłęczącym pastuszkim, stoi drugi chłopiec. Z przechyloną na lewe ramię głową przygląda się poczynaniom kłęczącego chłopca. Na głowie ma wysoką brązową czapkę z okrągłym rondem. Wokół główki czapki przewiązany jest jasny sznurek. Ubrany jest w długi szarobrązowy płaszcz związany w pasie. Na ramionach czerwona peleryna, ozdobiona zielonymi i żółtymi wzorami. Jego stopy są bose.

W tle, za ogniskiem i chłopcami, pasące się krowy. Po lewej brązowa krowa. Biegnie truchtem w prawo. Po prawej, na linii horyzontu, stado brązowych krow. Wśród nich niewyraźna kobieca postać okutana w czerwoną chustę.

Ponad horyzontem bladuróżowa poświata. Zmienia barwę nieba na żółto-szarą. Barwy nieba odbijają się w kłębach dymu z ogniska.

Józef Chełmoński należy do najwybitniejszych przedstawicieli polskiego realizmu, który kształtował się w drugiej połowie XIX wieku.

Szczególnymi cechami Chełmońskiego jako malarza były wrażliwość na piękno natury i zmysł dogłębnej obserwacji realiów życia na wsi. Zaowocowały one powstaniem jednych z najpiękniejszych pejzaży w malarstwie polskim oraz pełnych wigoru i dynamizmu wiejskich scen rodzajowych. Realistyczne cechy malarstwa Chełmońskiego związane są z treścią jego obrazów oraz umiejętnością trafnego oddawania nastroju przedstawianych scen. W obrazie *Jesień* na szczególną uwagę zasługuje unoszący się znad ogniska dym, który przywołuje atmosferę charakterystycznego dla tej pory roku zwyczaju palenia ogniska i pieczenia ziemniaków.

Ilustracja 1. Józef Chełmoński, *Jesień*



Wnioski, na wyprowadzenie których pozwala pobieżna analiza zacytowanego tekstu, dotyczące redagowania AD to:

- 1) trójdzielna kompozycja:
  - wstęp: metryczka i globalne ujęcie tematu;
  - rozwinięcie: opis szczegółowy;
  - zakończenie: ciekawostki na temat artysty, prądu w sztuce i detali, na które warto zwrócić uwagę;
- 2) dominacja równoważników zdań;
- 3) niejasność w precyzowaniu kierunków<sup>8</sup>, np. zdanie „Po prawej stronie, tuż za klęczącym pastuszkim, stoi drugi chłopiec” odnosi się oczywiście do prawej strony obrazu, ale „Klęczy na trawie, zwrócony w lewo” stanowi problem, ponieważ nie wiadomo, czy chodzi o „lewo” obrazu czy postaci<sup>9</sup>;
- 4) nagromadzenie nazw kolorów<sup>10</sup>;
- 5) sytuowanie na obrazie odbywa się konsekwentnie, nie ma przeskakiwania z punktu do punktu, lokalizacji służą określenia, takie jak: góra, dół, w tle, ponad horyzontem, po prawej, po lewej<sup>11</sup>;
- 6) odpowiadanie na pytania: co jest na obrazie?, co przedstawia?;
- 7) unikanie odpowiedzi na pytania: dlaczego tak? co to znaczy?<sup>12</sup>

Wymienione powyżej wnioski, dotyczące obrazu *Jesień*, wpisują się w ogólne zasady tworzenia audiodeskrypcji sztuki malarskiej, które autorka przedstawiła w tekście pt. *Zobaczyć słowo. Kilka uwag o technice audiodeskrypcji w malarstwie*<sup>13</sup>. Powyższy przykład pokazuje również, że słusznie można traktować AD jako tekst użytkowy, ponieważ jej celem jest zapozna-

<sup>8</sup> Na podstawie licznych analiz autentycznych AD powstałych na potrzeby różnych wystaw zauważa się, że konsekwencja w nazywaniu kierunków i jej jasne precyzowanie jest, obok definicji interpretacji, jedną z największych trudności, przed którymi stają autorzy opisów kierowanych dla osób z dysfunkcją wzroku.

<sup>9</sup> Więcej na temat tego, w jaki sposób prowadzić narrację, by kierunki i lokalizacja na obrazie były jednoznaczne, można przeczytać w tekście autorki, w którym analizowała audiodeskrypcję *Doryforosa* (B. Jerzakowska, *Jak osiągnięcia współczesności mogą pomóc niewidomym poznać sztukę antyczną?*, [w:] *W kręgu antycznych fascynacji*, red. H. Kowalski, A. Bińkowska, M. Przybyszewska, Warszawa 2013, s. 7–16).

<sup>10</sup> Oczywiście wydaje się, że niewidomi (także ci, którzy nigdy nie widzieli) chcą, by nazywać kolory. W swojej percepcji dysponują oni albo zachowaną pamięcią wzrokową (ociemniałi), albo szczątkowym widzeniem światła i kształtów czy kolorów (niedowidzący), albo wrażeniami surogatowymi, czyli zastępczymi, dostarczanymi przez inne bodźce. Trafną ilustracją surogatów jest publikacja, która powstała z myślą o dzieciach pt. *Czarna książka kolorów*. Traktuje ona o tym, że kolor może mieć smak, może szeleścić, może pachnieć itd.

<sup>11</sup> Punkty odniesienia użyte w celu lokalizacji są płynne i motywowane tematem obrazu.

<sup>12</sup> Zob. B. Jerzakowska, *Interpretacja w audiodeskrypcji...*

<sup>13</sup> Zob. B. Jerzakowska, *Zobaczyć słowo. Kilka uwag o technice audiodeskrypcji w malarstwie*, [w:] *Tekst – kontekst – intertekst*, red. O. Kielak, A. Kowalska, J. Szadura, Lublin 2013, s. 211–226.

nie widza z dysfunkcją wzroku z dziełem oraz umożliwienie mu pełniejszego obcowania ze sztuką malarską.

Autorka niniejszego artykułu w innych publikacjach zwraca uwagę na to, że termin „audiodeskrypcja” jak dotąd nie został odnotowany w słownikach<sup>14</sup>. Jest on zawsze rozumiany przez nią jako **technika werbalnego opisywania sztuki osobom niewidomym i niedowidzącym tak, by umożliwić im samodzielną interpretację oraz indywidualny odbiór.**

W prezentowanym tutaj tekście uwaga skupi się przede wszystkim na AD sztuki statycznej (a dokładniej: malarstwa), ponieważ właśnie takie opisy najlepiej spełniają założenia tekstów użytkowych, wpisujących się w rozumienie tej formy wypowiedzi w myśl podstawy programowej<sup>15</sup>.

Mimo że metodologia AD oraz zasady redagowania są nadal opracowywane, na podstawie analizy już istniejących tekstów można dostrzec pewne prawidłowości. W niniejszym artykule akcent zostanie położony tylko na kilka zasadach, tzn.: unikać interpretacji<sup>16</sup>, opisywać od ogółu do szczegółu, prowadzić narrację w sposób konsekwentny i nie budować zbyt długich zdań.

## Propozycja zajęć

Roboczy temat projektu to: „Przygotowanie i instalacja wystawy integracyjnej pt. *Posłuchać obrazów*”. Podzielono go na dwie części: przygotowawczą, obejmującą cztery godziny dydaktyczne, oraz ekspozycyjną, na którą zaproszeni zostaną potencjalni odbiorcy i podczas której autorzy wystawy zaprezentują efekty swojej pracy.

Projekt może być adresowany do uczniów zarówno gimnazjum, jak i liceum. Jego celem jest nie tylko zapoznanie młodzieży z audiodeskrypcją i uświadomienie jej na temat różnych możliwości wykorzystania tej techniki, ale także uwrażliwienie uczniów widzących na potrzeby niewidomych kolegów. Z punktu widzenia wychowanków niewidomych projekt będzie pokazywał, że niepełnosprawność nie wyklucza ani z życia społecznego, ani z uczestnictwa w kulturze.

## Zajęcia teoretyczne

Zajęcia teoretyczne przewidziano na dwie godziny dydaktyczne. Podczas tych lekcji uczniowie drogą dedukcji i samodzielnej analizy mają wyprowadzić zasady opisywania obrazów. Nauczyciel na wstępie opowie, czym jest audiode-

<sup>14</sup> Tego hasła nie notują ani słowniki wyrazów obcych, ani słowniki języka polskiego.

<sup>15</sup> Z obszaru analizy wyłączono AD filmów i spektakli teatralnych, ponieważ charakteryzują się one własną specyfiką audiodeskrypcji (zob. przyp. 2).

<sup>16</sup> Zob. rozumienie interpretacji z przyp. 7.

skrypcja i gdzie znajduje zastosowanie, ale ukierunkuje uwagę klasy na AD obrazów. Propozycją wartą uwagi jest zapoznanie zainteresowanych uczniów z AD innych form, np. na zajęciach dodatkowych w ramach działającego w szkole koła zainteresowań.

Część analityczna zajęć teoretycznych powinna się odbywać na podstawie autentycznych AD, które napisano na potrzeby różnych wystaw. Nauczyciel przynosi takie opisy i na początku rozdaje każdemu uczniowi ten sam tekst, po czym prosi o jego uważne przeczytanie. Po pierwszej lekturze tekstu zadaje pytania, ukierunkowując na analizę kompozycji i sposobu prezentacji dzieła. Pytania mogą dotyczyć np. sposobu kadrowania, przedstawienia kompozycji obrazu, treści zawartych w każdej z części (wstęp, rozwinięcie, zakończenie), sposobu opisywania barw czy interpretacji. Po uzyskaniu satysfakcjonujących odpowiedzi, w których uczniowie ustalają, że opis odbywa się od ogółu do szczegółu, że wstęp stanowi metryczkę, rozwinięcie – ekspozycję treści, zakończenie ukierunkowuje propozycję odczytania, że opis nie unika nazywania barw, ale nie zdradza symbolicznego sensu, warto sporządzić na tablicy rejestr takich zasad.

## Pisanie

Redagowanie samodzielnych opisów, podobnie jak część analityczną, przewidziano także na dwie godziny dydaktyczne i zaplanowano je jako zadanie wykonywane w parach. Na te zajęcia nauczyciel przynosi przykładowe reprodukcje, które łączy jeden motyw, stanowiący podstawę do tematu wystawy, a następnie rozdziela je między uczniów.

Przed przystąpieniem do opisywania można zasugerować, by uczniowie sporządzili listy, wskazujące to, co ich zdaniem należy uwzględnić w audiodeskrypcji, i przedyskutowali je z kolegą, z którym współpracują. Warto zadbać o to, by obrazy nie były skomplikowane i bardzo szczegółowe, raczej należy unikać malarstwa abstrakcyjnego i scen batalistycznych. Na III i IV poziomie edukacyjnym, gdy uczniowie spotykają się po raz pierwszy z audiodeskrypcją, lepiej sprawdzą się sceny statyczne, których opisanie nie będzie bardzo trudne. Jeśli uczniowie będą przekonani, że sprostają zadaniu, stanie się to dla nich dodatkową motywacją do pracy. Uzasadnione też wydaje się **ograniczenie objętości opisu** po to, by narracje nie rozrastały się na skutek chęci opisu „wszystkiego”. Warto, by nauczyciel przestrzegł uczniów, że lepiej **nie wnikać w najdrobniejsze szczegóły**, i uargumentował to stanowiskiem reprezentowanym przez potencjalnych odbiorców. Sami niewidomi mówią bowiem, że nie potrzebują opisów bardzo szczegółowych.

Na potrzeby artykułu zdecydowano się zaproponować dziesięć dzieł, które łączy wspólny motyw książki. Wybrano następujące prace:

- *Naughty Boy or Compulsory Education* – Briton Rivière,
- *Św. Magdalena z księgą* – Roger van der Weyden,

- *Zaczytana* – Teodor Axentowicz,
- *Św. Augustyn* – Caravaggio,
- *Bibliotama* – Jacek Yerka,
- *Bibliotekarz* – Giuseppe Arcimboldo,
- *Czytelnik* – Carl Spitzweg,
- *Martwa natura z Biblią* – Vincent van Gogh,
- *Maska i książki* – Władysław Ślewiński,
- *Nocne lektury* – Jacek Yerka.

Opisy proponowanych dzieł nie powinny się wydawać trudne w przygotowaniu zarówno licealistom, jak i gimnazjalistom. Są to obrazy nieskomplikowane, nie przedstawiają wielu elementów, nie jest to malarstwo abstrakcyjne, które mogłoby stwarzać trudności w oddaniu treści poprzez opis.

Poniżej przykładowa AD obrazu van Gogha.

\*

Obraz Vincenta van Gogha, pt. *Martwa natura z Biblią*. Rok powstania: 1885, technika: olej na płótnie. Wymiary: 65,7 x 78,5 cm. Własność: Muzeum Vincenta van Gogha.

Obraz przedstawia rozpostartą grubą księgę oraz mniejszą książkę. Obie leżą na obrusie. Dominują barwy ciepłe: odcienie żółci, pomarańczy i brązów. Na ich tle kontrastują ze sobą czerni głębi obrazu oraz biel wybijająca się na marginesach Biblii i grzbiecie drugiej, zamkniętej książki. Na powierzchni obrazu można dostrzec niedbałe pociągnięcia pędzla, zdradzające sposób i kierunek malowania.

W centrum dominującą część obrazu zajmuje rozpostarta Biblia. Ułożona na stole pokrytym pomarszczonym obrusem. Nieco przechylona od lewej części obrazu ku prawej. Na kartach księgi można wyróżnić plamy imitujące tekst, układający się w dwie kolumny. Przed nią, tuż przy brzegu stołu leży druga książka z żółtą, poszarpaną okładką. To prawdopodobnie *La Joie de Vivre (Radość życia)* Emila Zoli. Zamknięta, ułożona ukosem tak, że z rantem stołu tworzy kąt ostry. Po prawej stronie Biblii znajdują się dwa świeczniki. Jeden, kształtem zbliżony do czterech kul ułożonych jedna na drugiej, z upaloną białą świecą; drugi – prosty i bez świecy.

*Martwa natura z Biblią* to jedno z nielicznych dzieł van Gogha, które jest pełne symboliki. Symbolem jest i upalona świeca, i powieść Zoli. Sam autor o obrazie w liście do brata Theo pisał tak: „W odpowiedzi na Twój opis studium Maneta wysyłam Ci martwą naturę z Biblią, w przełamanej bieli, oprawioną w skórę, na czarnym tle z tyłu i na żółto-brązowym z przodu, z domieszką cytrynowej żółci”. Kilka dni później wysłał także inspirującą go Biblię z komentarzem: „Załączam Ci książkę Ch. Blanca w pudełku z obrazami oraz Biblię, którą ci w domu dali mi dla Ciebie, na podstawie której namalowałem martwą naturę”. Co malarz chciał przekazać odbiorcy, umieszczając kano-

niczną Biblię obok dzieła naturalistycznego? Czego symbolem jest lichtarz ze zgaszoną świecą?

Ilustracja 2. Vincent van Gogh, *Martwa natura z Biblią*



Źródło: [http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Van\\_Gogh\\_-\\_Stilleben\\_mit\\_Bibel.jpeg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Van_Gogh_-_Stilleben_mit_Bibel.jpeg), [dostęp: 23.08.2014].

## Wystawa dla niewidomych

Efektom poznawania warsztatu redagowania audiodeskrypcji jest jej praktyczne zastosowanie, czyli udostępnienie w kręgu potencjalnych odbiorców. W tym celu proponuje się nawiązanie współpracy z ośrodkami dla niewidomych (szkoły, oddziały Polskiego Związku Niewidomych itd.) po to, by zaprezentować rezultaty pracy uczniów, a jednocześnie zorganizować wystawę, dzięki której niewidomi będą mogli uczestniczyć w wydarzeniu z rodzaju tych oferowanych przez instytucje kultury.

Proponuje się, by audiodeskrypcja do wybranych obrazów została odczytana na żywo. To nie tylko pomoże uniknąć problemów technicznych związanych z nagraniami oraz zainstalowaniem ich przy opisach, ale także zaktywizuje uczniów, którzy mają potencjał do pracy z głosem. Co prawda wówczas zwiedzanie będzie przypominało wycieczkę od punktu do punktu, jednak dzięki temu (inaczej niż jest to zazwyczaj praktykowane w galeriach

i muzeach, gdzie, ze względu na wielość zgromadzonych i prezentowanych prac, obowiązuje dowolność zwiedzania) każdy zainteresowany będzie mógł poznać wszystkie dzieła. Jeśli np. zaplanuje się układ eksponatów tak, by tworzyły one integralną całość, a każdy obraz będzie elementem jednej historii, zwiedzanie wystawy zgodne z rozplanowaniem przestrzeni będzie jak najbardziej uzasadnione. Dodatkowo, jeśli zwiedzającymi będą uczniowie niepełnosprawni wzrokowo, można zaprojektować dla nich ćwiczenie, do wykonania którego konieczne będzie poznanie całej wystawy.

## Konkluzja

Powyższe rozważania miały pokazać inne ujęcie AD (jako tekstu użytkowego) oraz zaproponować możliwości wykorzystania jej na szerszą skalę, które wykracza poza teoretyzowanie na lekcjach języka polskiego. Jest to też sposób na zastosowanie w praktyce przekazanej uczniom wiedzy tak, by sami widzieli sens podejmowanych przez nich aktywności. Rozważania przedstawione w niniejszym artykule prowadzą do kilku wniosków.

Opisanie obrazu osobie, która nigdy nie wiedziała, jest sporym wyzwaniem. Warto wprowadzić lekcje, na których uczniowie poznają tę technikę, ponieważ dzięki temu coraz więcej pełnosprawnych będzie się otwierało na potrzeby niewidomych i będzie chciało niwelować nie tylko różnice architektoniczne, ale także trudności, na które wciąż napotykają niepełnosprawni wzrokowo, gdy chcą się udać na wystawę do galerii. Uświadamianie społeczeństwa już na etapie szkolnym być może przyczyni się do tego, że w przyszłości AD w kinach, teatrach czy muzeach przestanie być okazjonalnym wydarzeniem, a stanie się codzienną praktyką.

## Bibliografia

- Cottin M., Faria R., *Czarna książka kolorów*, przeł. M. Jordan, Warszawa 2012.
- Jerzakowska B., *Ekfrazja poetycka a audiodeskrypcja*, „Polonistyka” 2013, nr 5, s. 10–13.
- Jerzakowska B., *Ekfrazja poetycka i audiodeskrypcja jako formy opisu dzieła malarskiego* [w przygotowaniu].
- Jerzakowska B., *Interpretacja w audiodeskrypcji – próba zdefiniowania potocznego rozumienia zagadnienia z punktu widzenia niewidomych i widzących użytkowników języka* [w przygotowaniu].
- Jerzakowska B., *Jak osiągnięcia współczesności mogą pomóc niewidomym poznać sztukę antyczną?*, [w:] *W kręgu antycznych fascynacji*, red. H. Kowalski, A. Bińkowska, M. Przybyszewska, Warszawa 2013, s. 7–16.
- Jerzakowska B., *Zobaczyć słowo. Kilka uwag o technice audiodeskrypcji w malarstwie*, [w:] *Tekst – kontekst – intertekst*, red. O. Kielak, A. Kowalska, J. Szadura, Lublin 2013, s. 211–226.

MEN, *Podstawa programowa z komentarzami*, t. 2: *Język polski w szkole podstawowej, gimnazjum i liceum*, [https://archiwum.men.gov.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2062%3Atom-2-jzyk-polski-w-szkole-podstawowej-gimnazjum-i-liceum-&catid=230%3Aksztacenie-i-kadra-ksztacenie-ogolne-podstawa-programowa&Itemid=290](https://archiwum.men.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=2062%3Atom-2-jzyk-polski-w-szkole-podstawowej-gimnazjum-i-liceum-&catid=230%3Aksztacenie-i-kadra-ksztacenie-ogolne-podstawa-programowa&Itemid=290), [dostęp: 30.03.2014].

Sławiński J., *Miejsce interpretacji*, Gdańsk 2006.

Szymańska B., Strzymiński T., *Obrazy słowem malowane*, Białystok 2010.

### **Audiodeskrypcja jako tekst użytkowy. Propozycja wykorzystania techniki na lekcji języka polskiego pierwszym krokiem projektu edukacyjnego integrującego środowisko widzących i niepełnosprawnych wzrokowo**

**Streszczenie:** W artykule zaprezentowano projekt edukacyjny łączący uczniów widzących i niewidomych. Zaproponowano wyjście od pojęcia audiodeskrypcji (technika opisywania sztuki osobom niewidomym) i traktowanie jej jako przykład tekstu użytkowego. Przedstawiono możliwości aktywizacji uczniów reprezentujących różne talenty i należących do klas o różnych profilach.

**Słowa kluczowe:** język polski, audiodeskrypcja, niewidomi, tekst użytkowy

### **Audio description as a utility text. A suggestion of using the technique at school as a first step of the educational project aiming at integrating fully sighted and visually impaired students**

**Summary:** This paper is about an educational project which connects fully sighted and visually impaired pupils. The first step in this project is defining audio description (which is describing art to the visually impaired) and using it as a utility text. This article presents different activities for seeing and visually impaired pupils who belong to different profile classes at school and who manifest different talents.

**Keywords:** Polish, audio description, blind people, visually impaired, utility text





Patrycja Kozera-Mikuła

## Dysleksja u młodzieży gimnazjalnej – diagnostyczne i terapeutyczne aspekty pomocy psychologiczno-pedagogicznej

### Wprowadzenie

Problem dysleksji rozwojowej dotyczy dzieci z trudnościami w uczeniu się, które nie osiągają powodzenia w nauce „pomimo prawidłowego poziomu inteligencji, dojrzałości w ogólnym rozwoju, przebywania we właściwym środowisku kulturowym i odpowiednich warunków dydaktycznych dla przyswojenia wiedzy i umiejętności szkolnych”<sup>1</sup>. Takie problemy w nauce rozumiane są jako „specyficzne trudności w uczeniu się”. Wyróżnić wśród nich można trudności w czytaniu, czyli dysleksję, w opanowaniu kaligraficznego pisma, czyli dysgrafię, w opanowaniu poprawnej pisowni – dysortografię, a także trudności w nabywaniu umiejętności matematycznych, zwane dyskalkulią.

Dysleksja rozwojowa zdiagnozowana najczęściej już w pierwszych latach edukacji szkolnej jest przyczyną wielu problemów natury zarówno dydaktycznej, społecznej, jak i emocjonalnej u młodzieży gimnazjalnej. Motywowani przez rodziców i nauczycieli do pracy nad poprawą techniki czytania i pisania uczniowie szkół podstawowych na etapie gimnazjum stają się zbuntowanymi nastolatkami, które przytłoczone ogromem wymagań edukacyjnych, zmagając się z intensywnymi zmianami w swoim ciele i psychice, deklarują, że nie mają już motywacji do ćwiczeń ortograficznych czy treningu czytania.

Dysleksja to nie tylko problemy z czytaniem i pisanem, ale przede wszystkim uogólnione trudności z posługiwaniem się językiem. We współczesnej rzeczywistości chaotycznych, mozaikowych przekazów medialnych to obraz wydaje się dominującym środkiem komunikacji. Jednak cały system powszechnej edukacji wciąż bazuje na przekazach literackiego języka polskiego. Co więcej, język jest wciąż najważniejszym kluczem umożliwiającym dostęp do kultury, nawet tej popularnej. Przecież korzystanie z Internetu czy czytanie napisów w kinie wymaga biegłości w czytaniu ze zrozumieniem tekstów pisanych. Można więc zaryzykować twierdzenie, że młodzież dyslektyczna ma znacznie utrudniony, a może nawet uniemożliwiony dostęp do zasobów kultury i nauki.

---

<sup>1</sup> M. Bogdanowicz, *Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci – nowa definicja i miejsce w klasyfikacjach międzynarodowych*, „Psychologia Wychowawcza” 1996, nr 1, s. 13.

## Charakterystyka okresu dojrzewania

Okres dojrzewania jest jednym z najtrudniejszych i najważniejszych etapów w rozwoju człowieka w biegu życia. Zachodzące wówczas gwałtowne zmiany w sferze zarówno fizycznej, emocjonalnej, społecznej, jak i duchowej powodują, że jest to czas zmagania się nastolatka ze sobą, swoim ciałem, emocjami i całym światem wokół. Jeśli brakuje w tym okresie wsparcia ze strony środowiska rodzinnego i szkolnego, etap adolescencji może spotęgować problemy emocjonalne młodego człowieka i wywołać kryzys tożsamości. Sposób, w jaki zostanie on rozwiązany, decyduje często o dalszym życiu, samorozwoju i satysfakcji z siebie. Czas adolescencji to też czas nieuchronnego buntu przeciw światu dorosłych, dążenia do samodzielności, na którą często nie pozwalają jeszcze opiekunowie. Sytuacja ta bardzo często prowadzi do poważnych konfliktów w relacjach między rodzicami i nauczycielami a nastolatkami.

Adolescencja to także intensywny rozwój poznawczy. Nastolatek posiada już bowiem zdolność logicznego i abstrakcyjnego myślenia, zdolność do refleksji, autorefleksji i rozważań moralnych. Dziecko, zdaniem Piageta, wkracza wówczas w okres rozwoju operacji formalnych, dzięki którym następuje całkowite uwolnienie myślenia od bezpośredniego doświadczenia, struktury poznawcze osiągają pełną dojrzałość, a potencjalna zdolność myślenia i rozumowania funkcjonuje na najwyższym poziomie. Można powiedzieć, że możliwości intelektualne i pamięć osiągają apogeum rozwojowe<sup>2</sup>. Rozwijają się zasób słownictwa, rozumienie metafory i symbolicznego sensu wypowiedzi. Rozwijają się też zainteresowania społeczne i polityczne, kształtują się i krystalizują zainteresowania i pasje młodego człowieka. Jest on teraz zdolny do wyznaczania odległych celów i planowania swoich działań, co stanowi warunek konieczny do podjęcia kluczowych w tym okresie decyzji o dalszej drodze edukacyjnej i zawodowej. Nastolatek powinien więc coraz lepiej poznawać siebie, potrafić ocenić obiektywnie swoje mocne i słabe strony, skonfrontować je z marzeniami, tak aby jak najlepiej wybrać kierunek dalszego kształcenia. Ze społecznego punktu widzenia cechą najistotniejszą okresu dorastania jest to, że jednostka nie uważa się już za dziecko, zaczyna czuć się równa dorosłym, tworzy wizję stawania się członkiem społeczeństwa i odgrywania w nim ważnej roli<sup>3</sup>. Umożliwia to, zdaniem Piageta, rozwój uczuciowy i poznawczy<sup>4</sup>.

Ponieważ rozwój intelektualny w okresie adolescencji powinien być bardzo intensywny, rosną też wymagania edukacyjne i społeczne wobec młodego człowieka. Tym boleśniesz dla dziecka są więc ujawnione wówczas, a często zaniedbane środowiskowo na wcześniejszych etapach rozwojowych deficyty poznawcze upośledzające procesy uczenia się, rozumienia tekstu, zapamięty-

<sup>2</sup> B. J. Wadsworth, *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, Warszawa 1998, s. 131.

<sup>3</sup> *Ibidem*, s. 151.

<sup>4</sup> J. Piaget, *Problems of the Social Psychology of Childhood*, za: B. J. Wadsworth, *op. cit.*, s. 151.

wania czy koncentrowania uwagi. W okresie dojrzewania wiele nastolatków przeżywa stany niepokoju i lęku, drażliwość, stany depresyjne, jednak kiedy naturalnie występującym trudnościami emocjonalnym towarzyszy dysleksja, która utrudnia funkcjonowanie w relacjach rówieśniczych i w roli ucznia, wysokie jest wówczas ryzyko obniżenia samooceny i utraty pewności siebie.

## Psychologiczny obraz nastolatka z dysleksją

Frustracja narastająca u dzieci dyslektycznych od początkowych lat nauki na etapie gimnazjum, gdzie nawet uczniowie bez deficytów są przytłoczeni ogromem wymagań edukacyjnych, osiąga swoje apogeum. Nastolatek z dysleksją postrzega rówieśników bez dysleksji jako tych, „którym wszystko przychodzi łatwiej”. Nauczyciele zwracają mu często uwagę na to, że jest błyskotliwy, tylko zbyt leniwy i dlatego powinien więcej pracować. W istocie dyslektycy, którzy na etapie nauki w szkole podstawowej nie nabyli umiejętności efektywnego i optymalnego dla siebie sposobu uczenia się, w gimnazjum pomimo starań, czasu i wysiłku przeznaczonego na naukę ponoszą często porażki.

Dysleksji towarzyszą często problemy z wysławianiem się, zwłaszcza w sytuacjach ekspozycji społecznej. Umiejętności takie stają się szczególnie ważne w okresie adolescencji. Nastolatki z dysleksją mogą mieć problemy ze znalezieniem odpowiedniego słowa lub z płynnością wypowiedzi. Mogą też z opóźnieniem udzielać odpowiedzi, co często jest interpretowane jako nieznanomość tematu. W bardziej dramatycznych okolicznościach są to przeżycia urazowe (traumatyczne) związane z publicznymi wystąpieniami w klasie czy koniecznością czytania na głos. Mogą one prowadzić do intensywnego przeżywania poczucia wstydu i poniżenia.

Dyslektyk uważa, że jest „gorszy” od innych, i utwierdza się w przekonaniu, że jego starania nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Często występuje u niego poczucie bezsilności i niekompetencji. Pojawiają się symptomy wyuczonej bezradności. Utrwała się poczucie niższości, które na etapie adolescencji niezwykle trudno jest skorygować. Wiąże się z nim istotnie większe ryzyko depresji. Jej objawy mogą jednak nie być typowe i występować pod postacią „depresji maskowanej”, ujawniającej się poprzez nadmierną aktywność i zaburzenia zachowania. Objawami, które jednak powinny zdecydowanie niepokoić opiekunów, jest pesymistyczny obraz siebie, swojej przyszłości i anhedonia – niemożność cieszenia się i odczuwania satysfakcji. Z powodu lęku nastolatki z dysleksją mają skłonność do unikania nowych sytuacji. Interpretują je jako zagrożenie, a nie wyzwanie. Lęk łatwo przeradza się w agresję wobec stawiających wymagania nauczycieli lub rodziców, co znacznie utrudnia relacje z nimi.

Powtarzające się przykre doświadczenia zwykle powodują stan emocjonalnej niestabilności i braku bezpieczeństwa. Intensywne przeżycia wstydu zwykle prowadzą do zaprzeczania lub wyparcia ze świadomości istnienia trudno-

ści w uczeniu się, tak aby zachować poczucia tożsamości i godności. Można uznać, że urazy psychiczne związane z problemami z uczeniem się biorą się często z tego, że opiekunowie dziecka nie spełniają wobec niego roli ochronnej. Najczęściej nie potrafią oni wyobrazić sobie emocjonalnych konsekwencji doświadczanych przez nastolatka trudności.

Badania nad cechami osobowości pokazują, że osoby z dysleksją mają obniżoną samoocenę i charakteryzują się niepewnością, stwierdza się u nich również większą zależność od otoczenia<sup>5</sup>. Częściej diagnozuje się wśród nich obecność zaburzeń lękowych i depresji<sup>6</sup>. Z drugiej strony trudności dyslektyczne nie wiążą się z istotnie większym ryzykiem występowania jakichkolwiek objawów psychopatologicznych, co oznacza, że specyficzne trudności w nauce nie są konsekwencją zaburzeń emocjonalnych, ale mogą być ich przyczyną<sup>7</sup>.

## Formy i metody pomocy

Metodami pracy z nastolatkiem z dysleksją są terapie ukierunkowane na poprawę samooceny, połączone z terapią pedagogiczną oraz psychoterapią indywidualną i rodzinną<sup>8</sup>. Umożliwiają one poprawę zdolności adaptacyjnych i pomagają w radzeniu sobie z trudnościami. Okazuje się bowiem, że u osób z dysleksją, które osiągnęły życiowe sukcesy, czynnikami, które miały kluczowe znaczenie, były: wczesne rozpoznanie zaburzenia i szybka interwencja, rozwijanie talentów i hobby, pozytywne wsparcie ze strony rodziny oraz poszukiwanie możliwości dowartościowania się<sup>9</sup>. Głównymi celami działań terapeutycznych wobec dzieci dyslektycznych, oprócz poprawy umiejętności czytania i pisanania, jest więc rozbudzenie zainteresowań i właściwej motywacji do nauki, co ma zapobiec powstawaniu wtórnych zaburzeń emocjonalnych.

Specyficzne trudności w uczeniu się bez właściwej korekcyjno-kompensacyjnej pomocy ze strony szkoły i środowiska rodzinnego mogą powodować

<sup>5</sup> R. Casey, S. E. Levy, K. Brown, J. Brooks Gunn, *Impaired Emotional Health in Children with Mild Reading Disability*, „Journal of Developmental Behavioral Pediatrics” 1992, nr 13, s. 256–260; K. A. Kosmos, A. H. Kidd, *Personality Characteristics of Dyslexic and Nondyslexic Adults*, „Psychological Reports” 1991, nr 69, s. 231–234.

<sup>6</sup> E. Feldman i in., *Adult Familial Dyslexia: A Retrospective Developmental and Psychological Profile*, „Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience” 1993, nr 5, s. 195–199.

<sup>7</sup> O. Lamm, R. Epstein, *Specific Reading Impairments – Are They Be To Be Associated with Emotional Difficulties?*, „Journal of Learning Disabilities” 1992, nr 25, s. 605–615.

<sup>8</sup> M. A. McNulty, *Dyslexia and the Life Course*, „Journal of Learning Disabilities” 2003, nr 36(4), s. 363–381.

<sup>9</sup> M. E. Scott, A. Scherman, H. Philips, *Helping Individuals with Dyslexia Succeed in Adulthood: Emerging Keys for Effective Parenting, Education and Development for Positive Self-Image Concept*, „Journal of Instructional Psychology” 1992, nr 19, s. 197–204; M. Ryan, *The Social and Emotional Effects of Dyslexia*, „Education Digest” 1992, nr 57(5), s. 68–71.

pogłębiające się z roku na rok uogólnione trudności w uczeniu się, ale także zaburzenia w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym dziecka. Dlatego też pedagodzy w rejonowych poradniach psychologiczno-pedagogicznych i szkołach prowadzą regularnie, w cyklach semestralnych, ćwiczenia mające na celu nabycie lub usprawnienie umiejętności czytania i pisania, a także umiejętności matematycznych, przede wszystkim u uczniów szkół podstawowych. Zajęciom towarzyszy często instruktaż dla rodziców, którzy niejednokrotnie nie potrafią samodzielnie pomóc dziecku w opanowaniu technik szkolnych. Coraz częściej objętymi terapią pedagogiczną pacjentami poradni są też uczniowie gimnazjum, którym trudności z czytaniem i pisaniem znacznie utrudniają oponowanie wymagań na tym etapie edukacji. Oni również, przy odpowiedniej motywacji, mogą w znacznym stopniu usprawnić swoje umiejętności i poprawić osiągnięcia szkolne.

Zajęcia terapii pedagogicznej mają na celu nie tylko doskonalenie bezpośrednio umiejętności czytania, pisania i liczenia, ale także usprawnianie i wspieranie rozwoju funkcji percepcyjnych wzrokowych i słuchowych. Odpowiednio dobrane ćwiczenia rozwijają i doskonalą sprawność manualną, w tym szczególnie umiejętności grafomotoryczne. Zajęcia te mają także za zadanie wspieranie ogólnego rozwoju poznawczego, myślenia logicznego, koordynacji wzrokowo-ruchowej i wzbogacanie zasobu słownictwa. Ważnym elementem terapii jest poszerzanie i utrwalanie znajomości zasad ortograficznych i kluczowej umiejętności potrzebnej do samodzielnego uczenia się, którą jest czytania ze zrozumieniem.

Ogromną rolę terapeutyczną u nastolatków z dysleksją spełniają rodzice i nauczyciele. Świadomość występowania trudności w uczeniu się u podopiecznego ma podstawowe znaczenie dla udzielenia odpowiedniej pomocy związanej z funkcjonowaniem w szkole i w innych sferach życia. Nastolatek nie powinien być narażony na nieprzyjemne sytuacje związane z trudnościami w czytaniu i pisaniu (np. zmuszanie do głośnego czytania na forum klasy, publiczne krytykowanie pisma, błędów czy porównywanie z rówieśnikami). Młodzież z takimi problemami charakteryzuje nadwrażliwość na negatywne informacje zwrotne. Ważne są wzmocnienia pozytywne – dostrzeganie minimalnego postępu w umiejętnościach i podkreślanie mocnych stron dziecka. Oceniany powinien być wysiłek włożony w wykonanie zadania, a nie tylko efekt pracy. Definiowane powinny być cele realne do osiągnięcia przez danego ucznia, a jego osiągnięć nie należy porównywać z postępami rówieśników. Stwarzanie sytuacji, w których dziecko może osiągnąć sukces, zapewnianie warunków życzliwego zrozumienia i akceptacji są kluczowe w procesie wychowania nastolatka z dysleksją. Wyrozumiałość i odpowiednia pomoc opiekunów dziecka przyspieszają proces kompensowania problemów związanych z trudnościami w uczeniu się. Dodatkowe napięcia stwarza fakt, że nastolatek z dysleksją z jednej strony wciąż potrzebuje szczególnej pomocy opiekunów,

a z drugiej strony na tym etapie rozwoju naturalne jest jego pragnienie samodzielności.

Ważne jest udzielenie dziecku pomocy w poszukiwaniu strategii służących uniknięciu wpływu deficytów i wzmocnienie funkcjonowania w tych sferach, w których odnosi ono sukcesy. Psychoterapia polega na wspieraniu nastolatka w zmaganiu się ze stygmatyzacją oraz z przeżyciami, które są konsekwencją niepowodzeń w uczeniu się. Obniżona samoocena, będąca konsekwencją powtarzających się trudności, wydaje się najbardziej powszechnym problemem psychologicznym u młodzieży z dysleksją. Rzutuje ona na trudny i niejednokrotnie burzliwy proces rozwoju osobowości. W zależności od predyspozycji osobowościowych różny może być stopień akceptacji przez nastolatka istnienia trudności w uczeniu się<sup>10</sup>. Brak uwagi i zaangażowania ze strony opiekunów dziecka z dysleksją może być przyczyną rozwijania się nieadaptacyjnych mechanizmów obronnych w postaci wyparcia lub zaprzeczenia. W ten sposób młody człowiek broni swojego poczucia godności i wartości oraz chroni się przed określaniem go jako „leniwego”, „głupiego” czy nawet „opóźnionego intelektualnie”. Obecność takich mechanizmów obronnych znacznie utrudnia udzielenie dziecku skutecznej pomocy terapeutycznej.

Kluczowym zadaniem wydaje się odnalezienie alternatywnych działań i sfer nienaruszonych przez zaburzenia, które podtrzymują i wzmacniają pozytywną samoocenę. Odkrycie szczególnej predyspozycji lub talentu daje możliwość zbudowania programu własnego rozwoju edukacyjnego lub zawodowego, poprawienia zdolności adaptacyjnych i samooceny, co radykalnie może zmienić życie nastolatka z dysleksją.

## Konkluzja

W wieku dorastania dysleksja powoduje wyraźne problemy szkolne i związane z nimi problemy emocjonalne. Ugruntowują się poczucie odmienności w stosunku do innych dzieci oraz niższa samoocena. Urazowy charakter mają zwłaszcza przeżycia intensywnego wstydu związane z publicznymi występami. Powtarzające się niepowodzenia w nauce mogą powodować brak wiary we własne możliwości, napięcie i lęk towarzyszący uczniowi w sytuacjach zadaniowych. Dają one z kolei następstwa wtórne – spadek motywacji do nauki, pogorszenie efektów pracy, zaburzenia nerwicowe. Napięcie i lęk towarzyszą uczniowi z dysleksją na wszelkiego typu sprawdzianach czy ustnych odpowiedziach na forum klasy. Ocenę szkolną często uważa za krzywdzącą, gdyż jest ona niewspółmierna do czasu i wysiłku przeznaczonych na naukę. Problem

<sup>10</sup> J. Palombo, *Learning Disorders and Disorders of the Self in Children and Adolescents*, New York 2001.

się pogłębia, kiedy porażka spotyka się z niezrozumieniem ze strony rodziców i podejrzeniem, że dziecko jest leniwe, niechętnie do nauki, choć zdolne.

Zintegrowana opieka nad nastolatkiem z dysleksją zapobiec ma utrwaleniu w życiu dorosłym poczucia braku bezpieczeństwa i stabilności, zwłaszcza w odniesieniu do pracy zawodowej. Odkrycie szczególnej predyspozycji lub talentu w okresie dorastania umożliwia lepszą kompensację trudności w uczeniu się, a także poprawia samoocenę i jakość życia. Nie tylko uczeń szkoły podstawowej, również gimnazjalista z dysleksją rozwojową powinien być objęty terapią pedagogiczną na terenie rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej oraz zajęciami korekcyjno-kompensacyjnymi w szkole. Powinien również w domu wykonywać ćwiczenia dobrane do jego potrzeb i zainteresowań. Równie ważne wydaje się wsparcie ze strony rodziny i środowiska szkolnego, mające na celu zapobieganie negatywnym wpływom dysleksji na funkcjonowanie poznawcze, społeczne i emocjonalne nastolatka.

## Bibliografia

- Bogdanowicz M., *Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci – nowa definicja i miejsce w klasyfikacjach międzynarodowych*, „Psychologia Wychowawcza” 1996, nr 1, s. 13–22.
- Casey R., Levy S. E., Brown K., Brooks Gunn J., *Impaired Emotional Health in Children with Mild Reading Disability*, „Journal of Developmental Behavioral Pediatrics” 1992, nr 13, s. 256–260.
- Feldman E. i in., *Adult Familial Dyslexia: A Retrospective Developmental and Psychological Profile*, „Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience” 1993, nr 5, s. 195–199.
- Kosmos K. A., Kidd A. H., *Personality Characteristics of Dyslexic and Nondyslexic Adults*, „Psychological Reports” 1991, nr 69, s. 231–234.
- Lamm O., Epstein R., *Specific Reading Impairments – Are They Be to Be Associated with Emotional Difficulties?*, „Journal of Learning Disabilities” 1992, nr 25, s. 605–615.
- McNulty M. A., *Dyslexia and the Life Course*, „Journal of Learning Disabilities” 2003, nr 36(4), s. 363–381.
- Palombo J., *Learning Disorders and Disorders of the Self in Children and Adolescents*, New York 2001.
- Piaget J., *Problems of the Social Psychology of Childhood*, [w:] *Sociological Studies*, red. J. Piaget, London 1960.
- Ryan M., *The Social and Emotional Effects of Dyslexia*, „Education Digest” 1992, nr 57(5), s. 68–71.
- Scott M. E., Scherman A., Philips H., *Helping Individuals with Dyslexia Succeed in Adulthood: Emerging Keys for Effective Parenting, Education and Development for Positive Self-Image Concept*, „Journal of Instructional Psychology” 1992, nr 19, s. 197–204.
- Wadsworth B. J., *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, Warszawa 1998.



## **Dysleksja u młodzieży gimnazjalnej – diagnostyczne i terapeutyczne aspekty pomocy psychologiczno-pedagogicznej**

**Streszczenie:** Artykuł prezentuje problematykę związaną ze specyfiką funkcjonowania nastolatka z dysleksją rozwojową. Autorka w pierwszej części tekstu definiuje specyficzne trudności w nauce. Następnie przybliża problematykę rozwoju dziecka w okresie adolescencji i kreśli sylwetkę psychologiczną nastolatka zmagającego się z dysleksją rozwojową. W ostatniej części artykułu prezentuje metody i formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz podkreśla konieczność wsparcia emocjonalnego ze strony środowiska rodzinnego i szkolnego dla ucznia, które zapobiec mają wtórnym konsekwencjom specyficznych trudności w nauce.

**Słowa kluczowe:** dysleksja, dojrzewanie, pomoc psychologiczno-pedagogiczna, terapia pedagogiczna

## **Dyslexia in students of gymnasium – diagnostic and therapeutic aspects of psychological and pedagogical care**

**Summary:** The article presents the issues of the functioning of a teenager with developmental dyslexia. In the first part of the text the author defines specific learning difficulties. Then, the issues of child development during adolescence are approached and the psychological picture of a teenager struggling with developmental dyslexia is outlined. In the last part of the article the author presents the methods and forms of psychological and pedagogical care and emphasizes the need for emotional support from the family and school environment for a teenager which are crucial to avoid late consequences of specific learning difficulties.

**Keywords:** dyslexia, adolescence, psychological and pedagogical care, pedagogical therapy

Jolanta Maciąg

## Clumsy Child Syndrome: rozpoznawalne i „niewidoczne” symptomy dyspraksji u młodszych dzieci

### Wprowadzenie

Wyobraźmy sobie dziecko, które jest niezręczne, zagubione i niezgrane podczas wykonywanych czynności ruchowych. Jak napisała C. S. Kranowitz, może nim być twoje dziecko, twój uczeń... albo ty jakiś czas temu. „U takiego dziecka może występować zaburzenie przetwarzania sensorycznego (*Sensory Processing Disorder*), często spotykany, lecz nierozumiany problem, który wpływa na zachowanie, uczenie się, sposób poruszania, odnoszenia się do innych i myślenia o sobie”<sup>1</sup>.

Integracja sensoryczna to skomplikowany wielowymiarowy proces, o istnieniu którego można się dowiedzieć, analizując zachowanie dziecka. Podczas badania tego procesu uwzględniane są wskaźniki, takie jak rozwój odruchowy, koordynacja ruchu, wrażliwość sensoryczna i reakcje emocjonalne. W latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia A. J. Ayres (terapeuta zajęciowy i psycholog) opublikowała teksty nawiązujące do teorii integracji sensorycznej, w których sformułowała hipotezy wskazujące na implikacje funkcji psychoneurologicznych w zachowaniu i uczeniu się dziecka. W konstruowaniu jej poglądów znaczącą rolę odegrała teoria J. Piageta, M. Rood, B. i K. Bobath, którzy wskazali na związek bodźców sensorycznych z reakcjami ruchowymi. Po przeprowadzonych badaniach autorka wykazała istnienie czynników podlegających diagnozie, które występują tylko u dzieci z dysfunkcjami percepcyjno-motorycznymi lub dzieci z zaburzeniami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Określiła je syndromami, w skład których zaliczyła m.in. obronność dotykową, apraksję, zaburzenia percepcji przestrzeni i formy oraz zaburzenia integracji bilateralnej. Ponadto zauważyła, że wyeksponowane dysfunkcje integracji sensorycznej warunkowały przebieg reakcji posturalnych, jak również miały wpływ na planowanie ruchu, regulację napięcia mięśniowego, rozwój mowy, zachowanie, emocje i funkcje poznawcze<sup>2</sup>. Według niej

<sup>1</sup> C. S. Kranowitz, *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*, przeł. A. Sawicka-Chrapkiewicz, Gdańsk 2012, s. 27.

<sup>2</sup> Zob. Z. Przyrowski, *Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii*, Warszawa 2012, s. 11–14.

Uczenie się jest funkcją mózgu, a zaburzenia uczenia się są odbiciem pewnych nieprawidłowości neuronalnych w ośrodkowym układzie nerwowym. [...], a zatem „teoria ta zakłada, że zaburzenia integracji sensorycznej polegają za sobą określone aspekty trudności w uczeniu się, a poprawa integracji sensorycznej sprawia, że uczenie się szkolne staje się łatwiejsze dla dzieci z zaburzeniami mechanizmów integracji sensorycznej<sup>3</sup>.

Należałoby podkreślić znaczenie integracji sensorycznej dla podstaw nabywania i rozwijania przez dziecko umiejętności uczenia się w różnego rodzaju sferach jego funkcjonowania. Bez prawidłowego przetwarzania sensorycznego trudno nauczyć się np. sprawnego wiązania butów, trzymania w odpowiedni sposób przyborów do pisania, płynnego rozwiązywania zadań, czy też rozpoznawania znaków drogowych w drodze do szkoły. Ponadto dziecko z tego typu zaburzeniami łatwo ulega dekoncentracji podczas wykonywanych operacji zadaniowych pod wpływem dźwięku, światła i ruchu<sup>4</sup>.

W efekcie wieloletnich badań prowadzonych przez A. J. Ayres zintegrowane zostało myślenie o wielu systemach sensorycznych, które współpracują ze sobą lub działają odrębnie. Zrozumienie problemu integracji sensorycznej prowadzi bowiem do interwencji mających na celu wsparcie i pomoc tej grupie dzieci. Im wcześniej rozpocznie się proces usprawniania zaburzonego rozwoju, tym większe są szanse na osiągnięcie pozytywnych rezultatów. Dziecko nieprawidłowo rozwijające się potrzebuje szczególnego wsparcia, aby mogło w pełni wykorzystać potencjał swoich możliwości rozwojowych. Celem oddziaływania interwencyjnego powinno być przede wszystkim jego usprawnienie w kwestii samodzielnego funkcjonowania, aby mogło ono korzystać na miarę swoich możliwości z tego, co oferuje cywilizacja.

250

*Pójdź do pokoju dziecięcego, ostrożnie otwórz drzwi i zajrzyj do łóżeczka.  
Co widzisz?*

*Większość z nas ujrzy obraz niewinności i bezbronności, niezapisaną tablicę.  
Tymczasem to, co naprawdę widzimy w łóżeczku, to najpotężniejszy umysł,  
jaki kiedykolwiek powstał<sup>5</sup>.*

## Typologia zaburzeń procesów sensorycznych

Zaburzenie przetwarzania sensorycznego (SPD) można zdefiniować jako brak umiejętności wykorzystywania dostarczonych przez zmysły informacji w celu efektywnego funkcjonowania. Jak stwierdziła C. S. Kranowitz, nie jest to nazwa jednego ustalonego zaburzenia, ale termin obejmujący szereg niesprawności

<sup>3</sup> *Ibidem*, s. 48.

<sup>4</sup> *Ibidem*, s. 50.

<sup>5</sup> A. Gopnik, A. N. Metzoff, P. K. Kuhl, *Naukowiec w kołysce. Czego o umyśle uczą nas małe dzieci*, przeł. E. Haman, P. Jackowski, Poznań 2004, s. 19.

neurologicznych. *Sensory Processing Disorder* określane też jest jako dysfunkcja integracji sensorycznej (*SI Dysfunction*) albo dysfunkcja w integracji sensorycznej (*Dysfunction in Sensory Integration*, DSI)<sup>6</sup>.

Istotną rolę w skutecznym funkcjonowaniu odgrywają (poza analizatorem słuchowym i wzrokowym, smakiem, dotykiem, węchem) informacje odbierane przez zmysł proprioceptywny i układ przedsionkowy. Pierwszy, zmysł propriocepcji, odnosi się „[...] do czucia własnego ciała i dotyczy czucia głębokiego, czyli bodźców płynących z mięśni i stawów. Z kolei układ przedsionkowy zwany jest zwykle zmysłem równowagi – dzięki niemu odbierane są informacje o ruchu i ułożeniu w przestrzeni”<sup>7</sup>. Przedstawione rodzaje odczuwania zmysłowego są niezmiernie ważne w planowaniu ruchu, rozwoju koordynacji ruchowej lub wzrokowo-ruchowej. Jeśli przetwarzanie przebiega w sposób nieprawidłowy, mózg nie będzie w stanie spełnić swojej najistotniejszej funkcji, którą jest organizacja informacji sensorycznych.

Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej mogą przysporzyć nauczycielom wiele problemów podczas realizowanych zadań edukacyjnych. Stąd też proces uczenia się może sprawiać im trudność. Zachowanie adaptacyjne jest jednym z rodzajów uczenia się, polegającym na zdolności zmiany własnego zachowania w reakcji na nowe wyzwania, np. aby spełnić oczekiwania nauczyciela. Kolejną kategorią jest uczenie się motoryczne, czyli zdolność opanowania coraz to bardziej złożonych umiejętności motorycznych. Trzeci rodzaj dotyczy uczenia się akademickiego (szkolnego), które przejawia się w umiejętnościach konceptualnych, takich jak czytanie, pisanie i liczenie<sup>8</sup>.

W początkach XXI wieku L. J. Miller<sup>9</sup> i kierowany przez nią zespół, składający się ze specjalistów nauk pedagogicznych i medycznych, dokonali aktualizacji klasyfikacji grup diagnostycznych SPD. Zgodnie z zaproponowanym modelem „zaburzenie procesów sensorycznych” to termin ogólny, obejmujący trzy podstawowe kategorie (zaburzenia modulacji sensorycznej, zaburzenia ruchowe na bazie sensorycznej i zaburzenia różnicowania sensorycznego) oraz ich podtypy (zob. schemat 1).

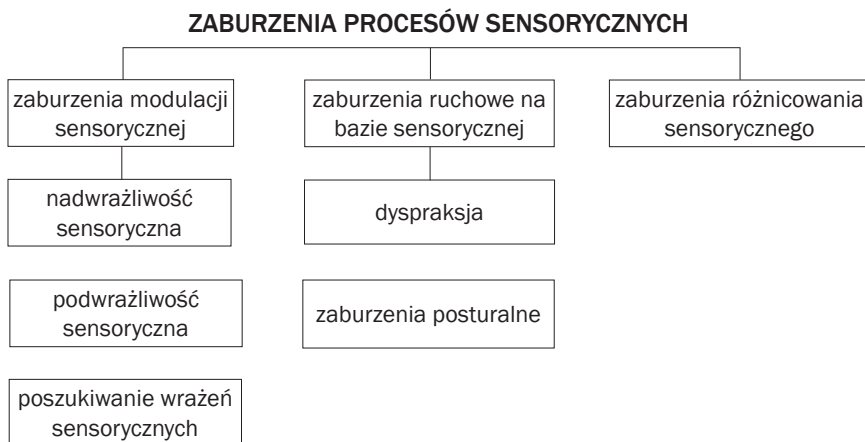
<sup>6</sup> C. S. Kranowitz, *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia...*, s. 31.

<sup>7</sup> M. Stańczyk, *Zaburzenia integracji sensorycznej a trudności w nauce*, „Życie Szkoły” 2014, nr 3, s. 10.

<sup>8</sup> C. S. Kranowitz, *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia...*, s. 32–33.

<sup>9</sup> L. J. Miller, D. A. Fuller, *Sensational Kids: Hope and Help for Children with Sensory Processing Disorder*, New York 2007.

Schemat 1. Typologia zaburzeń procesów sensorycznych



Źródło: Z. Przyrowski, *Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii*, Warszawa 2012, s. 99.

Najczęściej występującą kategorią SPD jest zaburzenie modulacji sensorycznej, charakteryzujące się nieprawidłowym reagowaniem na bodźce sensoryczne i przejawiające się zachowaniem relatywnie niedostosowanym do natury i intensywności występujących wrażeń zmysłowych. W efekcie może to prowadzić do zwiększonej dezorganizacji w zachowaniu, a to z kolei przyczynia się do ignorowania/unikania lub też przeciwnie – do nadmiernej reaktywności sensorycznej.

Istnieją zatem trzy formy zaburzeń modulacji sensorycznej: nadwrażliwość sensoryczna, podwrażliwość sensoryczna i poszukiwanie wrażeń sensorycznych. Pierwsza polega na odczuwaniu zmysłowych doznań ze znaczną intensywnością, to zachowanie cechuje się szybkością i siłą reakcji (poziom pobudzenia) oraz dłuższym czasem trwania niż przeciętna reakcja na bodźce sensoryczne. Nadwrażliwość sensoryczna (*Sensory Overresponsivity*) może się pojawiać w zaburzeniach różnicowania sensorycznego, dyspraksji lub obu jednocześnie. W drugim rodzaju zaburzeń występuje natomiast brak reakcji lub ignorowanie docierających z otoczenia bodźców zmysłowych. Podwrażliwość sensoryczna (*Sensory Underresponsivity*) najczęściej odnosi się do systemu dotykowego i proprioceptywnego, prowadzi bowiem do zaburzeń różnicowania dotykowego, dyspraksji oraz trudności w orientacji przestrzennej. Z kolei poszukiwanie wrażeń sensorycznych (*Sensory Seeking/Craving*) związane jest z autostymulacją, czyli odkrywaniem wrażeń o znacznym stopniu intensywności pochodzących z aktywności ruchowej i propriocepcji<sup>10</sup>. Warto poznać reak-

<sup>10</sup> Z. Przyrowski, *Integracja sensoryczna...*, s. 98–99; *idem, Kliniczna obserwacja*, Warszawa 2013, s. 12–13.

cje dzieci na wrażenia odbierane różnymi zmysłami. Niektóre z nich cechują się nadmierną reaktywnością w stosunku do charakterystycznych bodźców dotykowych czy określonych dźwięków. Inne mogą zaś wykazywać obniżony poziom reaktywności na identyczne doznania (zob. tabela 1).

Tabela 1. Objawy świadczące o zaburzeniach modulacji sensorycznej

<b>Dziecko nadreaktywne („o, nie!”)</b>	<b>Dziecko podreaktywne („nuda”)</b>	<b>Dziecko poszukujące wrażeń sensorycznych („więcej!”)</b>
<p>1. Dziecko unika dotykania i bycia dotykany przez innych i przedmioty. Na ubrudzenie się oraz na niespodziewane dotknięcie reaguje odpowiedzią: „walcz lub uciekaj”.</p> <p>2. Dziecko nie lubi ruchu i tego, że ktoś je poruszył z zaskoczenia. Czuje się mało bezpiecznie, boi się pozbawienia równowagi. Cierpi na chorobę lokomocyjną.</p> <p>3. Dziecko może być usztywnione i nieskoordynowane. Unika zabaw.</p> <p>4. Dziecko jest nadmiernie podekscytowane wobec pojawiających się wielu elementów (słów, zabawek, ludzi). Zaslania oczy, ma trudności w nawiązywaniu kontaktu wzrokowego; nadmiernie reaguje na jasne światło. Jest zawsze czujne i ożywione.</p> <p>5. Dziecko zaslania uszy; narzeka na hałasy, które nie przeszkadzają innym.</p> <p>6. Dziecko nie lubi zapachów, których inni nie zauważają.</p> <p>7. Dziecko nie toleruje niektórych pokarmów o pewnej konsystencji; podczas posiłków może się krztusić.</p>	<p>1. Dziecko jest nieświadome tego, że jest ubrudzone; może nie wiedzieć, czy zostało dotknięte. Różne rzeczy często upuszcza i nie przejawia zainteresowania zabawkami.</p> <p>2. Dziecko nie ma nic przeciwko temu, że ktoś je porusza. Nie zdaje sobie sprawy, że zaraz upadnie. Ma problemy z rozpoczęciem czynności.</p> <p>3. Dziecko nie ma wewnętrznego imperatywu do aktywności ruchowej i zabawy. Ożywia je działanie polegające na ciągnięciu, podnoszeniu i noszeniu ciężkich przedmiotów.</p> <p>4. Dziecko ignoruje nowe bodźce wzrokowe. Zdarza się, że nie odwraca się od światła. Wpatruje się w twarze i różne przedmioty, robiąc przy tym wrażenie, że ich nie zauważa.</p> <p>5. Dziecko ignoruje zwyczajne dźwięki, ale może być zainteresowane głośnymi, muzycznymi rytмами.</p> <p>6. Dziecko może nie zdawać sobie sprawy z nieprzyjemnych zapachów.</p> <p>7. Dziecko może jeść ostro przyprawione pokarmy.</p>	<p>1. Dziecko „tapla się” w błocie; wyrzuca z pojemników zabawki, celowo dezorganizuje porządek, wpada na inne osoby.</p> <p>2. Dziecko lubi szybki obrotowy ruch. Nieustannie się porusza, przyjmuje pozycje do góry nogami, jest śmiały i ryzykuje.</p> <p>3. Dziecko uwielbia, gdy się je przytula i ściska. W większym stopniu niż inne dzieci szuka okazji do bardziej energicznych zabaw.</p> <p>4. Dziecko szuka miejsc, które stymulują je wzrokowo; zainteresowanie wzbudzają błyszczące przedmioty oraz jasne, migoczące światła.</p> <p>5. Dziecko lubi głośne dźwięki. Uwielbia tłum i hałaśliwe, ruchliwe miejsca. Zdarza się, że mówi tubalnym głosem.</p> <p>6. Dziecko poszukuje silnych zapachów; wacha jedzenie, ludzi i przedmioty.</p> <p>7. Dziecko może lizać lub smakować niejadalne przedmioty. Może preferować mocno przyprawione pokarmy.</p>

Źródło: C. S. Kranowitz, Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie, przeł. A. Sawicka-Chrapkiewicz, Gdańsk 2012, s. 35–37.

Kolejną kategorią nieprawidłowego przetwarzania sensorycznego jest zaburzenie różnicowania uzyskanych wrażeń zmysłowych (*Sensory Discrimination Disorder*), które polega na trudnościach w interpretacji właściwości i jakości sensorycznych bodźców. Często niewłaściwa dyskryminacja przejawia się podreaktywnością i zaburzeniami motorycznymi o podstawie sensorycznej. Dziecko ze słabą dyskryminacją ruchową wydaje się niezręczne i skłonne do bezwiednych upadków. Stąd też należałoby je mobilizować do podejmowania działań rozwijających sprawność ruchową, świadomość ciała i organizację. Każde nowe zadanie może prowadzić do frustracji, dlatego trzeba wzmacniać jego poczucie własnej wartości poprzez zachęcanie do podejmowania skomplikowanych czynności.

Ostatnią kategorią SPD są zaburzenia ruchowe (motoryczne) o podłożu sensorycznym (*Sensory-Based Motor Disorder*), które przejawiają się niekorzystnie rozwiniętymi ruchami posturalnymi oraz nieodpowiednio wykształconą prakcją. Jeśli zaburzenia posturalne obejmują problemy związane z wzorcami ruchu, równowagą i koordynacją obustronną, dyspraksja dotyczy ograniczonej zdolności do tworzenia planu działania i skoordynowanego wykonania zadania ruchowego<sup>11</sup>.

### Dziecko z dyspraksją – „nie potrafię tego zrobić”

Współcześnie dyspraksja jest definiowana „jako trudności planowania i wykonywania prawidłowej sekwencji niewyuczonych, nieuwewnętrznionych zachowań motorycznych”<sup>12</sup>. Zaburzenie to może dotyczyć problemów z jakością wypowiedzenia się, percepcją i myśleniem. A. Kirby określiła dyspraksję jako ukrytą niepełnosprawność dzieci, które przejawiają rozwojowe zaburzenia koordynacji (*Developmental Co-ordination Disorder*)<sup>13</sup>. W literaturze można się spotkać z różnorodną terminologią dotyczącą objawów dyspraktycznych, m.in. to: syndrom niezdarności (*Clumsy Child Syndrome*), minimalna dysfunkcja mózgowa (*Minimal Brain Dysfunction*), trudności w uczeniu się motoryki (*Motor Learning Difficulty*), dysfunkcje neurorozwojowe (*Neurodevelopmental Dysfunction*) oraz dysfunkcja percepcyjno-motoryczna (*Perceptuo-motor Dysfunction*)<sup>14</sup>.

Dyspraksja prowadzi często do poważnych konsekwencji, zarówno dla dziecka, jak i dla jego najbliższego otoczenia społecznego. Na przykład przyczyniać się może do wielu trudności w uczeniu się oraz warunkować zachowanie dziecka, powodując wykluczenie go z grupy rówieśniczej. U dzieci z dysfunkcją praktyki

<sup>11</sup> *Idem*, *Integracja sensoryczna...*, s. 99.

<sup>12</sup> *Idem*, *Kliniczna obserwacja*, s. 21; zob. A. Kirby, *Dyspraksja. Rozwojowe zaburzenie koordynacji*, przeł. Z. Ostafin, Warszawa 2010, s. 14; D. Kohut, *Integracja sensoryczna*, [w:] *Dziecko o specjalnych potrzebach w kręgu interdyscyplinarnej terapii*, red. D. Kohut, Kraków 2013, s. 40.

<sup>13</sup> A. Kirby, *op. cit.*, s. 8.

<sup>14</sup> Z. Przyrowski, *Integracja sensoryczna...*, s. 109; zob. A. Kubala-Kulpińska, *Dyspraksja: kiedy zawiązanie buta staje się problemem...*, „Życie Szkoły” 2013, nr 4, s. 4.

występuje słaba modulacja i dyskryminacja sensoryczna. Wymagają one znaczniejszej pomocy ze strony rodziców i opiekunów niż dzieci prawidłowo rozwijające się w tym samym wieku, mimo że ich rozwój intelektualny jest optymalny. Dziecko z dyspraksją odznacza się z reguły przeciętną i/lub ponadprzeciętną inteligencją i dzięki odpowiedniemu wsparciu może rozwinąć swoje możliwości. J. Thompson uważa, że jest świadome występujących problemów oraz potrafi wypracować strategie radzenia sobie w sytuacjach niestereotypowych<sup>15</sup>. Pierwszym krokiem w kierunku ograniczenia niepożądanych zachowań, wynikających z właściwości zaburzenia dyspraktycznego, jest próba zrozumienia ich przyczyny oraz uzyskanie wiedzy na temat specyficznych objawów (zob. schemat 2).

Schemat 2. Charakterystyczne objawy dyspraksji

#### Elementy składowe prakcji

Dziecko może mieć trudności z:

- zaplanowaniem poszczególnych etapów działania i dopasowaniem do nich ruchów ciała,
- przeprowadzeniem wieloetapowego planu działania (może być niezręczne, niezdarne, pozornie nieostrożne i mieć skłonność do wypadków).



#### Planowanie dużej motoryki

Dziecko może mieć słabą koordynację motoryczną i:

- niezgrabnie się poruszać w zatłoczonym pomieszczeniu lub na placu zabaw,
- kłopoty w poruszaniu się po schodach, w pokonywaniu przeszkód oraz z działaniami angażującymi większe mięśnie, takimi jak: raczkowanie, chodzenie, obracanie się wokół własnej osi.

Zdolność opanowywania nowych umiejętności motorycznych może się pojawić znacznie później niż pozostałe nabywane kompetencje.

#### Planowanie małej motoryki

##### DŁONIE

Dziecko może mieć trudności z zadaniami manualnymi, takimi jak: pisanie, rysowanie, posługiwanie się guzikami, używanie sztućców, zabawa układankami, układanie klocków i ich porządkowanie.

##### OCZY

Dziecko może mieć trudności z koordynacją wzrokowo-ruchową; napotykać problemy z przepisywaniem z tablicy i organizowaniem przestrzeni. Ponadto może się odznaczać dysgraficznym pismem; mieć trudności w trakcie realizowania projektów plastycznych i zawiązywania butów.

##### USTA

Dziecko może przejawiać trudności ze ssaniem piersi lub picciem przez słomkę; jedzeniem, przełykaniem; robieniem baniek mydlanych i oddychaniem; utrzymywaniem zamkniętych ust (nadmierne ślinienie). Może także mieć problemy z poprawną wymową i zrozumiałym komunikowaniem się (do ukończenia trzeciego roku życia).

Źródło: C. S. Kranowitz, *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia...*, s. 39–40.

<sup>15</sup> J. Thompson, *Specjalne potrzeby edukacyjne. Wskazówki dla nauczycieli*, przeł. J. Bartosik, Warszawa 2013, s. 68.



Jak się okazuje, dyspraksja dotyczy dezorganizacji zachowania, które przejawia się niejednokrotnie agresją wobec przedmiotów. Dzieci z dysfunkcją praktyki nie potrafią kontrolować najbliższego otoczenia, dlatego też niszczą te obiekty materialne, którymi nie potrafią manipulować lub z których nie umieją korzystać (źle piszę, bo pióro jest niedobre; to ściana mnie uderzyła; to huśtawka mnie zrzuciła itp.). Kolejną właściwością dyspraksji jest to, że nawet drobne zdarzenie, takie jak rozlanie soku, może spowodować reakcję nieproporcjonalną do sytuacji. Dzieci te często przejawiają labilność emocjonalną, mają poczucie, iż zawsze jest ktoś inny odpowiedzialny za ich niepowodzenia i potknięcia<sup>16</sup>.

Różne dziecięce reakcje pokazują, że nie istnieje jeden schemat/obraz typowy dla dziecka z zaburzeniem dyspraktycznym. To, co dla jednego z nich będzie neutralne, u drugiego może powodować znaczny dyskomfort. Dopiero w ostatnich latach zwiększył się poziom rozumienia problemu dyspraksji – jak pisze A. Kirby<sup>17</sup>. Jednak nadal nie wiadomo, dlaczego niektóre dzieci mają te specyficzne trudności, a inne – nie. Do przeprowadzenia specjalistycznej diagnozy dyspraksji potrzebne są odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie, dzięki którym będzie możliwe określenie typu tych nieprawidłowości i zaplanowanie właściwej terapii dostosowanej do potrzeb dziecka. Z. Przyrowski zwraca uwagę, że diagnozowanie wymienionego zaburzenia wymaga oceny zmysłów dotykowych i przedsiódkowo-proprioceptywnych. Wiele informacji można uzyskać – zdaniem autora – podczas obserwacji spontanicznej zabawy dziecka oraz wywiadu z rodzicami i nauczycielem. Najwięcej wiedzy dostarczają jednak badania testami standaryzowanymi funkcji dotykowej, praktyki posturalnych i oralnych, a także obustronnej koordynacji ruchowej<sup>18</sup>.

Fundamentalna wiedza dotycząca zachowania dyspraktycznego może pomóc rodzicom i nauczycielowi w zrozumieniu dziecka. Zaburzenie dyspraksji może się stać przyczyną trudności w uczeniu się, np. czytania i pisanie. Będąc tego świadomym, można stworzyć dziecku takie warunki, w których będzie możliwe zaspokojenie własnych oczekiwań sensorycznych, a w konsekwencji ułatwiony mu zostanie proces edukacji w przedszkolu i szkole.

Odpowiednia stymulacja sensoryczna dziecka z dyspraksją powinna polegać na zredukowaniu nadmiaru bodźców zmysłowych, czyli potencjalnych dystraktorów, które mogą wpływać na nie dezorganizująco w warunkach szkoły lub przedszkola. Nauczyciel powinien rozważyć różne strategie postępowania, żeby indywidualne potrzeby dziecka z objawami dyspraksji zostały zaspokojone w obrębie następujących dystraktorów:

<sup>16</sup> Z. Przyrowski, *Integracja sensoryczna...*, s. 113.

<sup>17</sup> A. Kirby, *op. cit.*, s. 18.

<sup>18</sup> Z. Przyrowski, *Kliniczna obserwacja*, s. 23.

1) dotykowe – nieprzyjemna może być dla dziecka bliskość kolegi, bycie dotykany i potrącanym. Jeśli mamy świadomość tego, że któremuś z dzieci sprawia to problem, należy pozwolić mu siedzieć w pierwszym rzędzie lub w rogu sali. Podczas zajęć ruchowych i wycieczek istotne będzie zabezpieczenie odpowiednio dużej przestrzeni;

2) wzrokowe – aby wyeliminować nadmiar bodźców wzrokowych, należy zadbać o porządek w sali (czysta tablica, umiejscowienie tablic interaktywnych, innych pomocy naukowych z boku sali zamiast przed uczniami). Środki dydaktyczne znajdujące się na nieosłoniętych półkach warto przykryć zasłoną, układ klasy powinien być przy tym cały czas taki sam;

3) słuchowe – można zrezygnować z noszenia obuwia, które hałasuje podczas chodzenia. Podnoszenie głosu w trakcie mówienia do dziecka wcale nie sprawi, że zacznie ono uważniej słuchać/ może je jeszcze bardziej zdekoncentrować; raczej należy mówić normalnym tonem głosu i patrzeć dziecku w oczy, a podczas komunikowania się położyć rękę na jego barkach w celu utrzymania z nim kontaktu<sup>19</sup>.

Należałoby również pamiętać, że nie wszyscy dyspraktycy przejawiają trudności w nauce, gdyż ma to związek głównie z potencjałem intelektualnym, ale niewątpliwie każdy z nich uczy się dłużej i wkłada w wykonywanie określonych czynności więcej wysiłku.

## Zamiast konkluzji...

Mama doradza:

Zdałam sobie sprawę z tego, że mówienie synowi co chwilę „uważaj” nie ma sensu. W ten sposób jedynie podkopywałam jego pewność siebie i zupełnie nie pomagałam mu w rzeczywistych próbach uniknięcia guza. Dlatego właśnie zamiast mówić „uważaj”, zaczęłam mu dawać informacje o otoczeniu [...] Mówię na przykład „chodnik jest nierówny” [...] albo „szklanka jest śliska”. [...] Myślę, że na dłuższą metę powtarzanie dziecku „uważaj” nie przynosi wiele dobrego. Mówienie, co zrobić trzeba, zamiast czego robić nie wolno, jest bardziej pomocne<sup>20</sup>.

257

## Bibliografia

- Gopnik A., Mettsoff A. N., Kuhl P. K., *Naukowiec w kotysce. Czego o umyśle uczą nas małe dzieci*, przeł. E. Haman, P. Jackowski, Poznań 2004.  
Kirby A., *Dyspraksja. Rozwojowe zaburzenie koordynacji*, przeł. Z. Ostafin, Warszawa 2010.

<sup>19</sup> Zob. M. Stańczyk, *op. cit.*, s. 12; J. Thompson, *op. cit.*, s. 75–76.

<sup>20</sup> C. S. Kranowitz, *Nie-zgrane dziecko w świecie gier i zabaw. Zajęcia dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego*, przeł. J. A. Kamrowska, K. Majcher, P. Sorensen, Gdańsk 2012, s. 33.

- Kohut D., *Integracja sensoryczna*, [w:] *Dziecko o specjalnych potrzebach w kręgu interdyscyplinarnej terapii*, red. D. Kohut, Kraków 2013.
- Kranowitz C. S., *Nie-zgrane dziecko w świecie gier i zabaw. Zajęcia dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego*, przeł. J. A. Kamrowska, K. Majcher, P. Sorensen, Gdańsk 2012.
- Kranowitz C. S., *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*, przeł. A. Sawicka-Chrapkowicz, Gdańsk 2012.
- Kubala-Kulpińska A., *Dyspraksja: kiedy zawiązanie buta staje się problemem...*, „Życie Szkoły” 2013, nr 4.
- Miller L. J., Fuller D. A., *Sensational Kids: Hope and Help for Children with Sensory Processing Disorder*, New York 2007.
- Przyrowski Z., *Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii*, Warszawa 2012.
- Przyrowski Z., *Kliniczna obserwacja*, Warszawa 2013.
- Stańczyk M., *Zaburzenia integracji sensorycznej a trudności w nauce*, „Życie Szkoły” 2014, nr 3.
- Thompson J., *Specjalne potrzeby edukacyjne. Wskazówki dla nauczycieli*, przeł. J. Bartosik, Warszawa 2013.

### ***Clumsy Child Syndrome: rozpoznawalne i „niewidoczne” symptomy dyspraksji u młodszych dzieci***

**Streszczenie:** Artykuł przedstawia zagadnienie dyspraksji i rozwojowych zaburzeń koordynacji w aspekcie doświadczania przez dziecko trudności z planowaniem i organizacją nie tylko w sferze motorycznej, ale także wobec podejmowanych czynności (aktywności ruchowej), myśli i uczuć. Wynikające z tego problemy wpływają na społeczne i edukacyjne funkcjonowanie dziecka w różnych środowiskach (dom rodzinny, przedszkole, szkoła) oraz w obszarze codziennego życia, np. ubieranie się czy posługiwanie sztućcami. Niniejsze opracowanie jest próbą odpowiedzi na pytanie, czym są dyspraksja oraz rozwojowe zaburzenie koordynacji, w tym przetwarzania sensorycznego, i jakie można podjąć działania w przypadku ich wystąpienia.

**Słowa kluczowe:** dyspraksja, rozwojowe zaburzenia koordynacji, zaburzenia przetwarzania sensorycznego

### ***Clumsy Child Syndrome: recognizable and “invisible” symptoms of dyspraxia in younger children***

**Summary:** The article focuses on the issues of dyspraxia and developmental disorders of coordination in the field of a child experiencing difficulties with planning and organization not only in the motor sphere, but also in relation to an undertaken activity (movement-related actions), thoughts and feelings. The resulting problems affect the social and education-related functioning of the child in various environments (home, pre-school and school) as well as in the field of everyday existence such as a manner of dressing or using cutlery.

This article is an attempt to answer the question regarding the nature of dyspraxia and developmental disorders of coordination including sensory processing, and the steps that can be taken in the event of their occurrence.

**Keywords:** dyspraxia, developmental disorders of coordination, disorders of the sensory processing



## Autorzy

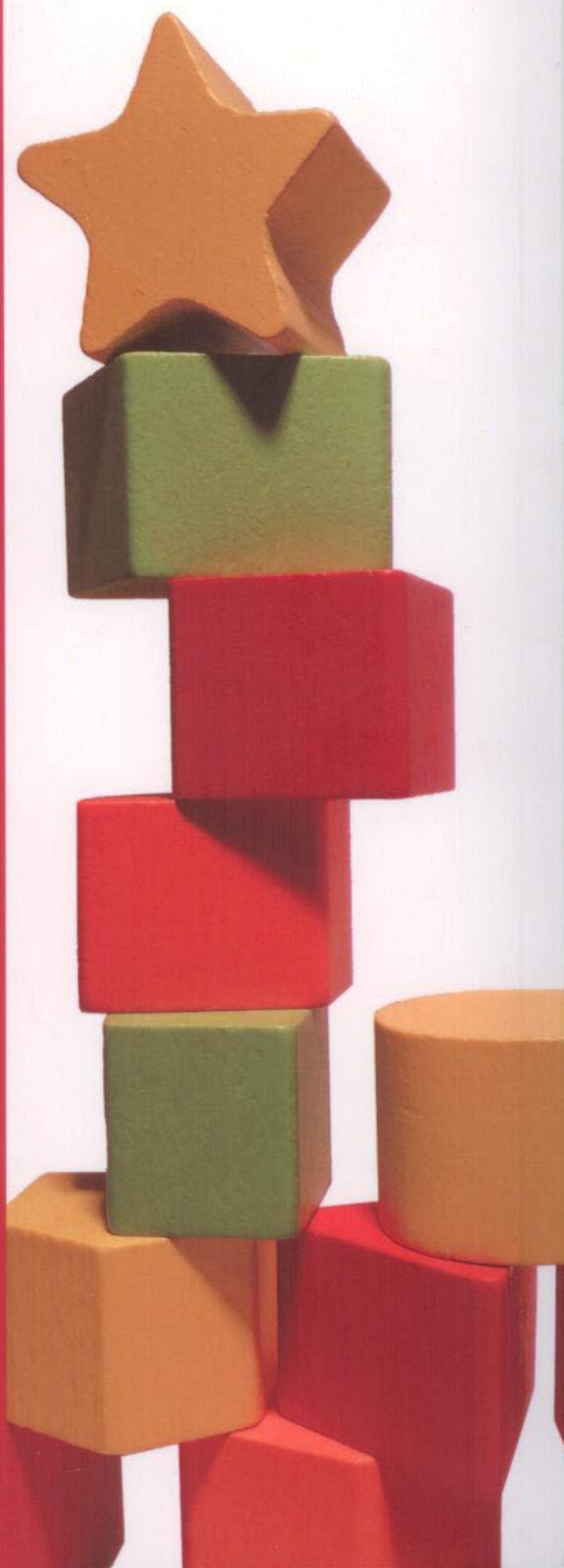
- Anna Banasiak** – dr, Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie
- Małgorzata Bednarska** – dr, Uniwersytet Wrocławski
- Irena Burczyk** – dr, Kolegium Nauczycielskie w Bytomiu
- Dominika Duraj** – mgr, Uniwersytet Śląski w Katowicach
- Krystyna Duraj-Nowakowa** – prof. zw. dr hab., Akademia Ignatianum w Krakowie
- Karin Fodorová** – mgr, Uniwersytet Ostrawski
- Natalia Gumińska** – mgr, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- Simona Hendrychová** – mgr, Uniwersytet Ostrawski
- Katarzyna Herda-Płonka** – dr, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
- Katarzyna Jadach** – dr, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
- Zdzisława Janiszewska-Nieścioruk** – dr hab., prof. UZ, Uniwersytet Zielonogórski
- Beata Jerzakowska** – dr, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
- Lidia Kęska** – mgr, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Elblągu
- Iwona Maria Kijowska** – dr, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Elblągu
- Maciej Kołodziejcki** – dr hab., prof. AH, Akademia Humanistyczna im. Aleksandra Gieyszтора w Pułtusku
- Patrycja Kozera-Mikuła** – mgr, Akademia Ignatianum w Krakowie
- Jolanta Maciąg** – dr, Akademia Pomorska w Słupsku
- Agata Miodek** – mgr, Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu
- Anna Porczyńska-Ciszewska** – dr, Uniwersytet Śląski w Katowicach
- Małgorzata Póltorak** – dr, Uniwersytet Rzeszowski
- Joanna Skibska** – dr, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej
- Anida Szafrąńska** – dr, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzejewskiego, Wydział Zamiejscowy w Tychach
- Justyna Wojciechowska** – dr, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej
- Magdalena Zając** – mgr, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu



Profilaktyka, diagnoza i terapia mają na uwadze nie tylko dążenie do prawidłowego rozwoju, ale również właściwe funkcjonowanie jednostki w środowisku. Okoliczności naszego istnienia są silnie osadzone w społeczeństwie, dlatego jakość relacji ze środowiskiem odgrywa istotną rolę w życiu każdego z nas. To wszystko jednoznacznie przemawia za tym, aby praca każdego pedagoga była nieustannie doskonalona i wzbogacana.

Koncepcja niniejszej publikacji została tak pomyślana, aby podział treści pozwolił na wyłonienie zasadniczych tematów: wielowymiarowości działań profilaktyczno-terapeutycznych, obszarów i zadań diagnozy pedagogicznej, muzyki w edukacji, działań pedagogicznych oraz zagadnień związanych z pracą terapeutyczną z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

(fragment Wstępu)



ISBN 978-83-64275-71-5



9 788364 275715