

REDAKTOR NACZELNY

dr Katarzyna Plutecka

REDAKTOR TEMATYCZNY

Karolina Cząstka

I rok Pedagogika Specjalna, studia 2 stopnia

RECENZJA WYDAWNICZA

dr hab. Grażyna Gunia prof. UP

ŁAMANIE

Karolina Cząstka

I rok Pedagogika Specjalna, studia 2 stopnia

REDAKCJA I KOREKTA W JĘZYKU POLSKIM

Katarzyna Bies

I rok Pedagogika Specjalna, studia 2 stopnia

Natalia Śmielek

III rok Pedagogika Przedszkolna i Wczesnoszkolna, studia 1 stopnia

REDAKCJA I KOREKTA W JĘZYKU ANGIELSKIM

Marta Kierońska

I rok International Business, studia 2 stopnia

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Biernacka

II rok Pedagogika Specjalna, studia 2 stopnia

Anna Czerwiec

I rok Pedagogika Przedszkolna i Wczesnoszkolna, studia 2 stopnia

SEKRETARZ

Magdalena Dąbrowska

I rok Pedagogika Specjalna, studia 2 stopnia

ISSN 2300–6463

Zeszyty Naukowe Pedagogiki Specjalnej
Rocznik Studenckiego Koła Naukowego Pedagogiki Specjalnej

Wydawca: Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków

DRUK I OPRAWA

*Zespół Poligrafii Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie*

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	5
------------	---

I. WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI W ŚWIELE BADAŃ EMPIRYCZNYCH

Katarzyna Stachowska

ROLA WCZESNEJ STYMULACJI FUNKCJI POZNAWCZYCH U DZIECI W ŚWIELE BADAŃ NEUROBIOLOGICZNYCH.....	7
---	----------

Karolina Cząstka

TEATROTERAPIA JAKO FORMA WSPIERANIA ROZWOJU DZIECI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI.....	13
---	-----------

Magdalena Dąbrowska

ZAJĘCIA TWÓRCZE JAKO CZYNNIK WSPIERAJĄCY ROZWÓJ DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ.....	19
--	-----------

Anna Czerwiec

WPLYW DOGOTERAPII NA STYMULACJĘ MAŁEJ MOTORYKI DZIECKA Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM.....	24
---	-----------

Anna Babińska

METODA 3I W TERAPII DZIECI Z AUTYZMEM.....	28
---	-----------

Monika Biedrzycka

METODA 3I JAKO NOWATORSKA FORMA WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA Z AUTYZMEM.....	33
--	-----------

Agnieszka Mrózek, Anna Wilczak

WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECKA Z AUTYZMEM PRZEZ ODPOWIEDNI SPOSÓB ODŻYWIANIA.....	38
---	-----------

Kinga Bobak

RZECZYWISTOŚĆ SZKOLNA DZIECI Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM. STUDIUM INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU.....	43
---	-----------

Magdalena Jaromin, Marta Machalica

DZIECKO ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI W MAŁŻEŃSTWIE ZRÓŻNICOWANYM ETNICZNIE. STUDIUM INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU.....	48
--	-----------

Izabella Chronowska-Benedyk

ZESPÓŁ DELECJI 22q13 W PRAKTYCE KLINICZNEJ I CYTOGENETYCZNEJ: OPIS NOWEGO PRZYPADKU (ZESPÓŁ PHELAN I McDERMID).....	53
--	-----------

Joanna Kądziołka, Karolina Wita-Banaszak

ROLA RODZICÓW WE WSPOMAGANIU DZIECKA ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI.....	58
---	-----------

II. WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI W ŚWIETLE LITERATURY

Katarzyna Bies

**DZIECI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI – OD CZEGO
ZACZĄĆ? O ZNACZENIU DIAGNOZY I UDZIELANIU ADEKWATNYCH FORM
WSPIERANIA ROZWOJU.....63**

Andrzej Grzegorz Maślany

**WYKORZYSTANIE ZAŁOŻEŃ TEORII INTEGRACJI SENSORYCZNEJ DO
WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECI Z ADHD.....69**

Izabela Majchrzak

**METODA KRAKOWSKA W TERAPII DZIECI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI
EDUKACYJNYMI.....74**

Barbara Udziela, Klaudia Rosiek

**CELE I DZIAŁANIA PROGRAMU „DŹWIĘKI MARZEŃ” WE WCZESNYM
WSPOMAGANIU ROZWOJU DZIECI NIEŚLYSZĄCYCH.....78**

Karolina Kilar

**METODA DOBREGO STARTU A WSPOMAGANIE ROZWOJU OSÓB
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ.....82**

III. WYWIADY

Aleksandra Lewczyk

**PROGRAM THE GATEWAY AWARD JAKO AKTYWIZUJĄCA METODA
W PRACY Z DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
INTELEKTUALNĄ.....85**

Aneta Lukoszek

**W POSZUKIWANIU ZALET BIBLIOTERAPII W PRACY Z DZIEĆMI ZE
SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI.....89**

Paulina Maciejaszek

**NIE WSZYSTKIE ANIOŁY MAJĄ SKRZYDŁA. WYWIAD Z KSIĘDZEM
ŁUKASZEM MICHALCZEWSKIM O TYM, JAK KOŚCIÓŁ WSPIERA OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ.....94**

IV. SPRAWOZDANIA

Karolina Cząstka, Magdalena Dąbrowska

„USPRAWNIAMY MYŚLENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI” PO RAZ DRUGI!

.....97

Karolina Cząstka, Anna Czerwiec

**SPRAWOZDANIE Z WARSZTATÓW JĘZYKOWO-ARTYSTYCZNYCH
O CHARAKTERZE INTEGRACYJNYM PROWADZONYCH PRZEZ
MIĘDZYKONTRAKTOWĄ GRUPĘ THE YOUNG AMERICANS.....101**

Wstęp

Rozważania podjęte w siódmym numerze Zeszytów Naukowych Pedagogiki Specjalnej są ściśle związane z intensywnie przebiegającą zmianą społeczną, szczególnie widoczną nie tylko na gruncie teorii, ale i praktyki pedagogiki specjalnej. Niniejszy numer jest próbą odpowiedzi „młodych naukowców” na intencjonalne rozwiązania prawne i organizacyjne mające na celu wspomaganie rozwoju dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W formach oddziaływań wspomagania rozwoju dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi szczególnie nacisk zwrócili autorzy na potrzebę rozpoczęcia jak najwcześniej pomocy i opracowania interdyscyplinarnej diagnozy, która jest podstawą do skonstruowania, a następnie wdrożenia indywidualnego programu rehabilitacyjno- terapeutycznego przez zespół specjalistów. W prezentowanych artykułach wyraźnie widać narastającą świadomością w zinstytucjonalizowanych strukturach, a także w mniej lub bardziej trwałych kręgach społecznych. Innymi opisanymi czynnikami, wpływającymi na wspomaganie rozwoju są adresat i realizator wspomagania. W zależności od związku adresata z różnymi systemami (od makrosystemu po egzosystem) proces wspomagania rozwoju może mieć charakter bezpośredni lub pośredni. W kontekście prezentowanej problematyki jakże aktualnego znaczenia nabiera odpowiedzialność terapeuty w działaniach dla innych osób, jego wrażliwość na specjalne, specyficzne czy inne potrzeby rozwojowe i edukacyjne, a także podmiotowość i niezależność adresatów wspomagania rozwoju. Takie głębokie refleksje powinny towarzyszyć pedagogom specjalnym, którzy muszą w oddziaływaniach leczniczo- rehabilitacyjnych czy terapeutyczno - edukacyjnych dokonywać wyboru między bezwzględnością biurokracją, prawem a praktycznym sposobem myślenia, postępowania.

Podsumowując, składam serdecznie podziękować dr hab. Grażynie Guni prof. UP za konstruktywne uwagi i recenzję wydawniczą. Dziękuję Zespołowi Redakcyjnemu za podjęcie trudu opracowania kolejnego numeru naszego czasopisma. Zainteresowanym Czytelnikom życzę uważnej lektury.

dr Katarzyna Plutecka

Z recenzji wydawniczej:

Współczesne ujęcie przedmiotu i podmiotu badań pedagogiki specjalnej jako teoretycznej i praktycznej dyscypliny naukowej wymaga transdyscyplinarnego podejścia do dziecka ze specjalnymi/specyficznymi potrzebami edukacyjnymi. Dlatego kształcenie i wychowanie osób z niepełnosprawnością lub zagrożonych niepełnosprawnością wymaga od pedagoga ustawicznego poszukiwania nowych rzeczywistości wspomagających jakość życia szczególnie dzieci w biegu ich życia, w wymiarze ogólnym i indywidualnym, uwzględniającym specyficzne trudności rozwoju, uczenia się. Otwarcie studentów – przyszłych pedagogów specjalnych na wielość i zróżnicowanie metod i form pracy w wychowawczo-terapeutycznej jest siłą alternatyw edukacyjnych, które zdaniem B. Śliwerskiego (2010, s. 467) są podstawą

do wymiany poglądów, idei, prezentacji rozwiązań teoretycznych i praktycznych, do prowadzenia sporów lub poszukiwań będących tworzeniem nowej rzeczywistości edukacyjnej, z której w kolejnych latach będą mogli korzystać w swojej praktyce pedagogicznej nauczyciele-terapeuci. Autorzy artykułów pod kierunkiem naukowym dr Katarzyny Pluteckiej podjęli trud poszukiwania alternatyw edukacyjno-terapeutycznych w ujęciu teoretyczno-poznawczym, empirycznym, w postaci opisu indywidualnych przypadków, form wywiadu narracyjnego. Efektem tych poszukiwań jest przedstawiony do recenzji kolejny numer seryjnej publikacji.

dr hab. Grażyna Gunia prof. UP

Śliwerski B. (2010). Pedagogika alternatywna [w:] Pedagogika tom 4,
B. Śliwerski, (red). Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk.

I. WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI W ŚWIELE BADAŃ EMPIRYCZNYCH

Katarzyna Stachowska

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

II rok Pedagogika Specjalna, studia 2 stopnia

II rok Filologia Polska, studia 2 stopnia

Rola wczesnej stymulacji funkcji poznawczych u dzieci w świetle badań neurobiologicznych

Współczesne myślenie o diagnozie i terapii wymaga od specjalistów uaktualniania i poszerzania swojej wiedzy na temat najnowszych badań z zakresu neurobiologii. Przewrót w badaniach nad mózgiem, jego mechanizmami i możliwościami stymulacji poszczególnych funkcji ukazał terapeutom nowe perspektywy działania, dając jednocześnie sposobność do realizowania skutecznej i docelowej pomocy dzieciom z zaburzeniami rozwoju. Badania z zakresu neurobiologii i neuropsychologii dowodzą także znaczenia wczesnej diagnozy i stymulacji jako wielkiej szansy w pracy terapeutycznej. Wydaje się szczególnie ważne, aby podkreślać jej rolę w kontekście dzisiejszego stylu życia. Zmieniający się świat, pośpiech, zaawansowane technologie, nowe modele relacji społecznych i metod komunikacji to czynniki niosące ze sobą ryzyko powstawania wielu problemów. Wynikają one z niedostosowania mózgu do ciągłych, szybkich, ilościowych i jakościowych zmian, jakich wymaga współczesność (M. Korendo, 2010). Rozumienie świata zewnętrznego i uczestniczenie w nim wymaga od dziecka nie tylko odbierania bodźców, ale także ich integracji i przetwarzania. Procesy te, determinujące prawidłowy i harmonijny rozwój, wymagają odpowiedniej stymulacji z uwzględnieniem najnowszej wiedzy neurobiologicznej.

Wczesne wspomaganie rozwoju w kontekście współczesnego stylu życia

Stymulację, czyli terapię małego dziecka, należy rozumieć jako *świadome, systemowe oddziaływanie specjalistów i środowiska domowego na wszystkie sfery poznawcze, w celu optymalnego niwelowania skutków zaburzeń spowodowanych uszkodzeniami genetycznymi lub okołoporodowymi* (J. Cieszyńska, M. Korendo, 2007, s. 15). Liczba dzieci z owymi zaburzeniami wzrasta. Z roku na rok do poradni i gabinetów specjalistycznych zgłasza się coraz większa liczba dzieci wymagających intensywnych oddziaływań terapeutycznych. W instytucjach tych dzieci mogą liczyć na zajęcia z zakresu wczesnego wspomaganie rozwoju, najczęściej jednak dotyczą one rozwoju motorycznego. Liczne metody, narzędzia, scenariusze zajęć z małym dzieckiem dają specjalistom sposobność prowadzenia zajęć usprawniających i pobudzających aktywność ruchową. Niestety zaniedbywana jest sfera poznawcza - spostrzeganie, mowa, uczenie się, myślenie oraz pamięć. Wydaje się, że większość logopedów, pedagogów, psychologów nie potrafi stymulować kompetencji kognitywnych u małych dzieci. Należy jednak podkreślić, że takie programy

i narzędzia powstały i pozostają w zasięgu każdego specjalisty. Wychowywanie i rozwój dzieci w XXI w. różni się znacząco od tradycyjnego modelu sprzed ćwierćwiecza. Jednym z powodów przewrotu w relacjach społecznych i kulturowych są zaawansowane technologie. Telefony, smartphony, komputery, wyszukiwarki internetowe, tablety, PlayStation, a przede wszystkim telewizja to media determinujące codzienne życie, mające uprzywilejowane miejsce nie tylko w domu każdej rodziny ale i w jej harmonogramie dnia. Codziennosc współczesnej rodziny badacze porównują do dworca kolejowego: rodzice i dzieci żyją obok siebie, zajęci własnymi sprawami często nie zauważają swojej obecności. *Wychodzą i przychodzą niezależnie od siebie o różnych porach. Jedyne chwile, w których są razem – nie licząc przejazdów samochodem – wypełnia nieustannie grający telewizor* (J. Anderson, R. Wilkins, 2000, s.30). Wiek XXI to czas wysokich technologii i ich oddziaływań na użytkowników. Stały kontakt z digitalnymi urządzeniami pobudza przemiany komórek mózgowych i uwalnianie się neuroprzekazników, wzmacniając stopniowo nowe szlaki neuronowe w naszych mózgach i osłabiając stare. Wskutek obecnej rewolucji technologicznej mózg zmienia się szybciej niż kiedykolwiek (G. Small, G. Vorgan, 2011). Dlatego trzeba podkreślić, że wspomniana cyfrowa rewolucja przyniosła ze sobą nie tylko zauważalne modyfikacje w relacjach społecznych czy w sposobie spędzania wolnego czasu. Technologia zmienia także sposób myślenia, odczuwania, zachowania, a co najbardziej przerażające wpływa na transformacje w budowie mózgu, modyfikując jednocześnie sposób jego działania. Najbardziej narażone na negatywne konsekwencje zmian w naszej codzienności są dzieci. Przecież ich prawidłowy rozwój poznawczy determinowany jest umiejętnością odbioru bodźców z otoczenia i przystosowaniem ich do własnych potrzeb. Nieprawidłowości w przebiegu tych procesów spowodowane mogą być uszkodzeniem samego mózgu, wadliwym odbiorem bodźców, ale także niewłaściwym wpływem otoczenia (M. Bitniok, 2007). Ostatni wymieniony czynnik wiąże się szczególnie ściśle z rewolucyjnymi zmianami naszej współczesności. Stąd postulat wczesnej, ukierunkowanej na holistyczny rozwój stymulacji funkcji poznawczych, która daje nadzieję na szybką pomoc nawet najmłodszym dzieciom przejawiającym zaburzenia w rozwoju.

Mózgowa organizacja funkcji poznawczych – przetwarzanie bodźców

Mózg, zasady jego funkcjonowania i jego wpływ na zachowanie to tematy pasjonujące specjalistów różnych dziedzin, nie tylko zajmujących się szeroko rozumianą neurobiologią. Ustalono, że nawet najprostsze zachowanie wymaga błyskawicznego i zsynchronizowanego działania wielu obszarów mózgu (A. Wróbel, 1997). Dzięki nowoczesnym metodom badawczym takim jak neuroobrazowanie ukazano złożone mechanizmy działania centralnego i obwodowego układu nerwowego jako niepodzielnej całości, umożliwiając tym samym zaplanowanie skutecznych oddziaływań terapeutycznych. Należy zatem podkreślić, że brak jednej umiejętności ogranicza możliwości rozwoju pozostałych funkcji, a z czasem wstrzymuje dalszy ich rozwój (J. Cieszyńska, 2011). Pedagodzy i logopedzi planowanie pracy usprawniającej rozwój dziecka powinni więc opierać na założeniach mózgowej organizacji czynności poznawczych. Tylko wówczas procesy diagnostyczne

i terapeutyczne nie będą intuicyjne i uproszczone a świadome, nieprzypadkowe i celowe.

Proces akomodacji, czyli przetwarzania informacji, wymaga zintegrowania i współpracy między sobą licznych ośrodków mózgowych. Półkule mózgowe ukierunkowały się w pełnieniu poszczególnych funkcji. Oferują one odmienne strategie rozwiązywania problemów i wspólnie dążą do ich rozwiązania, choć jedna z półkul może być bardziej wyspecjalizowana w danej dziedzinie (A. Grabowska, 1997). Przetwarzanie bodźców możemy zatem ująć jako strategie prawo- i lewopółkulowe. Półkula lewa nazywana sekwencyjną, werbalną widzi rzeczywistość podzieloną na części, językowo, logicznie. Prawa półkula – holistyczna, ujmuje świat całościowo i przestrzennie. Z tej wiedzy wynika, że dominacja jednej z półkul wpływa na procesy myślowe, spostrzeganie i interpretację bodźców, a tym samym na proces uczenia się. Do informacji podstawowych, na temat lateralizacji wyższych czynności mózgowych należy następująca charakterystyka: lewa półkula mózgu odpowiada za funkcje werbalne, związane z czytaniem i pisaniem, rozumieniem, mówieniem, tworzeniem pojęć, pamięcią słowną wyobrażeń, rozumieniem symboli liczbowych. Funkcje werbalne umiejscowione w lewej półkuli obejmują także kontrolę mięśni artykulacyjnych. Zaangażowana jest w poczucie rytmu oraz percepcję somatosensoryczną. Prawa półkula działa całościowo, dominując w procesach informacyjnych, które nie są odczytywane drogą werbalizacji. W czasie jej pracy uruchamiają się procesy gromadzenia danych spostrzeżeńowych, wzrokowe rozpoznanie kształtów, rysunku, formy, percepcji orientacji przestrzennej i perspektywy, kopiowania i rysowania figur geometrycznych, wzorów i obrazków. Prawa półkula odpowiada także za zdolności muzyczne, ale wyłącznie te, które nie wymagają analizy i przetwarzania niewerbalnych dźwięków. Specjalizuje się w rozumieniu żartów i wypowiedzi humorystycznych, odnosi się do nadawania i odbierania tonów i rytmu mowy (A. Brangdon, D. Gamon, 2010, s.20).

Najintensywniejszy rozwój mózgu dziecka lokuje się na pierwsze dwa do trzech lat życia. Jest to czas największej wrażliwości układu nerwowego na stymulację. Wcześniej podjęte działania dają nadzieję nie tylko na efektywną kompensację zaburzonych obszarów i funkcji mózgu, ale też na ich substytucję (J. Cieszyńska, M. Korendo, 2007, s. 126). Pod koniec trzeciego roku kończy się fundamentalna faza kształtowania się układu nerwowego. Jeżeli dziecko ma w tym stadium niewielki zasięg doświadczeń i ograniczone pole działania, nie wytwarza się wówczas wiele z możliwych połączeń między neuronami, a wzrost całego mózgu jest o 25-30% mniejszy (R. Patzlaff, 2008). Wynika stąd konieczność podkreślenia roli wczesnej stymulacji. W jej wyniku oraz w efekcie dostarczania cennych bodźców środowiskowych, tworzy się sieć połączeń, która wyznacza poziom możliwości ludzkiego umysłu, warunkuje też tempo jego pracy. Powyższe informacje są niezmiernie ważne dla terapeutów i nauczycieli i powinny wyznaczać drogę ich działań. Jest to bowiem dowód na to, że wczesna pomoc terapeutyczna, wczesna nauka i stymulacja ma wybitnie ważne znaczenie w późniejszym rozwoju dziecka, oraz na to że straty wynikające z opóźnień w rozpoczęciu terapii są czasem nie do uzupełnienia. We wczesnym dzieciństwie mózg w sposób naturalny, zdecydowanie łatwiej podlega formowaniu i przekształceniom niż w późniejszych okresach. Terminem „plastyczności”, czy „neuroplastyczności” mózgu nazywamy mechanizmy, które

sprawiają, że neuronalne związki i mapy korowe są ciągle kształtowane przez wpływ doświadczenia i uczenie się. Można powiedzieć więc, że mózg po części formuje się sam (M. Gut, 2007). Oczywiście, owa plastyczność mózgu nie zanika w późniejszych latach życia lecz nabywanie nowych umiejętności i przekształcanie mózgu w celach kompensacyjnych jest już o wiele trudniejsze. Połączenia neuronowe z czasem zostają utrwalone i nawykowo reagują w określony sposób (M. Kossut, www.fundacjarozwojunauki.pl).

Funkcjonowanie poznawcze współczesnych pierwszoklasistów – raport z badań

Badaniami objętych zostało czterdzieścioro pierwszoklasistów z ogólnodostępnej szkoły podstawowej w Jaworznie (województwo śląskie). Metody zastosowane w trakcie badań to: test osiągnięć szkolnych oraz metoda sondażu. Technikami, jakimi posłużono się w ramach wymienionych metod, były: test praktyczny oraz technika sondażu z zastosowaniem wywiadu swobodnego (M. Łobocki, 2008). W pierwszej części badania wykorzystano narzędzie badawcze – Test SWM sprawdzający funkcjonowanie dzieci w sferze poznawczej (dominacja stronna, funkcje wzrokowe, funkcje słuchowe, pamięć, użycie języka, grafopercepcja) służący diagnozie ryzyka dysleksji. W drugiej części narzędzie stanowił skonstruowany na potrzeby badania zestaw pytań. Wyniki wykazały znaczące deficyty, a w niektórych przypadkach poważne zaburzenia ze spektrum dysleksji. Ponad 51% zdiagnozowanych dzieci przejawia umiejętności poniżej normy przewidzianej dla sześciolatków, z czego prawie połowa na alarmująco niskim poziomie. Wyniki pozostałych dzieci znajdują się „w normie”, lecz tylko 10% z nich (czworo dzieci) uzyskało wysokie punktacje. Zadania z którymi dzieci miały najmniej trudności, dotyczyły analizy i syntezy wzrokowej i grafopercepcji. Wyniki najniższe dotyczyły percepcji słuchowej i umiejętności posługiwania się językiem.

Część drugą badania stanowił krótki wywiad z dziećmi dotyczący sposobów spędzania przez nie wolnego czasu i obecności mediów w ich harmonogramie dnia. Pytałam o to, co robią po szkole. Czy codziennie oglądają telewizję, rano czy wieczorem? Jakie są ich ulubione bajki/programy telewizyjne? Czy grają na komputerze, PSP, Play Station? Jakie są ich ulubione gry? Odpowiedzi na te i inne, wynikające z rozmowy pytania udowodniły, że ekran to najwierniejszy towarzysz codziennych zabaw. Tylko jedno dziecko spośród przebadanych przeze mnie nie posiada w domu telewizora. W przypadku pozostałych telewizor i komputer uruchomione są każdego dnia dostarczając rozrywki i relaksu, uatrakcyjniając jedzenie posiłków, ubieranie się i wychodzenie do szkoły, a nawet towarzysząc podczas odrabiania lekcji.

Szczegółowa analiza badań wykazuje, że dzieci będące obecnie w pierwszej klasie, już w wieku przedszkolnym potrzebowały intensywnej stymulacji funkcji poznawczych. Bardzo niskie wyniki testu są świadectwem pewnych zaniedbań, które z pewnością mogłoby zniwelować odpowiednie aktywizowanie zaburzonych czynności. Niestety w rzeczywistości edukacyjnej praktyka wczesnej, całościowej diagnozy wśród przedszkolaków nie jest popularna. Opóźnienia na tym etapie tłumaczy się płcią lub możliwością odwlekania w czasie pewnych umiejętności (*on ma jeszcze czas, chłopcy później zaczynają mówić/chodzić*). Wydaje się jednak, że częstym

powodem późnej diagnozy jest niedostateczna wiedza specjalistów na temat mózgowych mechanizmów poznawczych (Cieszyńska, 2010). Dlatego należy podkreślić, że tylko wczesna i odpowiednia stymulacja zaburzonych funkcji warunkuje powodzenie terapii i poprawę jakości funkcjonowania dziecka w świecie. Współczesny terapeuta nie musi poszukiwać wciąż nowych, nietypowych narzędzi i metod lecz powinien opierać swoje działania na neuroplastyczności mózgu i rozumieć stymulację jako uczenie się powodujące wytwarzanie nowych połączeń neuronalnych.

Bibliografia

1. Anderson J., Wilkins R.: *Żegnaj telewizorku. Jak nauczyć swoją rodzinę rozsądnie korzystać z telewizora, gier komputerowych i Internetu*, Wyd. Adamantan, Warszawa, 2000.
2. Bitniok M.: *Przegląd zaburzeń mowy na tle neurologicznym u dzieci w różnym wieku* (w:) *Logopeda*, nr 1(4)/2007.
3. Brangdon A., Gamon: *Rozwiń swój umysł. Ćwiczenia dla lewej półkuli mózgu*, Wyd. K.E. Liber, Warszawa, 2010.
4. Cieszyńska J.: *Terapia neurobiologiczna zaburzeń komunikacji językowej*, (w:) Michalik M. (red.), *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, Kraków, 2011.
5. Cieszyńska J., Korendo M.: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*, Wyd. Edukacyjne, Kraków, 2007.
6. Cieszyńska J.: *Zaburzenia linearnego porządkowania, czyli dysleksja*, (w:) J. Cieszyńska, Z. Orłowska-Popek, M. Korendo (red.) *Nowe podejście w diagnostyce i terapii logopedycznej – metoda krakowska*, Wyd. Naukowe UP, Kraków, 2010.
7. Grabowska A.: *Asymetria półkul mózgowych*, (w:) T. Górską, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.), *Mózg a zachowanie*, Wyd. PWN, Warszawa, 1997.
8. Gut M.: *Zmiany plastyczne w zdrowym i chorym mózgu*, (w:) *Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych*, T. 56, nr 1-2, Warszawa, 2007.
9. Korendo M.: *Zaburzenia mechanizmów lewopółkulowych i ich objawy w zachowaniach i procesie uczenia się dzieci*, (w:) J. Cieszyńska, Z. Orłowska-Popek, M. Korendo (red.) *Nowe podejście w diagnostyce i terapii logopedycznej – metoda krakowska*, Wyd. Naukowe UP, Kraków, 2010.
10. Kossut M.: *Synapsy i plastyczność mózgu*, (w:) *Nauka światowa i polska*, wydawnictwo online, www.fundacjarozwojunauki.pl.
11. Łobocki M.: *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wyd. Impuls, Kraków, 2008.
12. Patzlaff, R.: *Zastygłe spojrzenie. Fizjologiczne skutki patrzenia na ekran*, Wyd. Impuls, Kraków, 2008.
13. Small G., Vorgan G.: *iMózg. Jak przetrwać technologiczną przemianę współczesnej umysłowości*, Wyd. Vesper, Poznań, 2011.
14. Wróbel A.: *W poszukiwaniu integracyjnych mechanizmów działania mózgu*, (w:) T. Górską, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.) *Mózg a zachowanie*, Wyd. PWN, Warszawa, 1997.

The role of cognitive functions stimulation in children of preschool age in terms of neurobiological researches

The article discusses the role of early stimulation of cognitive functions for the harmonious and integrated development of the child with reference to neurobiological assumptions.

The author emphasizes that particularly important is a recognition of human development as a sequence of successive stages of individual cognitive and physical functions. Simultaneously, the interdependence between them should be also recognized because only the stimulation focused on the holistic development can bring the expected benefits.

Teatroterapia jako forma wspierania rozwoju dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Wspieranie rozwoju dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi realizowane jest poprzez stosowanie różnorodnych metod i form pracy. Coraz częściej zwraca się uwagę na wykorzystywanie w pracy różnych form arteterapii, czyli leczenia przez sztukę. Jednym z rodzajów arteterapii jest teatroterapia, która jest narzędziem wzbogacającym osobowość i dającym możliwość wewnętrznego wzrostu. Teatroterapia wpływa „oczyszczająco” na psychikę człowieka, pozwala na odreagowanie stłumionych emocji. Pozwala także na zmianę zachowania, umożliwiając lepsze przystosowanie się. Podczas tworzenia indywidualnych postaci scenicznych dokonywana jest najważniejsza praca nad sobą poprzez odnalezienie się i określenie w nowej, nieznannej sytuacji. Teatr rozwija i wzbogaca człowieka, niweluje problemy behawioralne – społeczne i poznawcze – emocjonalne (E.J. Konieczna, 2006).

Istota i cele teatroterapii

Dzięki tak szerokiemu wpływowi teatroterapii często wykorzystywana jest ona w pracy z osobami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Według K. Krawieckiej (2010, s.224), która na co dzień prowadzi zajęcia teatralne dla osób z niepełnosprawnością, „istotą pracy z teatrem młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie jest przygotowanie spektaklu, który wyrasta z przekonań, postaw, myśli i wrażeń wszystkich uczestników zespołu”. Celem tego typu terapii powinno być przede wszystkim:

- „rozwijanie i ukierunkowywanie wyobraźni i wrażliwości poprzez wspólne tworzenie przedstawień teatralnych i poszukiwanie oryginalnych form wypowiedzi scenicznej;
- usprawnianie koordynacji ruchowej poprzez ćwiczenia rozwijające samodzielną ekspresję ciała, ćwiczenia ruchu, rytmiki i tańca;
- rozwijanie twórczego potencjału każdego uczestnika;
- doskonalenie umiejętności twórczego współdziałania w grupie” (K. Krawiecka, 2010, s. 223).

Z jednej strony celem tego typu zajęć jest wpływ na wszechstronny rozwój i oddziaływanie terapeutyczne, zaś z drugiej stworzenie takich możliwości dla uczestników teatroterapii, by mimo różnych barier każdy mógł uczestniczyć w przedstawieniu, wzbogacić je swoją osobowością oraz czerpać przyjemność z uczestnictwa w spektaklu.

Rodzaje teatroterapii

W literaturze najczęściej podaje się następujące trzy rodzaje teatroterapii: psychodramę, dramę i pantomimę. Psychodrama wykorzystywana jest często w psychiatrii. Pozwala rozpoznawać i leczyć zaburzenia psychiczne. Jej istotą jest przede wszystkim wyrażanie przeżyć i konfliktów pacjentów poprzez krótkie przedstawienie sceniczne, w którym uczestniczą zarówno pacjenci, jak i terapeuta. Celem jest aktywizacja uczestników do odtwarzania ważnych dla nich sytuacji i zachowań, które są związane z ich stanem chorobowym, a dotąd nie zostały odreagowane. Najistotniejsze jest jednak *katharsis*, czyli oczyszczenie. Uczestnicy mogą podzielić się swoimi lękami i nadziejami z innymi, mają szansę na wgląd w sferę emocjonalną, na uzewnętrznienie tego co wewnętrzne. Drama ułatwia i przyspiesza naukę, wpływa na wszechstronny rozwój, zapewnia społeczne i twórcze życie, często wykorzystywana jest więc w edukacji. Dramę trzeba rozpatrywać jako „metodę pomocniczą w nauczaniu różnych przedmiotów szkolnych lub samodzielną metodę kształcenia osobowości człowieka poprzez rozwijanie wyobraźni i wrażliwości, uczenie aktywnej twórczości, kształcenie umiejętności współpracy z innymi ludźmi” (K. Milczarek-Pankowska [za:] E.J. Konieczna, 2006, s.69). Drama integruje i aktywizuje, pozwala na samopoznanie i zdobycie wiedzy o innych osobach. Natomiast pantomima to nieme widowisko sceniczne, w którym wykorzystuje się mowę ciała, gesty i mimikę. Ekspresja własnego ciała i język niewerbalny pozwala na prezentację emocji, uczuć, zdarzeń. Celem pantomimy jest bowiem bezpośrednie wyrażenie myśli i uzyskanie nowych spostrzeżeń na temat problemu, uwolnienie swoich uczuć, samooczyszczenie, kształtowanie samokontroli, korygowanie niepożądanych zachowań i poszerzenie repertuaru swoich zachowań (E.J. Konieczna, 2006).

Poza psychodramą, dramą i pantomimą często zwraca się uwagę również na terapię poprzez sztuki teatralne, która pośrednio związana jest z teatroterapią. Celem terapii poprzez sztuki teatralne jest aktywizacja uczestników do przeżywania emocji i przygotowanie ich do aktywnego życia w kulturze. Jej głównymi środkami jest balet, pantomima, teatr dramatyczny i różne formy teatru słowa śpiewanego. Ważną rolę odgrywa również słowo oraz wyrażanie swoich uczuć poprzez utożsamianie się z przeżyciami bohaterów, w których się wcielają. Wykorzystywanie autoprojektacji wyzwala stopniowo od napięcia, pozwala uczestnikowi spojrzeć trzeźwo na swoją sytuację. Terapia poprzez sztuki teatralne jest ukierunkowana na zmianę nastawienia i przekonań życiowych uczestników zajęć, pozwala wyrazić nieuświadomione uczucia i wpływa na harmonijny rozwój osobowości (E.J. Konieczna, 2006).

Oddziaływanie teatroterapii na rozwój dziecka niepełnosprawnego

Teatroterapia odgrywa ważną rolę w terapii osób z różnymi zaburzeniami rozwojowymi. Znajduje zastosowanie w psychiatrii, psychologii i pedagogice. W psychiatrii i psychologii wykorzystuje się głównie psychodramę, zaś w pedagogice dramę. Dzięki tak szerokim możliwościom staje się idealnym narzędziem do pracy z osobami z niepełnosprawnością. Przede wszystkim odwołuje się do

podstawowych potrzeb człowieka – do potrzeby tworzenia i zabawy, a iluzje, wcielanie się w różne role, zabawy „na niby” czy odgrywanie scenek sytuacyjnych są ulubionymi zabawami dzieci. Celem zajęć teatroterapeutycznych jest realizacja spektaklu, czyli wspólnego dzieła uczniów i opiekunów. Rezultatem długich, często kilkumiesięcznych przygotowań i ciężkiej pracy każdej z osób, jest premiera spektaklu, który jest jednocześnie wyraźnym komunikatem: Ja jestem, Ja istnieję, jestem aktorem, jestem innym człowiekiem, niż ten, którego znacze. Nawet najmniejszy sukces dla osoby z niepełnosprawnością jest bardzo ważny. Motywuje to do dalszej pracy, do działania. Bardzo istotne jest również to, że tego typu zajęcia wpływają na rozwój: poznawczy, emocjonalny, osobowościowy, fizyczny i społeczny, a także rozwija język i mowę dziecka (A.M. Kielar, 2007).

Wpływ na rozwój poznawczy jest niezaprzeczalny. Różnego rodzaju ćwiczenia oddziałują na pamięć, koncentrację, uwagę i spostrzegawczość. Działanie, zabawa powoduje nie tylko przyswojenie nowych tekstów, ale także, co za tym idzie, zdobywanie wiedzy. Uczestnicy wcielając się w różnorakie role, rozwijają wyobraźnię i fantazję, poszerzają ogólną wiedzę, gdyż utwory i spektakle dotyczą za każdym razem innej tematyki. Pobudza to potrzebę zdobywania wiedzy o świecie, o drugim człowieku i prowokuje do konfrontowania jej z samym sobą. Zajęcia uczą również kojarzenia, wyciągania wniosków i uzasadniania określonego postępowania (J. Kwaśniowska, 2003; A.M. Kielar, 2007). J. Stadnicka (1998) podaje, że dzięki zajęciom łączącym muzykę, ruch i słowo, dzieci zdobywają wiedzę i umiejętności, mimo iż nie jest to celem terapii, a jednak staje się środkiem, który wpływa na poprawę stanu psychicznego i fizycznego.

Teatroterapia wpływa na rozwój emocjonalny, pozwala zrozumieć uczucia własne i uczucia innych osób, odczytywać emocje, nazywać je, odpowiednio reagować i okazywać. Pomaga przełamać nieśmiałość, pokonać lęk przed nowym doświadczeniem, wyładować nagromadzone napięcia. Tego typu terapia wprowadza dziecko w świat ról, nastrojów odmiennych od tych, w których normalnie funkcjonuje. Kształtuje także tożsamość dzieci, pomaga oddzielić siebie od otaczającej rzeczywistości, pokonać niechęć do wprowadzania zmian, co stanowi problem dla wielu dzieci. W czasie zajęć każde dziecko jest tak samo ważne, czuje się potrzebne, czuje, że robi coś dla siebie i dla innych, co wpływa na wzrost jego poczucia wartości. Uczy się akceptacji siebie. Scena pozwala mu odnieść sukces, co jest bardzo ważne dla dzieci z niepełnosprawnością, które w innych dziedzinach czasem nie odnoszą sukcesów. Uczestnicy uczą się cierpliwości, rzetelności, odwagi i wzmacnia się ich wewnętrzna mobilizacja do pokonywania trudności (A.M. Kielar, 2007). Najważniejszym osiągnięciem tego typu zajęć, często zauważanym przez praktyków i podawanym w literaturze, jest przede wszystkim „wyrobienie u dzieci umiejętności przełamywania strachu i nieśmiałości przed wyjściem na scenę, rozbudzenie poczucia własnej wartości i możliwości zaistnienia we własnej społeczności” (D. Raczkiewicz, M. Teterycz, 2001, s.104). Jest to bardzo istotne dla ogólnego rozwoju dziecka z niepełnosprawnością.

Teatroterapia oddziałuje na rozwój fizyczny, co przejawia się w aktywizowaniu całego ciała, doskonaleniu i harmonizowaniu ruchu scenicznego. Dzieci dzięki temu mogą lepiej poznać własne ciało, kontrolować swoje ruchy i ujawnić możliwości ruchowe. Wszelkie ćwiczenia wyrabiają zwinności i precyzję

ruchów, co jest bardzo istotne dla ogólnego funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością. Zajęcia pomagają korygować mikrodefekty ruchowe i dyscyplinują dzieci z nadpobudliwością psychoruchową dzięki temu, że ich uwaga ukierunkowana jest na określone zadanie. Teatroterapia ma także wpływ na rozwój społeczny. Pozwala nawiązać nowe znajomości, wyprowadza z osamotnienia, integruje ze środowiskiem. Uczy także współpracy i działania w grupie oraz współodpowiedzialności za tworzone przedstawienie. To wszystko kształci wrażliwość estetyczną dziecka, rozwija jego teatralne i czytelnicze zainteresowania, wdraża do korzystania z dorobku kultury. Bardzo ważne jest to, że zajęcia zaspokajają potrzebę bycia akceptowanym i zauważonym, co jest istotne dla dzieci z niepełnosprawnością, które często czują się nieakceptowane, odepchnięte, niedocenione. Na scenie osoby z niepełnosprawnością pokazują, że są w pełni sprawne na miarę swoich możliwości i mogą zrobić coś dla innych, by stać się zauważonym i docenionym (A.M. Kielar, 2007; D. Raczkiewicz, M. Teterycz, 2001). W taki sposób ujmowana teatroterapia pełni funkcję integracyjną, „może być środkiem zintegrowania jednostki ze zbiorowością, jej społecznieniem, uczestnictwa w przeżyciach, doświadczeniach i ideałach innych ludzi” (A. Zabiegaj, 2009, s.175).

Zajęcia wpływają na rozwój języka i mowy, wzbogacając słownik bierny i czynny. W czasie każdej próby zwraca się uwagę na poprawność mowy, dykcję, wyraźne mówienie, co pozytywnie wpływa na rozwijanie umiejętności komunikacyjnych. Jednocześnie wzmacnia to w dziecku chęci do porozumiewania się z otoczeniem w sposób werbalny (A.M. Kielar, 2007; J. Stadnicka, 1998).

Studium indywidualnego przypadku

By móc przekonać się o właściwościach prowadzonych zajęć i ich wpływie na rozwój dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, przeprowadzono badania jakościowe, których celem było przedstawienie istoty teatroterapii dla rozwoju dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w poszczególnych sferach oraz zbadanie możliwości integracji ze zdrowymi rówieśnikami na płaszczyźnie artystycznej. Jako metodę badań zastosowano studium indywidualnego przypadku, technikę wywiad, a narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz wywiadu w opracowaniu własnym. Sformułowano zatem następujący problem badawczy:

W jaki sposób teatroterapia oddziałuje na rozwój dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w poszczególnych sferach oraz jak przyczynia się do integracji ze zdrowymi rówieśnikami?

W toku prowadzonych badań opracowano narzędzia badawcze – trzy kwestionariusze wywiadu kierowanego, przygotowane dla rodziców dzieci uczestniczących w zajęciach teatroterapii, dla pedagoga prowadzącego zajęcia teatralne oraz dla dziecka uczestniczącego w zajęciach. Każdy z podanych kwestionariuszy jest własnego autorstwa. Badania zostały przeprowadzone w 2013 roku w jednej z krakowskich fundacji. Realizowano je na potrzeby pracy licencjackiej. Na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego dokonano próby wyjaśnienia postawionych problemów badawczych. Na postawiony problem badawczy, który brzmiał: *W jaki sposób teatroterapia oddziałuje na rozwój dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w poszczególnych sferach dziecięcych oraz jak przyczynia się do integracji*

ze zdrowymi rówieśnikami? uzyskano odpowiedź dzięki wywiadam z rodzicami, terapeutą i dzieckiem.

Po analizie wywiadów można stwierdzić, że terapia poprzez teatr pozytywnie oddziałuje na rozwój dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, co jest widoczne po dłuższym i systematycznym uczęszczaniu na zajęcia. Scenariusz każdego przedstawienia dostosowywany jest przez terapeutę do potrzeb dzieci, gwarantuje im dobrą zabawę i jednocześnie spełnia swoją terapeutyczną funkcję i daje szansę na dalszy rozwój. Rola dobierana jest indywidualnie do potrzeb i możliwości dziecka. Powinna ona wyzwać wiarę we własne siły. Z przedstawienia na przedstawienie dzieciom stawiane są wyższe wymagania - otrzymują dłuższe, nieco trudniejsze kwestie. Nie ulega wątpliwości, że teatroterapia korzystnie wpływa na rozwój dzieci w każdej sferze: emocjonalno – społecznej, fizycznej i poznawczej.

W zakresie rozwoju emocjonalno – społecznego kształci umiejętność odpowiedniego reagowania na bodźce, wycisza nadmierne pobudzenie, uwalnia od lęków oraz od silnych i negatywnych emocji. Zajęcia uczą nawiązywania kontaktów z rówieśnikami, a także udzielania pomocy i proszenia o nią, gdy się jej potrzebuje. Zabawy integracyjne uczą współdziałania i rozwijają zdolności komunikacyjne. Każde dziecko jest akceptowane przez grupę, co pozwala mu uwierzyć we własne siły i możliwości oraz korzystnie wpływa na samorozwój. Zajęcia uczą również odpowiedzialności za siebie samych i za zespół, którego są częścią. Wiedzą, że praca każdej z osób wpływa na sukces całej grupy, więc starają się pracować na miarę swoich możliwości.

Z badań wynika, że teatroterapia korzystnie wpływa na funkcjonowanie w sferze fizycznej. Dzieci stają się bardziej wytrzymałe fizycznie, uczą się prawidłowego gospodarowania oddechem i głosem podczas mówienia i śpiewania. Widoczna jest także poprawa w postawie ciała oraz lepsza orientacja w schemacie ciała. W czasie zajęć dzieci uczestniczą w wielu zabawach ruchowych i muzyczno – ruchowych, które zaspokajają naturalną potrzebę poruszania się i korzystnie wpływają na rozwój w zakresie dużej motoryki.

Korzystne zmiany dostrzec można także w sferze poznawczej. Wzbogacane jest słownictwo bierne i czynne, poszerza się zasób pojęć, poprawia mowa, artykulacja i dykcja, a to wszystko dzięki stosowaniu wielu ćwiczeń usprawniających aparat artykulacyjny. Dzieci zaczynają z czasem formułować bardziej czytelne i zrozumiałe dla otoczenia wypowiedzi. Widoczne są też zmiany w procesach umysłowych. Przeplatane ze sobą teksty, muzyka i choreografia kształtują koncentrację oraz rozwijają pamięć.

Zajęcia pozwalają na integrację dzieci z niepełnosprawnością z pełnosprawnymi rówieśnikami. Korzyści z tych relacji czerpią obie strony. Uczą się od siebie nawzajem zachowań społecznie akceptowanych, zasad i norm, przyswajają nowe wzorce zachowań, uczą się akceptacji. Dzieci pomagają sobie nawzajem w różnych sytuacjach. Wiedzą, że gdy koleżanka z problemami w poruszaniu się potrzebuje się przemieścić, to należy jej podać rękę i pomóc. Potrafią nawzajem się wspierać i dodawać otuchy, odwagi. Wiedzą, że są wyjątkowymi aktorami, bo nie każdy człowiek potrafi odważyć się wystąpić na scenie.

Refleksje końcowe

Oddziaływanie teatrotterapii na rozwój dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym oraz z innymi zaburzeniami rozwojowymi pozytywnie wpływa na rozwój tych dzieci we wszystkich sferach i pozwala na integrację z pełnosprawnymi rówieśnikami, co potwierdziły badania. Warto zaangażować większą ilość dzieci pełnosprawnych by poprzez wspólne tworzenie budować pozytywny wizerunek osób z niepełnosprawnością oraz by od najmłodszych lat dążyć do integracji na różnych płaszczyznach. Dzięki pozytywnemu wpływowi teatrotterapii na rozwój należy kłaść szczególny nacisk na różnorodność stosowanych w codziennej pracy ćwiczeń.

Wysunąć można istotny postulat: teatrotterapię warto wykorzystywać w pracy z dziećmi z różnymi niepełnosprawnościami i dysfunkcjami, ponieważ pozytywnie wpływa na rozwój osobowości tych dzieci.

Bibliografia

1. Cząstka K.: *Teatrotterapia jako forma integracji i wspierania rozwoju dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym*, niepublikowana praca licencjacka napisana pod kierunkiem dr Doroty Kornaś, 2013.
2. Kielar A.M.: *Teatrotterapia w szkole specjalnej. Scenariusze inscenizacji*, Prymasowskie Wydawnictwo GAUDENTINUM, Gniezno, 2007.
3. Konieczna E.J.: *Arteterapia w teorii i praktyce*, Oficyna Wyd. „Impuls”, Kraków, 2007.
4. Krawiecka K.: *Ogród pełen kwiatów...z doświadczeń teatru młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną* (w:) *Szkoła Specjalna*, nr 3, 2010, s. 221-225.
5. Kwaśniewska J.: *Drama i teatr jako terapia* (w:) *Polonistyka*, nr 9, 2003, s. 551-555.
6. Zabiegaj A.: *Sztuka w pracy terapeutycznej z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych* (w:) Oszustowicz B., Lechta V. (red.): *Teoretyczne i praktyczne aspekty terapii pedagogicznej osób z niepełnosprawnością*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków, 2009.
7. Raczkiwicz D., Teterycz M., *Rola zajęć teatralnych w rewalidacji dzieci z upośledzeniem umysłowym* (w:) *Szkoła Specjalna*, nr 2, 2001, s. 102 – 104.
8. Stadnicka J.: *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*, WSiP, Warszawa, 1998.

The theatre as a form of therapy supporting the development of children with special educational needs

The main purpose of this article is to demonstrate that the theatre can be used as a support in the development of children with disabilities especially in the field of social and emotional functioning. This article presents the theoretical assumptions of teaching on the basis of theatre therapy. The above mentioned propositions rely on the description of the particular case study. In this article, the author presents the results of studies based on own experience.

Zajęcia twórcze jako czynnik wspierający rozwój dzieci z niepełnosprawnością intelektualną

W ostatnich latach coraz bardziej podkreśla się znaczenie wczesnej interwencji. Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną niemalże od samego początku uczestniczą w wielu zajęciach wspierających ich rozwój w praktycznie każdej sferze. niesprawiedliwy byłby więc brak troski o rozwój wyobraźni naszych podopiecznych, a także ograniczanie ich myślenia do jednego słusznego rozwiązania, najczęściej z góry przez nas narzuconego. Każdemu dziecku trzeba pozwolić na fantazjowanie i prezentowanie swoich pomysłów. Należy o tym pamiętać w codziennym życiu, dodatkowo jednak dobrym środowiskiem sprzyjającym kształtowaniu wyobraźni u dzieci mogą być zajęcia twórcze.

Żeby mówić o zajęciach twórczych i ich ewentualnym wpływie na rozwój dzieci z niepełnosprawnością intelektualną należy najpierw zastanowić się, czym tak właściwie jest twórczość. Mimo że pojęcie to używane jest w zasadzie na co dzień, zdefiniowanie go jest bardzo trudne, co wynika z jego wieloznaczności.

W „Słowniku pedagogicznym” W. Okonia (1984, s. 325) znajdziemy następującą definicję: „twórczość – proces działania ludzkiego, dający nowe i oryginalne wytwory, oceniane w danym czasie jako społecznie wartościowe. Twórczość może przejawiać się w każdej dziedzinie działalności ludzkiej – artystycznej, naukowej, organizacyjnej, technicznej, produkcyjnej, jak również wychowawczej”. Jeden z najwybitniejszych polskich badaczy twórczości, K. J. Szmidt (2007), swoje rozważania na temat definicji rozpoczyna od etymologii słowa. Wyjaśnia, że słowa „tworzyć” i „twórczość” wywodzą się z łacińskiego *creatus* i *creare*, co oznacza „robić”, „produkować”, bądź „rosnąć”. Przytacza on również wiele, nie do końca zadowalających definicji „twórczości”, w tym m.in. tę zawartą w Słowniku Języka Polskiego PWN, która uwzględnia jedynie dwa aspekty tego pojęcia: dzieło i proces twórczy, pomija zaś dwa równie ważne, mianowicie osobowość twórcy oraz środowisko, w którym on tworzy.

K. J. Szmidt (2007) pisze również o trzech różnych rozumieniach twórczości:

- a) Jako działań Boga (twórczy może być jedynie Bóg – Stwórca, tworzący z niczego);
- b) Jako działań artysty (twórca jako synonim artysty, tworzącego rzeczy nowe);
- c) Jako działań człowieka (twórczość możliwa w tych dziedzinach ludzkiej aktywności, w których możliwe jest wytworzenie nowości).

Jak zostało już wspomniane, twórczość rozpatrywać należy w czterech aspektach (K. J. Szmidt, 2007):

1. Twórczość jako wytwór (coś nowego, cennego);
2. Proces psychiczny (sposób powstania);
3. Osoba twórcy (cechy osobowości);

4. Czynniki zewnętrzne, które warunkują proces twórczy (stymulatory i inhibitory).

Biorąc pod uwagę te wszystkie informacje należy się zastanowić, czy twórczość jest cechą wyjątkową czy powszechną. W zależności od odpowiedzi, wyróżnić można dwa bieguny twórczości: podejście elitarne, którego zwolennicy uważają, że twórczość dotyczy jedynie osób wybitnych oraz podejście egalitarne, którego przedstawiciele twierdzą, że każdy człowiek jest twórczy (za tym właśnie podejściem opowiada się m.in. pedagogika twórczości).

Z reguły mówiąc o twórczych dzieciach mamy na myśli twórczość codzienną, amatorską, akcentującą funkcję osobistą procesu twórczego, czyli tę prezentowaną przez podejście egalitarne. Od wielu dziesięcioleci trwa jednak spór dotyczący dziecięcej twórczości. W związku z tym tematem powstało wiele fałszywych mitów, które wymienia, a następnie obala K. J. Szmidt (2009, s. 8):

- „Wszystkie dzieci są twórcze,
- Wszystko, co robi dziecko, jest twórcze,
- Dziecko tworzy motywowane wewnątrznie: ocena i nagrody są dla niego nieważne,
- Wyobraźnia dzieci nie ma granic,
- Twórczość dziecka rozwija się w sposób naturalny – wystarczy mu nie przeszkadzać”.

Odpowiedź na pytanie, czy dzieci są twórcze, nie jest więc łatwa. Wg Szmidta (2007) poglądy na ten temat można podzielić na trzy grupy. Reprezentujący pierwszą z nich psychologowie twierdzą, że dzieci nie są twórcze (poza nielicznymi wyjątkami), gdyż nie tworzą niczego nowego i cennego. To podejście nazwano elitarno-przedmiotowym. Drugie, podmiotowo-humanistyczne, mówi, że dzieci są twórcze, nawet bardziej niż dorośli. Pomiędzy tymi dwoma podejściami znajdują się poglądy głoszące, iż dzieci wykazują się postawą twórczą, jednak tylko w niektórych dziedzinach, m.in. sztuce: plastyce, muzyce, teatrze; w innych zaś, np. nauce – nie tworzą. To podejście określane jest mianem realistycznego i to właśnie ono reprezentowane jest przez pedagogów.

Stwierdzenie, że dzieci są twórcze, podzieliło naukowców, trudno więc się domyślić, że teza o twórczości dzieci z niepełnosprawnością również wzbudziła kontrowersje. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną częściej mówi się więc o kreatywności, nie zaś twórczości. Czym zatem jest kreatywność? Jakie są jej uwarunkowania? W jakich dziedzinach osoby niepełnosprawne mogą być twórcze/kreatywne?

K. Parys (2013, s.24) pisze: „termin kreatywność jest odnoszony wyłącznie do opisu osoby, która podejmuje twórcze działania i ujawnia zdolność rozwiązywania problemów w twórczy sposób”. Dalej wskazuje za Karwowskim na to, iż kreatywność jest zespołem cech, w którym zawarte są m.in. zdolności twórcze, otwartość i niezależność. To, czy osoba niepełnosprawna będzie wykazywać się kreatywnością, zależy od wielu czynników. Istotne są właściwości poznawcze, osobowość jednostki, motywacja, a także zdobyte przez nią do tej pory doświadczenia. Ważne jest również nastawienie otoczenia do tej osoby, to czy jest ona wspierana, zachęcana i chwalona, gdyż tylko wtedy może w pełni ujawnić swój potencjał. Nie powinna ona być w żaden sposób ograniczana (także ekonomicznie), ani czuć na sobie żadnej presji (również czasowej), by jej działanie rzeczywiście było wynikiem kreatywności.

Podsumowując, można powtórzyć za M. Karwowskim (2009, s.10): „Kreatywność wydaje się szczególnie użytecznym terminem, gdy mowa o cesze jednostki oraz, gdy nie chodzi o wybitne osiągnięcia, lecz o potencjał. (...) Kreatywność jest cechą jednostki wyznaczającą jej potencjał do twórczego funkcjonowania, nie jest jednak tożsama z twórczością rozumianą jako cecha jednostki, bowiem każda jednostka twórcza jest kreatywna, jednak nie każda osoba kreatywna jest twórcza”. Kreatywne mogą być więc również dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, jednak by uznać je za osoby twórcze, musiałyby ten potencjał przekształcić w produkt.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną często ograniczane są w swojej aktywności przez środowisko społeczne. By temu przeciwdziałać, istotną kwestią staje się rozwijanie u nich kreatywności. Powtarzając za M. Czajkowską (2009), zajęcia twórcze mogą przyczynić się do rozwoju, przede wszystkim uczą wyrażania siebie oraz wpływają pozytywnie na samoakceptację. Czynnikiem, które działają aktywizująco w trakcie tych zajęć mogą być m.in. ekspresja plastyczna, zabawy muzyczno-ruchowe, muzyka, choreoterapia itp. Stymulują one zarówno procesy poznawcze, emocjonalne, jak i wolicjonalne, umożliwiają również ujawnienie oraz doskonalenie się potencjalnych zdolności. Żeby jednak wzmacniać zdolności twórcze dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, trzeba dostarczać im materiałów, które rozwijając będą ich wyobraźnię, należy chwalić każdy przejaw indywidualności z ich strony, a także eksponować osiągnięcia.

Kreatywność osób niepełnosprawnych intelektualnie może przyjmować różne formy- tworzenie czegoś nowego, oryginalne podejście do problemów, czy po prostu zdolność mózgu do samorozwoju. Osoby prowadzące dla dzieci zajęcia twórczego myślenia same charakteryzować muszą się kreatywnością, by wzbogacać swoją pracę, a także wspomagać rozwój podopiecznych nie tylko w tym zakresie. W tym przypadku kreatywnością będzie wychodzenie poza utarte wzorce, poszukiwanie nowych sposobów wykorzystania znanych przedmiotów, czy niekonwencjonalny przebieg zajęć, z zastosowaniem odpowiednich środków, metod i form organizacji pracy.

R. Biernat (2009) pisze, że kreatywność dzieci z niepełnosprawnością intelektualną stymulują te aktywności, które dostarczają radości z samego działania i są źródłem satysfakcji. Trudno się z tym nie zgodzić. Twórczość dziecka powinna być zatem rezultatem świadomej działalności, by zdawało sobie ono sprawę, że dzięki wysiłkowi osiągnęło coś nowego czy cennego dla siebie. „Wspieranie twórczości wymaga tworzenia sprzyjającego klimatu. Musi nastąpić zaciekawienie, jako pozytywna emocja towarzysząca chęci poznania i rozwiązania dostrzeganego problemu” (R. Biernat 2009, s.121). Najlepszym rozwiązaniem jest więc stworzenie przez nauczyciela sytuacji, w której dzieci same wyjdą z inicjatywą, wtedy bowiem, gdy nie narzuci on podopiecznym swojej wizji, mogą oni skuteczniej tworzyć własne pomysły. Należy również wspomnieć, że w przypadku dzieci, a także osób z niepełnosprawnością, twórczość to nie tylko tworzenie, stwarzanie czy przetwarzanie, ale również odtwarzanie pewnych wartościowych wzorów. Ważniejszy niż wytwór jest bowiem sam proces!

M. Wójcik (2011) pisze w swoim artykule o dwóch motywach, które skłaniają osoby niepełnosprawne do tworzenia. Po pierwsze są to czynniki społeczne, po drugie zaś osobiste. Bez względu na to, czym w danym momencie kieruje się dziecko, zajęcia

kreatywne, uczące twórczego myślenia, mają na nie pozytywny wpływ. Pozostaje zadać sobie pytanie, w jaki sposób poszczególne aktywności w czasie zajęć twórczych wpływają na rozwój dzieci.

Najczęściej kojarzona z twórczością jest bez wątpienia ekspresja plastyczna, a więc malowanie, rysowanie, rzeźbienie, klejenie, wydzieranie itp. Czynności te, jeśli nie będziemy ograniczać naszego podopiecznego, przyczyniają się do bardziej swobodnego wyrażania siebie, pobudzają wyobraźnię, dają wiele możliwości prezentowania własnych pomysłów. Nie można więc narzucać dziecku jedynej słusznej formy pracy, czy krytykować go za, w naszym mniemaniu, nieudany wytwór. Dziecko musi być chwalone za chociażby podjęcie wysiłku tworzenia.

Mówiąc o zajęciach plastycznych należy wspomnieć również o ich pozytywnym wpływie na rozwój małej motoryki, która jest w czasie ich trwania ciągle ćwiczona i doskonalona.

Kolejnym elementem zajęć twórczych może być muzyka, a więc m.in. śpiew, rytm, gra na instrumentach czy zabawy muzyczno-ruchowe. Muzyka posiada wiele walorów terapeutycznych, przede wszystkim wyzwala ona emocje, budzi pozytywne doznania, pozwala na wyrażanie siebie nie tylko przez śpiew czy grę na instrumentach, ale również, a czasem przede wszystkim, ruch przy muzyce. Nie stwarza ona żadnych ograniczeń, daje pełną swobodę, a zajęcia z jej wykorzystaniem sprawiają dzieciom mnóstwo radości i uczą kreatywności. Również zabawy teatralne rozwijają u dzieci inwencję twórczą, wzbogacają ich wyobraźnię, podnoszą efektywność w zakresie wyrażania siebie, zachęcają do podejmowania dalszych działań, a także sprawiają, że zachowanie dzieci ze schematycznego staje się coraz bardziej spontaniczne.

Wyraźnym potwierdzeniem tezy o pozytywnym wpływie zajęć twórczych na rozwój dzieci z niepełnosprawnością intelektualną jest przykład dzieci z Zespołem Downa w wieku przedszkolnym, które od kilku lat uczestniczą w takich zajęciach. Jako metodę badań zastosowano studium indywidualnych przypadków, technikę obserwacji, a narzędzie badawcze stanowił arkusz obserwacji w opracowaniu własnym. Przez czas, w którym prowadzone były zajęcia, między uczestnikami zajęć wytworzyła się bliska więź, troszczą się o siebie, dopytują o powód nieobecności kolegów, lubią spędzać ze sobą czas i wspólnie działać. Stały się bardziej wrażliwe, zarówno na krzywdę drugiego człowieka, jak i na piękno dookoła nich. Po upływie ponad dwóch lat zdecydowanie poprawił się również ich sposób komunikacji, nie tylko z osobą prowadzącą zajęcia, ale również ze współuczestnikami, potrafią komunikować swoje potrzeby i pomysły w taki sposób, by być zrozumianymi. U dzieci, które początkowo były bardzo nieśmiałe i zagubione, zaobserwować można wzrost wiary we własne siły, działając nie poddają się teraz przy każdej napotkanej trudności, lecz starają się je pokonywać, coraz częściej samodzielnie. Dzięki temu, że były one często chwalone, wzrosła ich ogólna motywacja do działania, same zaczęły inicjować wiele interesujących dla siebie aktywności. Nie sposób nie wspomnieć tu o rozwoju motoryki dużej i małej, które w czasie zabaw, niezauważalnie dla dzieci były ćwiczone. Bardzo znacząco rozwinęły się u nich również procesy poznawcze. Uwaga, pamięć i myślenie są na coraz wyższym poziomie, dzieci zdecydowanie lepiej radzą sobie z zadawanymi im zadaniami. To wszystko bez wątpienia wpłynęło na podniesienie u nich poczucia własnej wartości, a więc poprawiło również jakość ich życia.

Każdemu pedagogowi specjalnemu powinno zależeć na jak najlepszym rozwoju podopiecznego. Przyczynić mogą się do tego m.in. zajęcia twórcze, które dostarczają wiele radości nie tylko dzieciom z niepełnosprawnością intelektualną, ale i samemu nauczycielowi. Warto więc zdobyć się na wysiłek i prowadzić właśnie takie zajęcia, a najlepszą nagrodą będą obserwowane przez nas postępy dzieci.

Bibliografia

1. Biernat R.: *Warunki i sposoby stymulowania aktywności twórczej dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie w stopniu lekkim* (w:) Głodkowska J., Giryński A. (red.): *Kreatywność osób z niepełnosprawnością intelektualną – czy umiemy myśleć inaczej?*, Wydawnictwo Naukowe Akapit, Kraków, 2009.
2. Czajkowska M.: *Wyzwalanie kreatywności osób niepełnosprawnych w praktyce pedagogicznej* (w:) Głodkowska J., Giryński A. (red.), *Kreatywność osób z niepełnosprawnością intelektualną – czy umiemy myśleć inaczej?*, Wydawnictwo Naukowe Akapit, Kraków, 2009.
3. Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 1984.
4. Parys K.: *Przestrzeń dla kreatywności uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2013.
5. Szmidt K. J.: *Mity na temat twórczości dzieci i próba ich dekonspiracji* (w:) Szmidt K. J., Ligęza W. (red.), *Twórczość dzieci i młodzieży, Stymulowanie – Badanie – Wsparcie*, Ośrodek Twórczej Edukacji „Kangur”, Kraków, 2009.
6. Szmidt K.J.: *Pedagogika twórczości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2007.
7. Wójcik M.: *Kreatywny charakter twórczości osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi* (w:) Lubińska-Kościółek E., Plutecka K. (red.), *Stymulowanie potencjału twórczego osób z różnymi potrzebami edukacyjnymi*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2011.

Creative classes as a supportive factor in the development of children with mental retardation

”Creation” is a term, which is not unequivocally definable. With regard to people who suffer from mental retardation, the author uses the term which has a narrower scope of meaning namely "creativity". In the article, there are presented examples of activities using during creative classes as well as author describes their positive influence on development of children with mental retardation.

Wpływ dogoterapii na stymulację małej motoryki dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym

Różnorodność niepełnosprawności, współistniejących zaburzeń, sprzężeń czy problemów związanych z pewnymi sferami życia stawia przed nauczycielami, rehabilitantami i lekarzami trudne oraz skomplikowane zadanie, jakim jest wybór odpowiedniej terapii. Oprócz podejmowania działań na rzecz ogólnorozwojowego usprawniania oraz przeciwdziałania stanom bezpośredniego zagrożenia życia, najważniejsze jest znalezienie odpowiedzi na pytanie: którym zaburzeniom należy przypisać priorytet w rehabilitacji?

Na pierwszy rzut oka Mózgowe Porażenie Dziecięce (chorobę Little'a), które definiuje się jako „*utrzymujące się, ale nie niezmiennie zaburzenie ruchu i postawy, pojawiające się we wczesnych latach życia w wyniku niepostępującego zaburzenia w mózgu*” (E. Gajewska, 2009, za: MacKeith, Polani, 1959, s. 68) kojarzy się z medycznymi aspektami niepełnosprawności, w szczególności z anatomią układu ruchu. Nie jest to oczywiście błąd, jednakże należy pamiętać, że MPD nie jest chorobą samą w sobie, a zespołem różnorodnych zaburzeń, których objawy mogą być zmienne w okresie życia. Zatem zaburzenia narządu ruchu to tylko część trudności, z którymi borykają się osoby dotknięte tą chorobą. Wśród objawów towarzyszących występują m.in.: upośledzenie umysłowe, padaczka, zaburzenia wzroku, słuchu, nieprawidłowości w rozwoju mowy, zaburzenia zachowania, a przede wszystkim mikrodeficyty, tj.: zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, zaburzenia schematu oraz poczucia własnego ciała, brak orientacji w przestrzeni, zaburzenia koncentracji oraz zaburzenia myślenia (K. Zabłocki, 1998, s. 29). Dodatkowo, biorąc pod uwagę istotę zaburzenia, „*z powodu nieprawidłowego napięcia mięśni występują i utrwalają się zaburzenia w rozwoju ruchowym, pociągające za sobą wtórne opóźnienia w innych sferach rozwoju*” (M. Borkowska, 1989, s. 11). Należy jeszcze dodać, że w okresie życia pojawiają się często nowe zaburzenia, które prowadzą do ogólnego obniżenia rozwoju, a terapia przypomina niekiedy „błędne koło”, w którym podczas usprawniania jednego obszaru, drugi zaczyna się cofać. Nie dziwi więc fakt, że wśród takiego ogromu zaburzeń, mała motoryka osób z MPD jest zaniedbywana, a „*schorzenia dotyczące rąk dzieci z MPD (zwłaszcza w cięższych jego postaciach) wciąż nie są traktowane z należytą powagą i zrozumieniem*” (<http://poradnik-logopedyczny.pl/>).

Rehabilitacja rąk to nie tylko poprawa manipulacji czy nauka odpowiedniego chwytu. Poprawne działanie małej motoryki ma dużo większe znaczenie dla rozwoju dziecka. Dłonie nie są jedynie częścią anatomiczną, ale przede wszystkim są inicjatorem aktywności, najbardziej precyzyjnym narzędziem, jakiego używa człowiek, a czasem także jedyną możliwością komunikacji. Umiejętność wykorzystywania dłoni jest potrzebna na każdym etapie rozwoju – do zabawy, samoobsługi czy pracy. Co ciekawe, obszar mózgu odpowiedzialny za małą motorykę jest większy niż te, które odpowiadają za inne ruchy. W takim rozumieniu małej motoryki nietrudno zauważyć,

że zaniedbywanie tak ważnego obszaru jest karygodne. Jednakże przyjęcie takiego opisu przynosi ze sobą także poważny problem – znalezienie terapii, która nie tylko będzie uczyć konkretnego ruchu, np. podniesienia łyżki lub też usprawniać konkretny obszar, np. nadgarstek, ale skupi się na całościowym rozwijaniu działania rąk u osoby z MPD (<http://poradnik-logopedyczny.pl/>).

Niezwykle skutecznym przykładem terapii, którą można wykorzystać w całościowym usprawnianiu małej motoryki jest dogoterapia. Definiuje się ją jako „*metodę rehabilitacji, w której przeszkolony Pies Przyjaciel wspomaga terapeutę w wieloprofilowym usprawnianiu dzieci i dorosłych*” (www.czeneka.org). Dogoterapia jest przyjmowana przez nauczycieli czy rehabilitantów z pewną dozą ostrożności. Dzieje się tak przede wszystkim dlatego, że nie ma badań, które potwierdzałyby jej skuteczność, co z kolei doprowadziło do tego, że nie ma dokładnych wyznaczników do prowadzenia tego rodzaju działań. Zatem zajęcia dogoterapeutyczne wymagają bardzo dużego nakładu pracy ze strony dogoterapeuty. Jednakże nie powinno to nikogo zniechęcać, gdyż efekty pracy są zadziwiające.

Badania własne

W 2013 roku prowadziłam badania do pracy licencjackiej, w której problemem badawczym było pytanie: w jaki sposób i w jakim stopniu dogoterapia wpływa na stymulację rozwoju małej motoryki dziecka z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym? Badania zostały przeprowadzone w Ośrodku Wczesnej Interwencji w woj. podkarpackim. Podczas badań zastosowałam metodę Studium Indywidualnego Przypadku. Bazą do stworzenia struktury była charakterystyka indywidualnego przypadku według Teresy Oleńskiej-Pawlak (2006). Badania oparłam na technikach: obserwacji, wywiadu, ankiety i analizy dokumentów.

Chłopiec w momencie prowadzenia obserwacji miał 5 lat i 10 miesięcy. Zdiagnozowano u niego Mózgowe Porażenie Dziecięce (G80.0 wg ICD10) z diplegią (spastyczny niedowład kończyn dolnych, przykurcze w stawach skokowych). Ogólny rozwój chłopca przebiegał harmonijnie. Opóźniony był rozwój ruchowy oraz procesy poznawcze. Znaczenie opóźniona była także sprawność grafomotoryczna, co związane było z niewłaściwą koordynacją wzrokowo-ruchową, nieprawidłowym napięciem mięśniowym oraz brakiem motywacji do podejmowania tego typu działań.

Celem dogoterapii chłopca, w obrębie usprawniania małej motoryki, było poprawienie koordynacji wzrokowo-ruchowej, wyciszenie nieprawidłowych, spontanicznych ruchów, łagodzenie napięć mięśniowych, ćwiczenie precyzji oraz płynności ruchów, ale także dostarczenie różnorodnych bodźców dotykowych, budowanie samooceny opartej na własnej aktywności, wzbudzenie motywacji do działań ruchowych, nauka poprzez zabawę oraz poprawa relacji społecznych na bazie „przeniesienia” (chłopiec-pies, chłopiec-druga osoba).

Zajęcia dogoterapeutyczne, które miałam przyjemność obserwować, trwały 60 minut. Brałam w nich udział jako czynny obserwator – mogłam bawić się z chłopcem i psem, zadawać pytania dogoterapeucie i dziecku oraz fotografować przebieg ćwiczeń. Na samych zajęciach bardzo pozytywnie zaskoczyły mnie dwie rzeczy. Po pierwsze zrealizowane zostały wszystkie cele ogólne postawione w programie terapeutycznym na cały rok, co wydawało mi się niemożliwe ze względu

na czas. Po drugie zajęcia były bardzo atrakcyjne dla chłopca, po którym widać było jak dobrze się na nich bawi, relaksuje oraz gromadzi pozytywne przeżycia (aż ciężko było uwierzyć, że na zajęciach realizowane były jakiegokolwiek działania rehabilitacyjne).

Zajęcia rozpoczęły się przywitaniem chłopca z psem, dogoterapeutą oraz ze mną, czego celem było nawiązanie pozytywnych relacji pomiędzy uczestnikami oraz przygotowanie dłoni chłopca do pracy, poprzez uniesienie i naprężenie jej podczas uścisku rąk, rozgrzanie mięśni podczas głaskania psa, a także złapanie łapy zwierzęcia, po wydaniu przez chłopca odpowiedniej komendy. Warto zauważyć, że wykonanie przez psa komendy „podaj łapę” ma duży wpływ na motywację chłopca. Następnym elementem zajęć było ściągnięcie obroży. Z jednej strony jest to sygnał dla psa, że rozpoczyna pracę, natomiast z punktu widzenia rehabilitacji, ćwiczenie to doskonale usprawnia ruchy precyzyjne rąk dziecka (m.in. wykorzystuje chwyt, który nie był jeszcze odpowiednio wyćwiczony). Ostatnim stałym elementem zajęć było karmienie czworonoga. Jest to proces dość skomplikowany, ale niezwykle cenny dla rehabilitacji. Na początku dogoterapeuta przyniósł kolorowe miseczki i łyżeczki. Zadaniem chłopca było ich rozłożenie oraz dopasowanie łyżeczek do misek. Następnie dziecko wybierało karmę, wyjmowało ją z opakowania (pokonując jego opór) oraz wkładało po jednej sztuce do misek. Niezwykły przypadek sprawił, że dogoterapeuta upuścił pozostałą karmę, która rozsypała się na podłogę. Szybko jednak zrobiło się z tego bardzo ciekawe ćwiczenie, czyli zbieranie karmy za pomocą szczyptec kuchennych. Z pozoru bardzo proste ćwiczenie (przygotowanie karmy) dało niezwykle dużo możliwości do usprawniania ruchów precyzyjnych dłoni chłopca, kształtowania właściwego chwytu, poprawiania koncentracji uwagi, motywacji oraz zadowolenia z siebie. Następnie odbyło się karmienie poprzez podawanie psu pokarmu z ręki oraz z łyżeczki. Warto zauważyć, że podczas karmienia z ręki chłopiec prawidłowo prostował spastyczną dłoń, dzięki czemu pies mógł zjeść pokarm. Jak się później dowiedziałam była to jedna z bardzo niewielu sytuacji, w której dziecko potrafiło wykonać tę czynność. Zatem obecność psa niezwykle wpływa na motywację chłopca. Kolejnym ćwiczeniem było czesanie psa za pomocą: wełnianej ściereczki, silikonowej rękawicy, gumowej rękawicy oraz szczotki dla konia. Celem ćwiczenia była stymulacja dłoni chłopca za pomocą materiałów różniących się od siebie tworzywem, z którego zostały wykonane, fakturą oraz kształtem. Ćwiczenie zakończono masażem psa, co miało na celu rozluźnienie rąk chłopca po wykonywanej pracy (miękką sierść psa, ciepło bijące od zwierzęcia). Następnym zadaniem było przeciąganie liny, którego celem było wzmocnienie napięcia mięśniowego dziecka podczas chwytu. Odbywało się to w formie zabawy, w której został wyłoniony zwycięzca (w odpowiednim momencie dogoterapeuta wydał niewidoczną dla chłopca komendę psu, który wypuścił linę – zwycięzcą zostało dziecko). Zajęcia kończyła relaksacja na piłce rehabilitacyjnej z odpowiednią muzyką w tle. Najpierw ćwiczenie wykonał pies, a następnie zachęcony przez niego chłopiec. Po relaksacji chłopiec założył psu obrożę oraz pożegnał się z uczestnikami zajęć.

Oprócz obserwacji, podjęłam się także przeprowadzenia ankiety pośród trzech respondentów: matki dziecka, fizykoterapeuty oraz dogoterapeuty. Celem badania było uzyskanie informacji na temat zdrowia chłopca, jego preferencji dotyczących działań

rehabilitacyjnych oraz subiektywnej opinii na temat zachowania dziecka przed i po zajęciach dogoterapeutycznych.

Analiza wyników badań nasuwa szereg interesujących wniosków. W momencie prowadzenia badań, chłopiec brał udział w zajęciach dogoterapeutycznych od trzech lat, ćwicząc z psem raz w tygodniu od 45 minut do godziny. Z odpowiedzi wszystkich respondentów wynika, że mała motoryka dziecka uległa znacznej poprawie, odkąd uczęszcza on na zajęcia z psem. Zmianie uległ rodzaj chwytu oraz poprawiła się precyzja ruchów w zakresie: chwytania, przesunięcia, przytrzymania oraz odłożenia przedmiotu. Zauważalne jest także, iż chłopiec wszedł w bardzo głęboką, pozytywną relację z psem, co odzwierciedla się w fakcie, że zajęcia dogoterapeutyczne są jedynymi, na których dziecko wykazuje bardzo wysoką motywację do poprawnego wykonania wszystkich ćwiczeń. Co więcej badani zauważyli, że spośród wszystkich zajęć w Ośrodku, chłopiec najbardziej lubi zajęcia z psem. Z odpowiedzi udzielonych przez fizykoterapeutę dowiedziałam się także, że na zajęciach rehabilitacyjnych chłopiec ma bardzo duży problem z męczliwością w obrębie dłoni, co nie jest zauważalne na zajęciach dogoterapeutycznych.

Dogoterapia w opisanym przypadku miała pozytywny wpływ na stymulację dłoni dziecka z MPD. Nie tylko dzięki odpowiednio dobranym ćwiczeniom, ale także dlatego, że obecność psa na zajęciach tworzy niezwykle klimat, w którym dziecko chętnie pracuje. Efekty stosowania tej metody zazwyczaj przerastają oczekiwania.

Bibliografia

1. Borkowska M.: *ABC rehabilitacji Dzieci. Mózgowe Porażenie Dziecięce*, Wyd. Pelikan, Warszawa, 1989.
2. Czerwiec A.: Dogoterapia jako metoda stymulująca małą motorykę dziecka z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym, niepublikowana praca licencjacka napisana pod kierunkiem dr Doroty Kornaś, 2013.
3. Gajewska E.: *Nowe definicje i skale funkcjonalne stosowane w Mózgowym Porażeniu Dziecięcym* [w:] *Neurologia Dziecięca*, nr 35, vol. 18, 2009, s. 67-71.
4. Mieszkowicz M.: *Usprawnianie czynności rąk dzieci z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym do działania i komunikacji*, 1998, <http://poradnik-logopedyczny.pl/metody-programy/rehabilitacja/108/usprawnienie-czynnosci-rak-dzieci-z-mozgowym-porazeniem.html>, data dostępu: 01.06.2014.
5. Oleńska-Pawlak T.: *Struktura charakterystyki indywidualnego przypadku* [w:] Klaczak M., Majewicz P. (red.): *Diagnoza i rewalidacja indywidualna dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, s. 13-14, Kraków, 2006.
6. Strona Internetowa Fundacji Cze-ne-ka, <http://www.czeneka.org/>, data dostępu: 01.06.2014.
7. Zabłocki K.: *Mózgowe Porażenie Dziecięce w teorii i terapii*, Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa, 1998.

The impact of kynotherapy on fine motor stimulation of children with Cerebral Palsy

In this article author presents how kynotherapy influences fine motor skills and co-ordination of a child. The thesis is based on author's experience and studies of a child with Cerebral Palsy and their difficulties with gripping and precisising movement of fingers.

Metoda 3i w terapii dzieci z autyzmem

Autyzm. Całościowe zaburzenie rozwoju. Niepełnosprawność. Choroba. Można spotkać się z różnymi stanowiskami i opiniami specjalistów. Jednoznacznej etiologii wciąż nikt nie potrafi podać. Naukowcy ciągle próbują dociec, co może być przyczyną, terapeuci opracowują przeróżne metody, które pomogłyby w wyprowadzeniu dziecka z „tego” stanu. Terapie behawioralne, holding, terapia więzi i dialogu, metoda Opcji - to tylko niektóre z nich. Wśród stosowanych (także w Polsce) od niedawna znajduje się nowa, wywodząca się z tej ostatniej, wzbudzająca coraz większe zainteresowanie: nie dyrektywna i rozwojowa metoda 3i.

Piękny Mały Książę – nasz *Petit Prince*

Metoda 3i została opracowana na gruncie francuskim i wprowadzona w użycie przez tamtejszą organizację non profit A.E.V.E (*Autisme Espoir Vers l'Ecole*) w 2005 roku. Głównym celem powstania stowarzyszenia było doprowadzenie dzieci o zdiagnozowanym autyzmie do komunikacji umożliwiającej im podjęcie nauki w szkole lub ich powrót do szkolnictwa i funkcjonowania w środowisku społecznym w stopniu jak najbardziej zwyczajnym (*Materiały szkoleniowe*, 2011).

Prekursorami a w zasadzie pomysłodawcami metody były dwie babcie autystycznego chłopca, które w czasie osiemnastu miesięcy podjęły wobec swego 2,5 – letniego wnuka z autyzmem głębokim intensywną i indywidualną terapię edukacyjną, inspirując się metodami amerykańskimi, ale ulepszając je w wyniku własnych obserwacji i analiz. Efekty były zaskakujące – w toku półtorarocznej i systematycznej pracy doprowadziły do możliwości normalnego funkcjonowania chłopca w społeczeństwie, a w przyszłości w życiu szkolnym (<http://www.autisme-espoir.org/experience-autisme.html>). Specjaliści, korzystając z ich doświadczenia, dopracowali metodę, obejmując nią ponad 150 dzieci z autyzmem na terenie całej Francji, a także Belgii i Portugalii.

Historia ta oraz etapy rozwoju stowarzyszenia zostały opisane w wydanej niedawno książce *Lettres à un petit prince sorti de sa bulle, une clé de l'autisme* (<http://www.autisme-espoir.org/lettres-a-un-petit-prince-sorti-de-sa-bulle.pdf>), która jak dotąd dostępna jest wyłącznie w wersji francuskojęzycznej. Dziś Mały Książę, bo tak piszą o chłopcu autorzy, ma 13 lat. Jest dzieckiem prawie jak każde inne. *Chodzi do szkoły, ma przyjaciół i chce być zauważonym* (<http://www.autisme-espoir.org/experience-autisme.html>)

Dlaczego 3i?

Zgłębianie metody 3i należałoby rozpocząć od zrozumienia samej nazwy. Kolejne *i* w określeniu oznaczają bowiem jej intensywny, indywidualny, interaktywny

charakter. Intensywność metody przejawia się w tym, że realizowana jest w wymiarze 40 godzin tygodniowo przez cały okres terapii, nie wyłączając weekendów i wakacji. Indywidualność opiera się na bezpośrednim kontakcie wolontariusza z dzieckiem - w terapię jednego dziecka zaangażowanych jest bowiem 30 osób, które wymieniają się i indywidualnie spotykają z nim raz w tygodniu na 1,5 godziny, aby wspólnie się bawić. Interaktywność wynika z założenia, że komunikacja i wymiana stanowią cel każdego spotkania. Podczas terapii trzeba całkowicie zapomnieć o jakimkolwiek nauczaniu czy wychowywaniu podopiecznego. Ta czynność należy wyłącznie do rodziców. Te trzy przymioty przyjmowane są za podstawowe i nieodzowne cechy terapii, na których oparta jest cała logika działania i stosowania tej metody u dzieci z autyzmem.

Na ogół każda sesja jest filmowana i odbywa się w specjalnie urządzonym pokoju zabaw zwanym metodycznie salą przebudzenia. Podczas niej w pomieszczeniu nie przebywa nikt inny poza dzieckiem i terapeutą. Według specjalistów sprzyja to nawiązaniu bliskiej relacji i dialogu poprzez skupienie uwagi dziecka na konkretnej osobie oraz zapewnieniu poczucia bezpieczeństwa (*Materiały szkoleniowe*, 2011). Koncepcja ma swoje źródło w metodzie opcji Kaufmana, ale *3i znacznie ją modyfikuje i poszerza* (A. Gardziel, E. Sitnik, 2013).

Kalina

Dziewczynka z Tyńca. Jest pierwszym dzieckiem w Polsce, które zostało objęte 3i. W naszym kraju metodę tę wdrożono do terapii dzieci z autyzmem w listopadzie 2010 roku w Krakowie. Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom objęło opieką kilkulatnią Kalinę, u której zdiagnozowano głęboki autyzm. Na zaproszenie Centrum Maltańskiego Francuzi przyjechali do Polski, aby opowiedzieć o metodzie. To właśnie rodzice dziewczynki jako filolodzy romańscy, zdecydowali się podjąć tłumaczenia tego, co usłyszeli i po długotrwałych poszukiwaniach odpowiedniej terapii dla córki, rozpocząć walkę o swoje dziecko, wybierając nową, w Polsce jeszcze nieznaną metodę. Po długiej pracy i czynnym zaangażowaniu w rehabilitację dziewczynki 35 wolontariuszy, efekty, choć nie duże, są widoczne. Rodzice, koordynatorzy i terapeuci potwierdzają skuteczność metody w tym przypadku. W artykule R. Radłowskiej (2010), który ukazał się na łamach Gazety Wyborczej, mama Kaliny wypowiada się: *Spróbowała zagrać na cymbałkach - wyszło jej niepasujące do siebie "plum, plum", ale wie, że cymbalki to dźwięki. Zasypia spokojniej* (R. Radłowska, 2010, s.8). Dalej dodaje: *Zmiana najważniejsza: Kalina dotyka twarzy innych ludzi. (...) To mistrzostwo świata* (R. Radłowska, 2010, s.8).

Piotruś

Dziś już pięcioletni chłopiec, który od stycznia 2012 roku także należy do grupy dzieci objętych metodą 3i w Maltańskim Centrum Pomocy. W chwili rozpoczęcia terapii miał 2,5 roku. W pierwszym roku życia zdiagnozowano u niego zaburzenia ze spektrum autystycznego, a później stwierdzono występowanie autyzmu atypowego.

Początki bywają trudne...

Początki rzeczywiście były trudne. Mnogość wolontariuszy i ciągłość sesji okazały się dla chłopca i jego rodziców nie lada wyzwaniem. Piotruś potrzebował dwóch tygodni, aby „oswoić” się z tak dużą liczbą nowych osób i zasadami jakie od tamtej pory zaczynały obowiązywać w domu. Początkowy płacz, niezgoda na przebywanie tak długi czas w małym pomieszczeniu przerodziły się z czasem w absorbujące zabawy i zainteresowanie osobą wolontariusza. Z tygodnia na tydzień chłopiec z coraz większą radością witał przychodzących terapeutów. Jak się później okazało, dokładnie zapamiętywał czynności, które dana osoba podejmowała i na kolejnych spotkaniach sam zaczynał je inicjować.

...ale najtrudniej wystartować...

Zanim jednak to wszystko się zaczęło, rodzice musieli przygotować miejsce, czyli specjalny pokój zabaw. Wymagało to reorganizacji mieszkania i życia rodzinnego. *Oczywiście, było to coś nowego, wiele rzeczy trzeba było zmienić i w wyglądzie mieszkania, i w codziennym życiu. Ale najtrudniej wystartować.* – wspomina mama. Piotruś był obecny podczas przygotowywania sali, ale rodzice nie informowali go o poszczególnych działaniach. *Być może wynikało to z prawie zerowego kontaktu z nim. Chyba nie czuliśmy, że to może być potrzebne, bo nie wierzyliśmy, że Piotruś może coś rozumieć. Był młodszy i nie wykazywał żadnego zainteresowania tym, co się wokół niego działo* – dodaje mama.

...pobaw się ze mną...

Inną kwestią było zebranie grupy wolontariuszy, którzy włączyliby się w terapię chłopca wedle przedstawionych zasad i raz w tygodniu poświęcaliby 1,5 godziny swojego wolnego czasu na zabawę z nim. Rozpoczęły się poszukiwania i wkrótce zorganizowano pierwsze spotkanie szkoleniowe, na którym ochotnicy wypełnili deklaracje, zakreślili dogodne terminy, poznali rodzinę i specyfikę metody. Do zadań rodziców należało ustalenie grafiku osób, a później poinformowanie każdego o wybranym dniu i godzinie sesji. Dopiero wówczas można było ruszyć naprzód.

...to do dzieła...

Kiedy logistycznie wszystko było już gotowe nadszedł czas na rozpoczęcie terapii i pierwsze spotkania z wolontariuszami. Jak już wcześniej wspomniano były one trudne. Początkowo przestraszony i zdezorientowany dwuipółlatek nie chciał wchodzić do pokoju zabaw ani w nim przebywać. Mocno trzymał się mamy, uciekał do salonu wracając do swoich ulubionych zabawek wśród których czuł się bezpiecznie. Trudno mu było zaakceptować zmiany i nowe osoby. Kolejne tygodnie przyniosły jednak pozytywne efekty: chłopiec zaakceptował obecność wolontariuszy. W ten sposób rozpoczęto pierwszy etap terapii polegający na podążaniu za dzieckiem, naśladowaniu i powtarzaniu jego zachowań.

...podążanie za dzieckiem...

Piotruś był bardzo pogodny, dużo się uśmiechał, przytulał, jednak nie utrzymywał kontaktu wzrokowego ani nie próbował nawiązać żadnej więzi podczas sesji. Miał kilka swoich ulubionych przedmiotów i czynności oraz parę schematów

zabaw. To mu wystarczało. Spokojnie zajmował się własnymi aktywnościami, nie zwracając uwagi na osobę wolontariusza. Zadaniem terapeuty było więc „wejście w świat dziecka”, podążanie za nim, czyli naśladowanie jego ruchów, mimiki, głosu i podejmowanie tego, co ono proponuje. Przykładowo oznacza to, że jeżeli chłopiec skakał na trampolinie i machał rączkami, terapeuta wykonywał te same gesty; kiedy Piotruś potrzebował odpocząć i kładł się na podłodze, wolontariusz przyjmował podobną pozycję ciała. A wszystko po to, aby wzbudzić u dziecka zaufanie, poczucie bezpieczeństwa i swobody, a przy tym zabawy pełnej miłości.

W efekcie, z czasem pojawiły się pierwsze spojrzenia i uśmiechy skierowane na osobę wolontariusza. Chłopiec zaczął bacznie przyglądać się sobie w lustrze i nabywać orientacji w schemacie własnego ciała. Obserwował uważnie twarz terapeuty, próbował badać ją dotykiem i dostrzegać całościowy obraz osoby. Gest wskazywania ręką osoby dorosłej zamienił w pokazywanie palcem, a wkrótce słowne komunikowanie lub nazywanie zabawki, której w danym momencie potrzebował. W międzyczasie został przeprowadzony trening czystości, a i sala zabaw kilka razy uległa modyfikacji: nieużywane zabawki wymieniono na rzecz bardziej atrakcyjnych i adekwatnych do aktualnego poziomu rozwoju chłopca. W końcu Piotruś zaczął akceptować zmiany w zabawach, dlatego można było rozpocząć próby urozmaicenia schematów.

...nie zawsze było kolorowo...

Podczas dotychczasowej terapii niejednokrotnie pojawiały się zachowania trudne, objawiające się płaczem, krzykami, buntem, kiedy chłopiec nie chciał wchodzić do sali zabaw i nawiązywać jakichkolwiek relacji. Zaobserwowano jednak, że zazwyczaj te niełatwe dni stawały się zapowiedzią kolejnego postępu rozwojowego. Mając więc takie podejście i nadzieję, że niedługo dziecko nabędzie nowej umiejętności, wolontariuszom i rodzicom łatwiej było zmierzyć się z trudnościami.

Jak dziś wyglądają sesje?

Po dwóch latach terapii z punktu widzenia organizacyjnego nic się nie zmieniło. Wielu wolontariuszy odeszło, wielu nowych się pojawiło, ale nadal wymieniają się oni co 1,5 godziny i ciągle ich celem podczas spotkania jest podążanie za dzieckiem i naśladowanie go, a w efekcie dążenie do wspólnej zabawy. Jednak dziś Piotruś wita pierwszych wolontariuszy, czekając na nich przed windą i sam wprowadza do mieszkania, tych z drugich zmian – odprowadza w to samo miejsce. Dużo patrzy w oczy, wchodzi we wspólną zabawę sam proponując aktywności. Wiele rzeczy nazywa, potrafi zasygnalizować potrzeby oraz przekazać, czego chce. Już nie posługuje się ręką osoby dorosłej w celu pokazania tego, co go interesuje, ale sam świadomie wskazuje za potrzebą. Co więcej, coraz częściej zdarza mu się wyrazić ją za pomocą słów: *Daj...*, co stanowi ogromny sukces. Dużo mówi, a co najważniejsze, zwraca się do rodziców: *mamusiu, tatusiu*.

Teraz jest już zupełnie na innym poziomie, rozumie, co się dzieje – mówi mama chłopca - I potrafi to wykorzystać do swoich celów, nierzadko przeciwko nam, żeby coś wymusić – dodaje śmiejąc się.

Podsumowanie

Metoda 3i jak każda inna terapia posiada swoje wady i zalety. Pomimo uciążliwości związanej z jej intensywnością i koniecznością przeorganizowania życia rodziny dziecka poddawanego terapii, specjaliści i rodzice zdają się dostrzegać więcej tych drugich cech. Obecnie w Krakowie objętych tą metodą jest jeszcze kilkoro dzieci. Rodzice ciągle apelują o pomoc i poszukują osób chętnych do współpracy.

Bibliografia

1. Gardziel A., Sitnik E., *Psychoterapia „domowa” dzieci autystycznych.*, Konferencja Regionalna, Kraków, 13.04.2013.
2. Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom w Krakowie, *Materiały szkoleniowe*, Kraków, 2011.

Netografia

1. <http://www.autisme-espoir.org/lettres-a-un-petit-prince-sorti-de-sa-bulle.pdf>, data dostępu: 18.05.2014.
2. <http://www.autisme-espoir.org/parent-suite-methode.html>, data dostępu: 18.05.2014.
3. Radłowska R., *SuperTrzydziestkapiątka walczy o Kalinę.*; [w:] *Gazeta Wyborcza*, Kraków, 2010, dostępny w Internecie: http://www.autyzm.wroclaw.pl/images/art_img/metoda%203i.pdf, data dostępu: 14.03.2014.

The 3i Method in the therapy for children with autism

The article is about new alternative method using in therapy for children with Autisme Spectrum Disorders. Text is divided into few parts describing different aspects of this method: history and origin, the specification of the first child who took part in therapy in France and Poland as well as there is a description of author's experience. This article is based mainly on author's volunteer experience and interviews with parents and therapists.

Metoda 3i jako nowatorska forma wspomagania rozwoju dziecka z autyzmem

XXI wiek to czas pogłębiania wiedzy dotyczącej autyzmu oraz poszukiwania skutecznej terapii, która umożliwiłaby normalne funkcjonowanie osobom dotkniętym tym zaburzeniem. Jedną z propozycji, z jaką wychodzi dzisiejszy świat, jest terapia metodą 3I (Indywidualna- Intensywna- Interaktywna). Czy spełnia ona jednak stawiane jej oczekiwania i czy jest szansą na lepsze życie osób z autyzmem? Odpowiedzi na te pytania poszukuję od ponad dwóch lat, aktywnie działając jako wolontariuszka w pracy tą właśnie metodą. Zdobyte doświadczenia pragnę zaprezentować w tym artykule.

W celu weryfikacji skuteczności podejmowanych przez człowieka działań niezbędne jest pierwotne zapoznanie się z problemem, wobec którego są one czynione. W tym przypadku mowa jest o autyzmie, a dokładniej o jego wpływie na funkcjonowanie osoby na niego cierpiącej.

Autyzm mimo badań prowadzonych od wielu lat nadal w dużej mierze pozostaje tajemnicą, dlatego trudno o wyczerpującą a zarazem prostą definicję tego zaburzenia. Pojęcie to po raz pierwszy zostało użyte przez austriackiego profesora Leo Kanner'a w 1943r. Pochodzi od łacińskiego słowa „autos”, co znaczy „ja sam” i oznacza „zamknięcie w sobie, niezdolność do komunikowania się (E. Pisula, 2010). Siomon Baron- Cohen i Patrick Bolton podają bardziej rozbudowaną i lepiej wyjaśniającą definicję autyzmu. Autorzy uważają bowiem, że *jest to taki stan zdrowia, który pojawia się u niektórych dzieci albo zaraz po urodzeniu, albo we wczesnym dzieciństwie i powoduje, że są one niezdolne do tworzenia prawidłowych stosunków społecznych, jak również do rozwoju prawidłowej komunikacji. W wyniku tego dziecko może odizolować się od kontaktów z ludźmi, a jednocześnie zagłębić się w świecie powtarzających się, obsesyjnych czynności i zainteresowań* (S. Baron- Cohen, P. Bolton, 1999, s. 1).

Autyzm jest syndromem behawioralnym, składa się więc na niego zbiór nieprawidłowych rodzajów zachowań, które podzielone zostały na trzy charakterystyczne typy: **nieprawidłowy rozwój interakcji społecznych** (zaburzenia w zachowaniach niewerbalnych, np. brak kontaktu wzrokowego, nieumiejętność nawiązywania kontaktu z rówieśnikami, brak chęci do udziału w zabawie z innymi, brak świadomości obecności innej osoby i jej uczuć), **zaburzona komunikacja** (opóźniony rozwój mowy bądź jej brak, brak umiejętności podejmowania rozmowy, nieodpowiadanie na pytania oraz monologi na ulubiony temat, język charakterystyczny i zrozumiały tylko dla danej osoby, używanie zaimka trzeciej osoby zamiast „ja”, echolalie i brak zabaw tematycznych) oraz **powtarzające się stereotypowe zachowania i zainteresowania** (powtarzanie zachowań według ograniczonych, stereotypowych wzorców, trzymanie się niefunkcjonalnych rytuałów, stereotypowe

manieryzmy ruchowe, ciągle zainteresowanie niektórymi przedmiotami lub zjawiskami), co tworzy tzw. triadę autystyczną (J. Wciórka, 2008).

Różnorodność objawów sprawia, że etiologia tego samego zaburzenia może być odmienna w całej populacji osób z autyzmem. Naukowcy są zatem zdania, że nie istnieje jeden uniwersalny czynnik powodujący tę niepełnosprawność (E. Pisula, 2001). Podłoża autyzmu szuka się więc wśród różnych czynników. Obecny poziom wiedzy pozwala na umieszczenie go wśród zaburzeń pochodzenia genetycznego z wywołującymi go czynnikami środowiskowymi (E. Pisula, 2012). Nie ma jednak jednego genu autyzmu, do dziś znaleziono ich około 15 (U. Frith, 2008). Badania potwierdziły również, że u wszystkich osób z autyzmem występują nieprawidłowości zarówno w budowie, jak i w funkcjonowaniu mózgu. Często występuje także jego nieprawidłowy skład chemiczny: podwyższony stan neuroprzekaźnika serotoniny, który odpowiedzialny jest za transmitowanie sygnałów między neuronami (S. Baron-Cohen, P. Bolton, 1999).

Specyfika autyzmu, jego nie do końca wyjaśniona etiologia oraz olbrzymie zróżnicowanie występujących symptomów u poszczególnych osób dotkniętych tą niepełnosprawnością sprawia, że leczenie autyzmu to sprawa trudna, często nieprzynosząca żadnych efektów. Przez wiele lat wszelkie podejmowane próby terapii były nieskuteczne. Przełomowym momentem okazało się wprowadzenie wczesnej interwencji, w wyniku której zauważono poprawę w funkcjonowaniu dzieci autystycznych w porównaniu do osób, wobec których terapię podjęto w późniejszej fazie życia (E. Pisula, 2010). Według Jacka Błeszyńskiego ważna jest również rola środowiska, w którym osoba z autyzmem funkcjonuje, w czasie terapii należy więc uwzględniać kontekst społeczno-kulturowo-ekonomiczny (J. Błeszczyński, 2009). Wszystkie podejmowane działania należy określić jako terapię syndromolityczną, czyli objawową. Głównym jej celem jest lepsze funkcjonowanie behawioralne osób z autyzmem, poprawa funkcji poznawczych, polepszenie relacji z ludźmi i otoczeniem oraz pomoc rodzinie. Natomiast cel końcowy terapii zależeć będzie od potencjału dziecka, gdyż należy pamiętać, że każde dziecko jest inne i do każdego należy indywidualnie dobierać terapie, czy stawiać wymagania (A. Witusik, 2010).

Od czasu, gdy Leo Kanner po raz pierwszy opisał zjawisko autyzmu, upłynęło już wiele lat. W okresie tym specjaliści próbowali przeróżnych sposobów pozwalających zwalczyć zarówno objawy, jak i przyczyny tego zaburzenia. Na drodze tych poszukiwań powstało wiele różnych terapii. Wśród nich wyróżnia się programy behawioralne, treningi umiejętności społecznych, program TEACCH, arteterapię (w tym muzykoterapię), Holding, Patterning, Metodę Waldena, Metodę Ułatwionej Komunikacji, Metodę Opcji, Terapię Zaburzeń Sensorycznych. Każda z wymienionych metod ma swoich wielkich zwolenników, ale też przeciwników. Wynika to oczywiście ze specyfiki zaburzenia, które sprawia, że trudno o jedną, idealną terapię (S. Baron-Cohen, P. Bolton, 1999).

W 2005 r. do długiej listy oddziaływań podejmowanych względem osób z autyzmem została włączona przez francuskie stowarzyszenie Autisme Espoir Vers l'École (A.E.V.E) metoda, zwana Metodą 3I (Indywidualna- Intensywna- Interaktywna). Zaliczana jest do metod rozwojowych, tzn. takich, które poprzez wejście w świat dziecka oraz przekształcanie jego stereotypowych zachowań w zabawy interaktywne, mają na celu podjęcie na nowo przerwanych przez autyzm

rozwoju. Ciekawe jest to, że została ona wymyślona przez dwie babcie 2,5 chłopca z autyzmem, które zmodyfikowały znane amerykańskie metody terapii dzieci autystycznych, jednocześnie czerpiąc z nich inspiracje. Przez 18 miesięcy indywidualnej, intensywnej i interaktywnej terapii wyprowadziły go z autyzmu. Na podstawie tego doświadczenia stowarzyszenie A.E.V.E. zaczęło rozpowszechniać metodę dwóch babć. Praca tą metodą przez okres od 2 do 3 lat powinna dać oczekiwane rezultaty. Ważne jest to, że jej skuteczność potwierdzona została przez lekarzy, psychologów, psychoterapeutów i psychiatrów dziecięcych. Nadrzędnym celem tej metody jest intensywna stymulacja mózgu dziecka przez zabawę, by możliwe było odtworzenie, bądź powstanie całkiem nowych połączeń neuronów, niezbędnych do normalnego funkcjonowania (Materiały udostępnione przez Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom).

Nazwa metody wzięła się od 3 pierwszych liter słów określających jej podstawowe założenia: **intensywna** (trwa nieprzerwanie 7 dni w tygodniu, w wymiarze 40 godzin: 4 razy dziennie po 1,5h, bez przerwy na wakacje czy święta), **indywidualna** (oparta na indywidualnej relacji dziecka z wolontariuszem) oraz **interaktywna** (głównym celem jest komunikacja i wymiana, nawiązanie z dzieckiem kontaktu, naśladowanie go, by wejść w jego świat, a następnie przez wprowadzenie w czasie nawiązania kontaktu drobnych zmian zainteresować go naszym światem) (Materiały udostępnione przez Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom).

Jak pisze w swoim artykule Paulina Gołaska (2013, s. 14) : *Stworzenie atmosfery bezpieczeństwa, troski i uwagi jest podstawowym warunkiem skutecznego wspomagania rozwoju dzieci z autyzmem*. Na te elementy szczególną uwagę zwraca się również w trakcie terapii metodą 3I.

Ważną cechą metody jest również fakt, iż jest to terapia, która nic nie narzuca. By nawiązać z dzieckiem jak najlepszy kontakt należy unikać wszystkiego, co może wytworzyć u dziecka blokady, m. in. narzucania mu czegokolwiek. Dlatego też tak istotne jest zainteresowanie tym, co dziecko robi i przekształcanie każdej czynności, również stereotypowej, w zabawę (Materiały udostępnione przez Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom).

Walorem tej metody są z pewnością jej niskie koszty. Jedyne nakłady finansowe, jaki muszą ponieść rodzice, to wyposażenie sali spotkań, w której odbywają się sesje. Pokój ten znajduje się w domu dziecka, a wszystko co w nim jest służy kontaktowi: matowa szyba w oknie, by docierające światło nie rozpraszało uwagi dziecka, a także wysoko umieszczone zabawki, by musiało o nie poprosić. Poza tym zabawki te nie są interaktywne, gdyż wydawane dźwięki i światła rozpraszają i utrudniają nawiązanie kontaktu z wolontariuszem. Praca wolontariuszy jest nieodpłatna, a sama metoda nie wymaga również od wolontariuszy specjalistycznej wiedzy- muszą jedynie uczestniczyć w comiesięcznych spotkaniach szkoleniowych. Dla wolontariuszy nie ma również żadnych ograniczeń wiekowych, czy poglądowych, w terapii chodzi bowiem o kontakt dziecka z wieloma różnymi ludźmi, co ma pomóc w otwarciu się autysty na innych (Materiały udostępnione przez Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom).

Dzięki tej metodzie możliwe jest „ponowne” przejście dziecka przez te fazy rozwoju, które pominęło we wczesnym dzieciństwie. Etapy stosowania metody

odpowiadają poszczególnym fazom rozwoju dziecka, a aktualny etap rozwoju osoby z autyzmem jest ciągle sprawdzany i oceniany przez psychologa wspierającego rodzinę będącego jednocześnie wolontariuszem. Metodę dopasowuje się do danego dziecka we współpracy z rodzicami oraz w oparciu o bieżące sprawozdania z sesji wolontariuszy (Materiały udostępnione przez Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom).

W ciągu 10 lat organizacja A.E.V.E przyjęła pod swoje skrzydła wiele dzieci cierpiących na zaburzenia autystyczne. Wśród nich od stycznia 2012r. znalazł się również Piotruś, w którego terapii uczestniczę od samego początku. Jest ona koordynowana przez Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom w Krakowie, z którym rodzina chłopca nawiązała współpracę tuż po tym, jak dowiedziała się o niepełnosprawności syna (zdiagnozowany autyzm wczesnodziecięcy, bez niepełnosprawności intelektualnej). Piotr jest jedynym dzieckiem rodziców, obecnie ma 4 lata, a terapię rozpoczął w wieku dwóch lat. Ze względu na problemy chłopca, matka musiała zrezygnować z pracy, jednak ojciec jest w stanie sam utrzymać rodzinę na tyle, że funkcjonuje ona na dość dobrym poziomie. Po dwuletniej współpracy z tą rodziną, mogę stwierdzić, że poza babcią, jej członkowie pogodzili się z „innością” dziecka i mają do niej pozytywny stosunek (Materiały własne).

Sesje wolontariuszy z Piotrusiem odbywają się w wymiarze godzinowym zgodnym z założeniami metody, w domu chłopca, w specjalnie dostosowanej do wymogów metody sali zabaw. Rodzice w tym celu przystosowali jeden z pokoi swojego mieszkania, wyposażyli go w odpowiednie sprzęty, takie jak np. lustro, huśtawka, piłki, koc, instrumenty, kapelusze, tablica, batuta, a także przyciemnili szyby w oknie. Zabawki znajdujące się w sali są co jakiś czas wymieniane, by zaspokoić potrzeby i zainteresowania chłopca (Materiały własne).

Chociaż terapia Piotrusia nie dobiegła jeszcze końca, już teraz można powiedzieć, że przyniosła pożądane efekty, przynajmniej w niektórych sferach jego funkcjonowania. Rezultaty oddziaływań mierzone są co 3 miesiące tzw. testem ewaluacyjnym, który uzupełniany jest przez rodziców, wolontariuszy i psychologa na comiesięcznych spotkaniach szkoleniowych. Największe zmiany widoczne są w komunikacji werbalnej oraz w autonomii. Dziecko używa coraz więcej słów oraz zaczyna budować zdania poprawnie gramatycznie i fleksyjnie np. „Spadłem”. Częściej mówi o sobie - „Ja”, a nie w trzeciej osobie - „Piotruś”. Potrafi także nawiązywać kontakt wzrokowy oraz sam wychodzi z inicjatywą wspólnej zabawy. Dzięki uczestnictwu w terapii Metodą 3I zmienił się również stosunek chłopca do rodziców. Zwraca się do nich bezpośrednio „mamo”, „tato” i reaguje, gdy go wołają. Wyraźne postępy widoczne są również w sferze emocjonalnej. Piotruś potrafi okazywać swoje uczucia, a także o nich mówić. Poza tym rozpoznaje emocje u innych osób, czego zdecydowanie nie potrafił przed rozpoczęciem terapii (Materiały udostępnione przez Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom)

Nie wiemy jakie będą ostateczne rezultaty terapii, jednak na chwilę obecną możemy stwierdzić, że Metoda 3I pozytywnie wpływa na rozwój Piotrusia. Skuteczność tej metody potwierdzona jest przez badania pochodzące z różnych dziedzin nauki. Każde dziecko rozwija się jednak we własnym tempie, choć cele na kolejne etapy wyznaczane są wspólnie, przy współpracy wolontariuszy ze specjalistami

organizacji A.E.V.E. Prędkość uzyskanych efektów w dużej mierze zależy od tego, w jaki sposób metoda 3I była wdrażana, a także od indywidualnych cech dziecka. Dane sprzed trzech lat potwierdzają, że trzydzieścioro autystów po terapii metodą 3I komunikuje się prawidłowo i potrafi normalnie funkcjonować w społeczeństwie. Reszta dzieci, które są nadal objęte działaniami organizacji, przejawia znaczne postępy w rozwoju komunikacji i samoświadomości. O tym, jak niezwykle pozytywne efekty można uzyskać pracując metodą 3I świadczy wspomniany już fakt, iż twórczynie tej metody, wyprowadziły z głębokiego autyzmu swojego wnuka, w ciągu zaledwie osiemnastu miesięcy. Sukces ten daje nadzieję, że takie wyniki można osiągnąć w niemal każdym przypadku (Materiały udostępnione przez Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom).

Jak już kilkakrotnie wspomniałam, aby możliwa była praca tą metodą, istnieje potrzeba dużej liczby wolontariuszy. Mam zatem nadzieję, że przedstawiając pozytywne efekty działania tej terapii, zachęcę Ciebie czytelniku, abyś i Ty zechciał przyłączyć się do grona wolontariuszy i pomóc osobom cierpiącym na autyzm powrócić do normalnego życia.

Bibliografia

1. Baron-Cohen S., Bolton P.: *Autyzm. Fakty*, Krajowe Towarzystwo Autyzmu o/Kraków, Kraków, 1999.
2. Błeszyński J.: *Wielokierunkowe podejście do diagnozy i wspomaganie osób z autyzmem (optymalizacja)*, (w:) SZKOŁA SPECJALNA 1/2009.
3. Frith U.: *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2008.
4. Gołaska, P. *Dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu wyzwaniem dla rodziców i wychowawców* [w:] *Wychowanie w Przedszkolu* 4/2013.
5. Materiały udostępnione przez Maltańskie Centrum Pomocy Niepełnosprawnym Dzieciom i Ich Rodzinom.
6. Pisula E.: *AUTYZM. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Gdańsk, 2012
7. Pisula E.: *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2001.
8. Pisula E.: *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Sopot, 2010.
9. Wciórka J. (red.): *Kryteria diagnostyczne według DSM IV-TR*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2008.
10. Witusik A.: *Autyzm – wprowadzenie do metod terapeutycznych, doktryna terapii*, (w:) Pietras T., Witusik A., Gałecki P. (red.), *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław, 2010.

The 3i method as an innovative form of supporting the development of a child with autism

The article presents 3i Method, which based on intensive, individual and interactive play between the child and a member of his or her family or a voluntary worker. This method belongs to a group of developmental methods as it helps to reshape children's mind by entering into his or her world. It transforms children's stereotypical behaviours into interactive plays. The effectiveness of this method is confirmed by studies conducted in the variety fields of science.

Wspomaganie rozwoju dziecka z autyzmem wczesnodziecięcym przez odpowiedni sposób odżywiania

*„Nie ważne by płynąć, ważne by żeglować”
/powiedzenie rzymskie/*

Dziwne, niepojęte, nadpobudliwe, rozwydrzone – takimi terminami określa się dziecko z autyzmem. Ludzie przechodzący obok osoby cierpiącej na to zaburzenie, niejednokrotnie nie zdają sobie sprawy, na czym polega istota autyzmu.

Nie pojmują, że jest to zaburzenie całościowe, które rzutuje na zachowanie dziecka we wszystkich sferach rozwoju (M. Gruzła, 2014).

Trudności wynikających z autyzmu nie można umiejscowić w obszarze jednej kompetencji. Problem dotyczy wielu umiejętności i wpływa na ogólne, całościowe funkcjonowanie osoby. Zaburzenia dzieci z autyzmem specjaliści i badacze, według klasyfikacji DSM - IV, uporządkowali w trzy kategorie:

- Zaburzenia rozwoju mowy i komunikacji (często brak mowy, echolalia);
- Zaburzenia rozwoju społecznego (trudności w inicjowaniu i podtrzymywaniu kontaktu);
- Ograniczone wzorce zachowania, zainteresowań i aktywności.

Jedynie wtedy, gdy u dziecka pojawiają się nieprawidłowości w każdym z tych trzech obszarów, można zdiagnozować autyzm (A. Szczypczyk, 2013; E. Pisula 2010).

Dzieci z autyzmem przybywa coraz więcej. Statystyki rosną zatrważająco. Można zauważyć to w zestawieniu, dokonanym przez Amerykańskie Centrum Zwalczenia i Zapobiegania Chorobom (Centers for disease control and prevention): w 1975 roku jedno na 5 tys. dzieci było diagnozowane ze spektrum autyzmu, a w 2013 roku - 1 na 50 dzieci (<http://www.cdc.gov/>, data dostępu: 3.05.2014).

Naukowcy od wielu lat badają zależność pomiędzy dietą, a objawami psychicznymi. Aktualnie pojawia się coraz więcej głosów, że autyzm może być wywołany nieprawidłowościami układu trawiennego. Dlatego rodzice poszukują alternatywnych form pomocy dziecku, takich jak diety, które mają stać się elementem wspomagającym proces terapii dziecka (M. Herbert, 2012).

Jedną z osób zajmujących się badaniami nad wpływem interwencji dietetycznych w leczeniu autyzmu był norweski doktor - Karl Reichelt. Współpracując z pedagog dr Ann-Mari Knivsberg dowiódł, że wyeliminowanie z diety glutenu i kazeiny powoduje wiele korzyści, m.in. łagodzi objawy behawioralne i fizyczne u dzieci z autyzmem, zwiększa zdolność koncentracji i nauki (R. Kessick, 2010).

Dużą rolę w propagowaniu zmian żywieniowych u osób z autyzmem odegrały badania prowadzone przez dr. Sidney'a Haasa i jego syna dr. Merrilla Hassa. Stali się

oni prekursorami Diety Specyficznych Węglowodanów (SCD), która polega na ograniczeniu spożywania węglowodanów do monosacharydów. Zadaniem tej diety jest kontrola flory bakteryjnej jelit. Stosowanie jej znacząco wpływa na poprawę funkcjonowania dzieci z autyzmem, mających problemy z trawieniem i chorobami przewodu pokarmowego (R. Kessick, 2010; E. Gottschall, 2010).

Potwierdzeniem efektywności zmian żywieniowych u dzieci z autyzmem jest poniższe zestawienie wyników badań, opracowane przez dr Jamesa Adamsa, na temat interwencji biomedycznych i diet. Badania te zostały przeprowadzone wśród 27 tysięcy rodziców dzieci z autyzmem i dotyczą oceny skuteczności stosowanych u ich dzieci diet. Najczęściej wprowadzaną zmianą było wykluczenie mleka (6950 osób). Najwyższy procent pozytywnych rezultatów odnotowano w diecie specyficznych węglowodanów (<http://www.autism.com/>, data dostępu: 8.05.2014).

Tab. 1. Zmiany żywieniowe

Zmiany żywieniowe	Negatywny	Neutralny	Pozytywny	Ilość zgłoszeń
Feingolda	2%	40%	58%	1041
Dieta bezglutenowa i bezkazeinowa (GF/CF)	3%	28%	69%	3593
Eliminacyjna:				
Czekoladę	2%	46%	52%	2264
Jajka	2%	53%	45%	1658
Mleko/ nabiał	2%	44%	55%	6950
Cukier	2%	46%	52%	4589
Rotacyina	2%	43%	55%	1097
Dieta specyficznych węglowodanów (SDC)	7%	22%	71%	537

Źródło: J. Adams, *Summary of Dietary, Nutritional, and Medical Treatments for Autism - based on over 150 published research studies*, 2013, s. 8-29.

„W diecie tej absolutnie zakazane są wszelkie zboża, co obejmuje kukurydzę, pszenicę, żyto, czy też ryż w jakiegokolwiek postaci (...). Zakazane są ziemniaki. Zakazany jest cukier (...). Niedozwolone jest mleko w innej postaci niż jogurt” (S.V. Haas, M.P. Haas, 2011, s. 131).

Badania doktora Haasa wskazują, że dieta specyficznych węglowodanów jest dietą wymagającą od rodziców dużego nakładu pracy, cierpliwości, samozaparcia i dyscypliny. Jednak tylko pod takim warunkiem, można spodziewać się pozytywnych zmian w funkcjonowaniu organizmu dziecka (R. Radomska, 2013).

Studium indywidualnego przypadku

Głównym celem badań było ustalenie, czy stosowanie diety zbliżonej do **diety specyficznych węglowodanów** może wpłynąć na poprawę funkcjonowania dziecka z autyzmem wczesnodziecięcym i jego relacje z rodzicami.

Wobec tego sformułowano następujące pytania badawcze:

1. W jakim stopniu odpowiedni sposób żywienia (dieta specyficznych węglowodanów) determinuje rozwój sfery poznawczej i społeczno-emocjonalnej u dziecka?
2. W jaki sposób stosowanie specyficznej diety wpływa na relacje rodziców z dzieckiem?

W badaniach zastosowano metodę indywidualnych przypadków oraz posłużono się następującymi technikami:

- obserwacja,
- wywiad,
- skala rozwoju, skala zachowań (skale przymiotnikowe i opisowe),
- analiza dokumentów i filmów,

Do każdej techniki zostało odpowiednio dopasowane lub opracowane narzędzie badawcze. W niniejszych badaniach wykorzystano:

- Arkusz obserwacji zachowania się dziecka autorstwa B. Markowskiej,
- Kwestionariusz wywiadu z matką dotyczący diety dziecka własnego autorstwa,
- Profil Psychoedukacyjny autorstwa E. Schoplera,
- Opinia psychologiczno-pedagogiczna badanego dziecka,
- Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.

W badaniach brała udział 6-letnia dziewczynka M. z autyzmem wczesnodziecięcym. Badania były prowadzone od 1.03.2014 do 10.05.2014 w domu dziewczynki. Informacje na temat diety były zebrane – w głównej mierze - na podstawie wywiadu z matką. Badania przebiegały w miłej atmosferze. Zarówno M., jak i jej rodzice chętnie opowiadali o swoich doświadczeniach i dzielili się informacjami na temat autyzmu i diety wspomagającej proces rehabilitacji dziewczynki.

Na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego dokonano próby wyjaśnienia problemów badawczych. W odpowiedzi na pierwsze pytanie problemowe, które brzmiało: *W jakim stopniu odpowiedni sposób żywienia determinuje rozwój sfery poznawczej i społeczno-emocjonalnej u dziecka?* - uzyskane wyniki badań potwierdzają korzystny i znaczący wpływ diety na rozwój dziecka.

W wieku 19 miesięcy dziewczynkę zdiagnozowano jako dziecko z głębokim stopniem autyzmu. Większość lekarzy i specjalistów badających M. nie wysuwało pozytywnej prognozy w odniesieniu do dalszego funkcjonowania dziecka. W okresie wczesnego dzieciństwa M. przejawiała typowe zachowania dla dzieci autystycznych: brak mowy, nieadekwatny płacz, brak kontaktu wzrokowego, niewchodzenie w relacje i zabawy z rówieśnikami, zachowania stereotypowe. Ponadto miała problemy ze snem, jedzeniem, była płaczliwa i rozdrażniona. Wykazywała większe zainteresowanie matką, niż ojcem.

Rodzice M. po długim okresie poszukiwania i stosowania różnych metod w terapii (które nie zawsze przynosiły efekty) postanowili zmienić sposób żywienia córki, a potem również całej rodziny. Początkowo wyeliminowali ze swojej diety produkty zawierające gluten, kazeinę, cukier i sztuczne barwniki. Potem stopniowo zaczęli wprowadzać następujące produkty: gotowane warzywa, soki z surowych warzyw, mięso (głównie były to: kurczak, królik, cielęcina), rosoly. Następnie wprowadzano surowe warzywa, a na końcu niektóre owoce: cytrynę, kiwi, banany, morele, ananasy, papaję. Ważnym elementem diety było stosowanie enzymów, które miały rozkładać cukry i wspomagać trawienie. Zastosowali dietę najbardziej zbliżoną

do diety specyficznych węglowodanów (jednak bardziej restrykcyjną) oraz wprowadzali do niej elementy diety Gersona, Feingolda, Body Ecology i Wild Fermentation (produkty kiszone).

Wcześniej M. nie mówiła, nie reagowała na polecenia. Miała problemy ze skupieniem uwagi, koncentracją, przejawiała tylko zachowania stereotypowe. Z czasem, gdy zaczęła mówić, używała słów nieadekwatnie do sytuacji, wypowiadała się w 3. os. liczby pojedynczej. Obecnie badana jest pogodną dziewczynką. Chce poznawać otaczający świat, zadaje mnóstwo pytań, ma mniejsze problemy ze skupieniem uwagi. Jej słownictwo znacznie wykracza poza słownik przeciętnego sześciolatka. Sfera społeczno-emocjonalna również uległa poprawie. Dziewczynka ma bardzo dobry kontakt z rodzicami, wykonuje ich polecenia, przytula się do rodziców i lubi spędzać z nimi czas. Chętnie współpracuje i nawiązuje kontakt z innymi osobami dorosłymi (wolontariusze, terapeuci). W kontaktach z rówieśnikami radzi sobie coraz lepiej, wspierana przez dorosłego podejmuje próby zabawy z innymi dziećmi. M. coraz trafniej odczytuje emocje u innych osób, ale również rozmawia o swoich stanach emocjonalnych.

Kolejnym problemem badawczym było pytanie dotyczące tego: *W jaki sposób stosowanie specyficznej diety wpływa na relacje rodziców z dzieckiem?* Kiedy u M. zdiagnozowano autyzm, dziewczynka przejawiała silne przywiązanie do matki. Gdy kobieta oddalała się na chwilę, dziecko zaczynało płakać i krzyczeć, chwyciło matkę za ubrania i nie chciało puścić. W rezultacie matka nie miała możliwości, by zjeść normalny posiłek w ciągu dnia, skorzystać z łazienki lub nawet z toalety. M. nie zwracała uwagi na ojca: nie nawiązywała z nim kontaktu wzrokowego, nie reagowała na jego polecenia, pozostawała w stosunku do niego obojętna.

W miarę stosowania diety relacje w rodzinie ulegały stopniowej poprawie. Teraz dziewczynka chętnie spędza czas ze swoimi rodzicami, przytula ich, uwielbia wspólne wycieczki za miasto. Taką samą miłością obdarza zarówno matkę, jak i ojca. Nie boi się nowych wyzwań, chce poznawać otaczającą rzeczywistość, ponieważ wie, że w przypadku niepowodzenia zawsze może liczyć na wsparcie rodziców. Zdarzają się sytuacje, kiedy dziewczynka nie zgadza się ze zdaniem rodziców, a swój bunt wyraża w postaci płaczu. Coraz częściej jednak próbuje poznać i zrozumieć odmienny punkt widzenia. Ponadto rodzice często rozmawiają ze swoją córką. Starają się tłumaczyć konsekwencje jej zachowania.

Refleksje końcowe

Na podstawie analizy materiału badawczego można orzec, że zmiana sposobu żywienia w dużym stopniu wpływa na rozwój dziecka we wszystkich sferach. Dieta w połączeniu z innymi terapiami odgrywa znaczącą rolę, przynosi pozytywne efekty w procesie rewalidacji. Dzięki niej funkcjonowanie organizmu dziecka poprawia się, co pociąga za sobą widoczne postępy m.in. w rozwoju mowy, komunikacji, w sposobie zachowania się, w kontaktach z rówieśnikami i osobami dorosłymi. Ponadto zmiana żywienia powoduje poprawę relacji między rodzicami i dzieckiem. Ułatwia porozumiewanie się pomiędzy członkami rodziny, co jest podstawą do rozpoznawania i zaspokajania potrzeb dziecka.

Bibliografia

1. Gottschall E.: *Breaking the Vicious Cycle*, The Kirkton Press, Baltimore, 2010.
2. Haas S.V. and Haas M.P.: *Management of Celiac Disease*, Literary Licensing, 2011.
3. Herbert M.: *The Autism Revolution*, Random House Publishing Group, New York, 2012.
4. Kessick R.: *Autyzm i dieta: o czym warto wiedzieć*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa, 2010.
5. Pisula E.: *Autyzm: przyczyny, symptomy, terapia*, Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk, 2010.
6. Radomska R.: *Autyzm Bez Łez*, Wydawnictwo ITKM, Kraków, 2013.

Netografia

1. Gruźła M.: *Autyzm to nie choroba to dar od Boga*, <http://blogi.newsweek.pl/Tekst/spoleczenstwo/686836,autyzm-to-nie-choroba-to-dar-od-boga.html>, data dostępu: 27.04.2014.
2. <http://www.autism.com/>, data dostępu: 8.05.2014.
3. <http://www.cdc.gov/>, data dostępu: 3.05.2014.
4. Szczypczyk A.: *Ma autyzm, co to znaczy?*, <http://www.autyzm.krakow.pl/autyzm/artykuly/ma-autyzm-co-to-znaczy>, data dostępu: 27.04.2014.

The use of proper nutrition as a support for development of a child with autisme

The main purpose of this article is to demonstrate that specific carbohydrate diet (SCD) may contribute on overall better functioning of children with autism (cognitive, social and emotional sphere). It should be taken into consideration that our nutrition would have an increasingly important role in the functioning of children with autism.

Rzeczywistość szkolna dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Studium indywidualnego przypadku

W ciągu kilku lat mojego zainteresowania problemami i radościami dzieci oraz młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym nie udało mi się w pełni zgłębić tematyki rzeczywistości szkolnej uczniów z MPD. Okazało się jednak, że odpowiedzi na nurtujące mnie pytania były bardzo blisko, w kręgu moich znajomych.

Niniejszy artykuł stanowi próbę przybliżenia czytelnikowi zarówno pojęcia specjalnych potrzeb edukacyjnych, jak i specyfiki dziecięcego porażenia mózgowego, ale nade wszystko jest ona rozpaczliwym wołaniem o zrozumienie, o takt, o tzw. „szósty zmysł” nauczycieli oraz kolegów ze szkolnej ławy.

Literatura podaje, iż dzieci i młodzież o specjalnych potrzebach edukacyjnych to osoby, które doświadczają trudności w nauce spowodowanych niepełnosprawnością. Mają gorszy niż inne dzieci dostęp do edukacji lub większe problemy z nauką (J. Thompson, 2013, s.1).

Osoby ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w ramach edukacji wymagają: zindywidualizowanego programu nauczania i tempa pracy, odpowiednich metod oraz form pracy, specjalnych sposobów sprawdzania ich wiedzy, ponadto stosownych warunków lokalowych, w których odbywa się kształcenie, a nade wszystko nauczycieli, wychowawców, którzy są specjalistami, wiedzą jak postępować z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, z chęcią rozwijają jego talenty i uzdolnienia. Specjalne potrzeby edukacyjne wynikają w szczególności z: niepełnosprawności, niedostosowania społecznego, zagrożenia niedostosowaniem społecznym, specyficznych trudności w uczeniu się, zaburzeń komunikacji językowej, chorób przewlekłych, sytuacji kryzysowych lub traumatycznych, niepowodzeń edukacyjnych, zaniedbań środowiskowych, trudności adaptacyjnych, a także szczególnych uzdolnień (Ministerstwo Edukacji Narodowej, www.lms.cku.sopot.pl/cku/wp-content/uploads/2009/02/poradnik.pdf).

Dzieci i młodzież ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi mogą realizować obowiązek szkolny w różnych placówkach, tj. szkoły ogólnodostępne, szkoły specjalne lub oddziały specjalne, klasy integracyjne, ośrodki szkolno-wychowawcze, młodzieżowe ośrodki wychowawcze (Ministerstwo Edukacji Narodowej, http://www.pzn.org.pl/perkins/images/pdf/prezentacja_MEN.pdf).

Określenie mózgowie porażenie dziecięce jest terminem niejednorodnym. Ma to niewątpliwie związek z tym, że w MPD mamy do czynienia z różnymi, często odmiennymi objawami, a także z ich zróżnicowanym nasileniem.

Według M. Syndera dziecięce porażenie mózgowie jest zespołem zaburzeń motorycznych, będących skutkiem uszkodzenia centralnego układu nerwowego (M. Synder, 2002, s. 11).

Mózgowe porażenie dziecięce jest zaburzeniem dość powszechnym. Należy do najczęściej spotykanych problemów okołoporodowych. Pojawia się średnio 5 razy na każde 2000 urodzeń. Częstotliwość występowania porażenia mózgowego nie zmienia się na przestrzeni ostatnich 30 lat, mimo znacznego postępu w opiece nad ciężarnymi oraz istotnej poprawy stanu opieki położniczej i pediatrycznej (M. Synder, 2002, s.11).

K. J. Zabłocki (1998, s. 13) wskazuje, że do przyczyn zaistnienia MPD najczęściej zalicza się: uszkodzenia wewnątrzmaciczne, uszkodzenia okołoporodowe, uszkodzenia poporodowe.

Chcąc poznać temat rzeczywistości szkolnej uczniów z mózgowym porażeniem dziecięcym miałam okazję porozmawiać z dorosłą już kobietą, która ma za sobą spore doświadczenia, począwszy od czasów szkoły podstawowej aż po studia. Przeprowadziłam z nią wywiad częściowo ustrukturyzowany, który miał na celu poruszenie konkretnych zagadnień dotyczących szkolnych lat. Wypowiedzi kobiety były rejestrowane.

Lucynę poznałam, gdy miała 25 lat. Jest osobą ogromnie ciepłą i szczęśliwą. Na jej twarzy zawsze widnieje uśmiech, przez co gromadzi wokół siebie mnóstwo ludzi. Bardzo lubi rozmawiać, można z nią konwersować godzinami. Imponuje mi. Pomimo dziecięcego porażenia mózgowego i jego widocznych symptomów (niedowład spastyczny kończyn dolnych, padaczka, problemy ze wzrokiem) jest młodą kobietą pełną wigoru i chęci działania. Z licznych rozmów dowiedziałam się, że ukończyła studia licencjackie oraz studia podyplomowe. Jest w trakcie wyboru studiów magisterskich, ponieważ chciałaby kontynuować edukację. Udziela korepetycji, pisze teksty do szuflady, a nade wszystko pochłania książki. Jest miłośniczką literatury. Kocha ją od dziecka, jak dowiaduję się później: *książki stanowiły antidotum na wszystkie niepowodzenia na gruncie szkolnym. Gdy wracałam ze szkoły, brałam książkę i czytałam. Zagłębiając się w opisaną na jej kartach historię nie myślałam o chorobie. Czytanie było pasją i lekarstwem, które sprawiło, że zdecydowałam się podjąć studia polonistyczne.*

Jako studentka pedagogiki specjalnej, studiów, w trakcie których tak wiele mówi się o indywidualnym podejściu, o szacunku dla każdego człowieka, o integracji, byłam poruszona słowami dorosłej już, i mogącej spojrzeć z dystansem na okres swojej edukacji Lucyny.

Nie brakowało drżenia głosu i słów goryczy. Pytając o wspomnienia ze Szkoły Podstawowej usłyszałam o dyskryminacji, o wyzwiskach i żartach, o braku kompetencji wśród nauczycieli. *Pamiętam szczególnie lekcje matematyki... Nauczycielka dyskryminowała mnie nie dając możliwości udzielenia odpowiedzi przy tablicy, ponieważ jej zdaniem zabrałoby to dużo czasu, a lekcja ma tylko 45 minut.*

Dziewczyna bardzo chciała być traktowana tak samo jak pozostali uczniowie, przecież poza ograniczeniami ruchowymi, które mimo wszystko pozwalały jej na poruszanie się, była normalnym uczniem. *Myślę, że nauczyciele twierdzili, że w ten sposób mi pomagają umożliwiając odpowiedź z ławki, bo nie muszę męczyć swoich nóg, ale uczniowie myśleli zgoła inaczej – kiedy nauczyciel po skończonej lekcji z klasy wychodził, atakowali mnie, mówiąc jak mi dobrze, bo nie muszę się uczyć tyle co oni, ponieważ mnie pani i tak nie zapyta...* Lucynka doświadczyła także nietaktownych sytuacji podczas sprawdzianów w szkole. *Uczeń z porażeniem ma specjalne edukacyjne*

potrzeby. W moim przypadku chodziło o wolniejsze tempo pisania, więc kiedy nadchodziła pora sprawdzianu, nauczyciel mówił głośno na forum klasy: „Zrób wszystkie zadania z wyjątkiem dajmy na to szóstego”. I po raz kolejny po takiej lekcji uczniowie zarzucali mi, że jestem traktowana ulgowo. Jako dorośli ludzie, pedagodzy winni umieć przewidywać reakcje dzieci. Gdy dochodziło do sprawdzianów wystarczyło informacje przekazać cichutko na ucho, bądź po prostu wykreślić dane zadanie z testu przeznaczonego dla mnie. W rzeczywistości szkolnej bohaterki były także sytuacje związane z tzw. „docinkami”. Gdy byłam w Szkole Podstawowej ogromną popularnością cieszyła się telenowela ‘Paloma’, opowiadająca historię niepełnosprawnej dziewczyny utykającej w podobny sposób jak ja, koledzy chodzili za mną i wołali: „Palumcia!”. Ta dziewczyna ostatecznie spotkała lekarza, który ją zoperował i wyzdrowiała. Koledzy bardzo często komentowali: „Ty takiego lekarza nie spotkasz, bo operują Cię, a Ty nadal tak chodzisz i będziesz tak chodzić”.

Lucyna uważa, że byłoby kłamstwem, gdyby powiedziała, że jej wspomnienia są wyłącznie złe. Przez cały okres szkoły podstawowej miałam w klasie przyjaciółkę, z którą siedziałam w ławce. Ona się nigdy ze mnie nie śmiała. Byłyśmy jak papużki nierozłączki, a przyjaźń trwa do dziś. Razem brałyśmy udział w szkolnych przedstawieniach, ponieważ należałyśmy do „Teatryku szkolnego”, którego opiekunką była nasza polonistka i wychowawczynie zarazem. Dzięki rolom, które przydzielala, mogłam być aniołem, motylem... To wychowawczynie odkryła również mój talent do recytacji i rokrocznie zgłaszała mnie do udziału w konkursie recytacji wierszy mówionych gwarą. Odnosiłam sukcesy w poszczególnych etapach: szkolnym, gminnym oraz wojewódzkim, stopniowo nabierając pewności siebie. Zrozumiałam, choć nie od razu, że komisja oceniająca moją recytację nie zwraca uwagi na to, jak przed nią stoję, ale co i jak mówię. To było niezwykle budujące doświadczenie! Moja przygoda z konkursem recytatorskim trwała aż do ukończenia gimnazjum.

W czasach gimnazjum i liceum zauważa się znaczną zmianę podejścia nauczycieli do Lucyny. Nie miała specjalnych względów, których tak nie lubiła. Zaostrzyła się niestety nagonka ze strony rówieśników. Sami nauczyciele nie byli świadomi tego, że coś mi nie odpowiada w relacjach koleżeńskich, ponieważ nigdy im tego nie sygnalizowałam. Bałam się, że gdy coś powiem, będzie jeszcze gorzej, dlatego nigdy nie rozmawiałam z żadnym z nauczycieli na ten temat, kamuflując ból sztucznym uśmiechem, po to tylko, by niczego nie wyczuli. Wiem teraz, że to mój błąd. Moja rozmówczynie opowiada o niemiłych sytuacjach rówieśniczych, które przytrafiały jej się bardzo często również w tym czasie: Wracając z przerwy, w plecaku zeszytów nie znajdowałam. Kolega chował mi je sądząc, że jeśli napyta mi w ten sposób problemów, to będę mieć spore trudności i być może dzięki temu nie zdam do następnej klasy, a on nie będzie mnie już musiał oglądać. Tym podobnych sytuacji było wiele, nawet tuż przed egzaminem dojrzałości. Na jednej z lekcji języka angielskiego pani wzywała do odpowiedzi w parach, bo chodziło o dialog. Wywołała mnie wraz z kolegą, który mimo kilkakrotnych prośb z jej strony uparł się, że pójdzie z każdym, ale nie ze mną. W końcu pani straciła cierpliwość i wstawiła mu jedynekę, a ja wyszłam na środek sama i przedstawiłam dialog za nas oboje. Dostałam piątkę, co dodatkowo rozżłościło kolegę i na przerwie nie szczędził wulgarnych słów pod moim adresem.

O czasach studiów młoda kobieta wypowiada się w sposób bardzo radosny, a na jej twarzy widać szczery uśmiech. Złożyłam podanie o przyjęcie na studia

licencjackie. Dostałam się na studia dzienne, jednak ze względu na chorobę uczęszczałam na studia zaoczne. Tak mi było wygodniej. Ten czas to najmiłszy okres mojego życia. Często myślałam: Panie Boże, musiałam dojść tak daleko, żeby na każdym kroku traktowano mnie jak zdrowego człowieka? Zostałam przyjęta przez moją grupę bardzo ciepło, zawiązałam nowe przyjaźnie, które trwają do dziś.

Z wielką przyjemnością opowiada o pierwszej lekcji gramatyki opisowej na której po wykładzie Doktor wzywał kolejno do tablicy i mnie nie ominął. Szłam do tej tablicy jakbym miała nogi z waty i lzy w oczach. Nikt nie wiedział dlaczego. Brak mi słów, by to opisać. Poczulałam się normalnie, dobrze. Bardzo żałuje, że nie było tak od początku mojej edukacji...

Lucyna ukończyła także studia podyplomowe z bibliotekoznawstwa i informacji naukowej. Wspomniała też o chęciach podjęcia studiów podyplomowych z oligofrenopedagogiki, jednakże marzenia nie udało się zrealizować. *Zmagam się z porażeniem mózgowym już 27 lat i wiem, że życie z tą chorobą jest ciągłą walką o lepsze jutro. Jestem jeszcze młoda i mam przed sobą całe życie, dlatego mam nowe marzenia, nowe cele i wiem, że warto o nie walczyć. Nie poddam się!*

Z przeprowadzonego przeze mnie wywiadu z Lucyną wyłaniają się smutne wnioski. Polska szkoła nie jest odpowiednio przygotowana na pracę z dzieckiem niepełnosprawnym. Optymizmem nie napawa zarówno sam proces edukacyjny, jak i wychowawczy. Rzeczywistość szkolna osób niepełnosprawnych jest często pasmem porażek i upokorzeń.

Problemy szkolne, o których była mowa powyżej, wywodzą się zapewne z tego, że w szkołach masowych wiele mówi się o zasadach ruchu drogowego czy o szkodliwości brania narkotyków, a temat niepełnosprawności nie jest poruszany wcale bądź też jest poruszany niewystarczająco. Te trudności, z którymi dziecko się mierzy, zarówno to chore, jak i zdrowe mające kontakt ze sprawnym inaczej rówieśnikiem, wynikają często z niewiedzy. Uważam, że system szkolnictwa powinien być udoskonalony poprzez wprowadzenie do programu nauczania cyklu godzin wychowawczych poświęconych problemom niepełnosprawnych uczniów, prowadzonych przez odpowiednią kadrę, ponieważ takiego tematu nie może poruszać laik. Potrzeba również, by nauczyciele swoim przykładem wobec niepełnosprawnego ucznia ukazywali pozostałym uczniom, że niepełnosprawność nie jest czymś gorszym albo złym, lecz jest częścią życia. Ważne, aby nauczyciel zrobił wszystko co w jego mocy, by niepełnosprawna koleżanka czy kolega nie odstraszała, tylko aby ich zaakceptowano takimi jakimi są, bo tylko wtedy będą mogli w pełni cieszyć się radością w gronie społeczności szkolnej.

Bibliografia

1. Synder M.: *Dziecko z porażeniem mózgowym. Przewodnik dla rodziców i opiekunów*, Święty Paweł, Częstochowa, 2002.
2. Thompson J.: *Specjalne potrzeby edukacyjne*, PWN, Warszawa, 2013.
3. Zabłocki K. J.: *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa, 1998.

Netografia

1. Ministerstwo Edukacji Narodowej: Specjalne potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży. www.lms.cku.sopot.pl/cku/wp-content/uploads/2009/02/poradnik.pdf, data dostępu: 13.05.2014.

2. Ministerstwo Edukacji Narodowej: Dzieci i młodzież z niepełnosprawnościami w systemie oświaty. www.pzn.org.pl/perkins/images/pdf/prezentacja_MEN.pdf, data dostępu: 30.05.2014.

The school reality of children with cerebral palsy. Case study.

The article refers to a conversation with an adult woman with cerebral palsy about the realities of the Polish schools.

Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w małżeństwie zróżnicowanym etnicznie. Studium indywidualnego przypadku

Nie ulega wątpliwości, że rodzina odgrywa znaczącą rolę w procesie rozwoju i socjalizacji każdego człowieka. Jak zauważa Maria Ziemska, każdy z nas należy do przynajmniej jednej rodziny, która jest naturalnym środowiskiem dojrzwiania, miejscem nabywania umiejętności społecznych, a także kształtowania się osobowości. Umożliwia ona człowiekowi sprawowanie rozmaitych, adekwatnych do płci, wieku etc. zadań społecznych. W ujęciu autorki rodzinę definiować należy jako interpersonalny system stosunków wewnątrzgrupowych albo system społeczny, czy też swego rodzaju instytucję społeczną (M. Ziemska, 1979). Swoiste miejsce rodziny w procesie socjalizacji dziecka podkreśla Irena Obuchowska (1991) wskazując, iż wychowanie w środowisku rodzinnym, w odróżnieniu od opieki instytucjonalnej, wiąże się z dużym udziałem emocji. Zdaniem autorki emocjonalny wymiar funkcjonowania rodziny cechuje się trzema podstawowymi właściwościami. Jedną z nich jest spontaniczność wychowania przejawiająca się w otwartości komunikacji, autentyczności oddziaływań wychowawczych dyktowanych niekiedy nastrojami rodziców, czy bezpośredniością relacji między członkami rodziny. Drugą jest empatia w wychowaniu dzieci cechująca się umiejętnością wczuwania się w odczucia i emocje drugiego człowieka. Jako trzecią właściwość autorka określa intymność środowiska rodzinnego równoznaczną z niedostępnością dla osób postronnych (I. Obuchowska, 1991). Jak zauważa Beata Topij- Stempińska pomimo zmian, które zachodziły w rodzinie na przestrzeni wieków i znajdowały odzwierciedlenie w ewolucji jej funkcji, modeli i zadań, od zawsze umożliwiała ona i umożliwia wychowywanie kolejnych pokoleń (A. Błysiak, E. Dobrowolska, 2010).

Również w dzisiejszych czasach sytuacja rodziny zmienia się bardzo dynamicznie. Proces zachodzących w niej zmian pozostaje nierozdzielnie związany z przemianami gospodarczymi, społecznymi, technologicznymi zachodzącymi w ostatnich latach w „świecie zachodu” (A. Błysiak, E. Dobrowolska, 2010). Przemiany te w znaczący sposób determinowały kształtowanie się nowego stylu życia czy wartości moralnych współczesnych ludzi (A. Błysiak, E. Dobrowolska, 2010). Za podstawowe zmiany mające miejsce we współczesnej rodzinie autorzy uważają między innymi wzrost liczby konfliktów i rozwodów, zwiększenie zatrudnienia wśród kobiet, zmniejszającą się liczbę zawieranych małżeństw, osłabienie relacji z najbliższym otoczeniem, czy wzrost ruchliwości geograficznej uwarunkowanej politycznie i ekonomicznie (A. Błysiak, E. Dobrowolska, 2010). W zmieniającej się rzeczywistości swoje miejsce znajduje także pojęcie rodziny niepełnej. Obecnie jest ona rozumiana zarówno jako taka, w której na stałe brakuje przynajmniej jednego z rodziców, ale także ta narażona na czasową rozłąkę, innymi słowy czasowo niepełną,

powstała w wyniku dłuższego pobytu jednego lub obojga rodziców za granicą (J. Biczynska, B. Smolińska-Theiss, 2005). Współczesne badania nad rodzinami czasowo niepełnymi skoncentrowane są na rodzinach, w których ojcowie wykonują zawody takie jak na przykład marynarze, zawodowi żołnierze czy rybacy morscy, czyli wymagające czasowego pobytu w innym miejscu zamieszkania (J. Biczynska, B. Smolińska-Theiss, 2005). Życie takiej rodziny dzielą badacze na dwie fazy. Pierwsza, związana z pobytam ojca w miejscu zamieszkania jego rodziny, przejawia się poczuciem bezpieczeństwa i zadowolenia pozostałych członków rodziny. Podczas gdy druga, charakteryzująca się z pobytam ojca poza domem, pozostaje w związku z poczuciem osamotnienia i tęsknotą (J. Biczynska, B. Smolińska-Theiss, 2005). Pod pojęciem tym kryją się także rodziny, których członkowie, głównie w celach zarobkowych, zamieszkują inne miasta na terenie kraju lub też takie, które rozłączone są na rzecz pobytu zarobkowego za granicą przynajmniej jednego z członków rodziny (J. Biczynska, B. Smolińska-Theiss, 2005). Warto zauważyć, że specyfika rodzin czasowo rozłączonych różni się od rodziny pełnej czy niepełnej. Z jednej strony rodzina taka pod względem formalnym pozostaje pełną, pod warunkiem że nie nastąpił jej formalny rozpad, z drugiej jednak strony pod względem strukturalnym właściwym wydaje się nazwanie rodziny takiej niepełną (J. Biczynska, B. Smolińska-Theiss, 2005). Funkcjonowanie rodziny niepełnej czasowo wywiera także znaczący wpływ na rozwój osobowościowy dzieci i młodzieży. Jednym ze skutków takiego wychowania młodzieży, jest brak wiary w możliwość odniesienia sukcesu i zapewnienia utrzymania rodzinie na krajowym rynku pracy. Wyjazd za granicę w celach zarobkowych wydaje się być jedyną szansą na zapewnienie rodzinie właściwego statusu materialnego (J. Biczynska, B. Smolińska-Theiss, 2005). Pozytywnym aspektem wychowywania dziecka w rodzinie dotkniętej emigracją zarobkową, jest tworzenie możliwości zapoznania się z obcą kulturą, tradycjami i obyczajami innych narodów, pozwalając tym samym na dorastanie w duchu otwartości i akceptacji dla przedstawicieli kultur odmiennych, ich tradycji i wartości (J. Biczynska, B. Smolińska-Theiss, 2005).

Z pojęciem rodziny czasowo rozłączonej wiąże się zagadnienie eurosieroctwa. Jest ono pojęciem nowym, chętnie prezentowanym w mediach, związanym ze zmianami na rynku pracy, jakie dokonały się na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat, po akcesji Polski do Unii Europejskiej (E. Zawisza-Masłyk, 2008). Pomimo dużego zainteresowania tematem, eurosieroctwo nie doczekało się póki co zbyt wielu badań naukowych ani konkretnych rozwiązań prawnych (E. Zawisza-Masłyk, 2008). Zdaniem Ewy Zawiszy-Masłyk trudno dziś jednoznacznie oszacować, ilu Polaków zdecydowało się na emigrację zarobkową do krajów europejskich ze względu na ich dużą mobilność. W swoim opracowaniu powołuje się na szacunkowe badania Głównego Urzędu Statystycznego z 2007 roku, które szacują liczbę naszych rodaków za granicą na ponad milion, z czego jakieś 690 tysięcy zamieszkuje Wielką Brytanię, 490 tysięcy Niemcy i 200 tysięcy Irlandię (E. Zawisza-Masłyk, 2008). Samo pojęcie eurosieroctwa rozumieć należy zdaniem autorki jako czasowe pozostawienie dziecka w kraju pod opieką dorosłych osób trzecich, spowodowanego wyjazdem obojga rodziców za granicę (na terenie Europy) w celach zarobkowych z zachowaniem utrzymywania stałych kontaktów z dzieckiem (E. Zawisza-Masłyk, 2008, s. 41). Jak zauważają eksperci, czas rozłąki z rodzicami nie pozostaje obojętny dla rozwoju dziecka. Zdaniem Zawiszy-Masłyk rozdzielenie rodzica i dziecka na okres do pół roku

nie wpływa znacząco na funkcjonowanie dziecka, jednak jeśli okres ten przedłuża się ze względu na duży udział negatywnych emocji, może w bardzo niekorzystny sposób rzutować na zachowanie i rozwój dziecka (E. Zawisza-Mastyk, 2008). Skutki długotrwałej rozłąki z rodzicem mogą być jeszcze dotkliwsze, kiedy rozwój dziecka odbiega w jakiś sposób od normy i przejawia specjalne potrzeby edukacyjno-wychowawcze. Zdaniem Cytowskiej kochający i akceptujący rodzice, przejawiający pozytywne postawy rodzicielskie pełnią nieocenioną rolę w procesie rehabilitacji dziecka z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi, zwanym również zespołem hiperkinetycznym lub ADHD (B. Cytowska, 2005). Zespół ten uznawany jest za najlepiej zbadane zaburzenie w psychiatrii dziecięcej, równocześnie jednak jego diagnozowaniu towarzyszą wciąż liczne kontrowersje. Wielu rodziców próbuje bagatelizować ten problem, unikają kontaktu ze specjalistą twierdząc, że dziecko wkrótce wyrośnie z takich zachowań. Inni z kolei zażarcie dążą do uzyskania diagnozy o tym zaburzeniu, próbując w ten sposób usprawiedliwić swoje trudności wychowawcze (M. Szul, 2008). Badania nad etiologią nadpobudliwości psychoruchowej są wciąż w fazie rozwojowej. Najbardziej rozpowszechniony w świecie nauki jest pogląd, że u osób z tym zespołem następuje rozregulowanie funkcjonowania układu neurobiologicznego, najprawdopodobniej w płatach czołowych i zwojach podstawy mózgu - obszarach odpowiedzialnych za uwagę i regulację zachowania. Badacze jako inne możliwe przyczyny podają również zaburzenia przemiany materii w centralnym układzie nerwowym (CUN), odziedziczoną predyspozycję oraz czynniki środowiskowe (B. Cytowska, 2005). Za osiowe objawy ADHD Neuhaus uważa zaburzenia koncentracji uwagi, nadruchliwość i impulsywność (Neuhaus 2003).

Badania własne autorki artykułu skoncentrowane były na pięcioletniej Gai. Informacje o dziewczynce i jej rodzinie uzyskane zostały za pomocą metody wywiadu i obserwacji. Jej rodzice są młodym małżeństwem mieszanym etnicznie, dziewczynka i jej młodszy brat urodzili się we Włoszech. Oboje rodzice mają wykształcenie zawodowe, matka nie pracuje od momentu narodzin pierwszego dziecka. Ojciec wielokrotnie zmieniał pracę, co skutkowało częstymi przeprowadzkami. Dwa lata temu matka Gai zdecydowała powrócić z dziećmi na stałe do Polski, podczas gdy ojciec pozostał w swojej ojczyźnie. Często dzwoni do rodziny, sporadycznie ją również odwiedza. Podczas wizyt jego kontakt z dziećmi jest bardzo utrudniony, dzieci wciąż reagują na polecenia wydane im w języku włoskim lecz po paru miesiącach zaczęły komunikować się wyłącznie po polsku. Warunki mieszkaniowe rodziny określić można jako niedostateczne, zajmują oni jeden niewielki pokój w domu rodzinnym matki, ojciec wynajmuje dodatkowo kawalerkę. Pozostałe potrzeby rodziny zostają jednak zaspokojone.

Gaia od roku uczęszcza do ogólnodostępnego przedszkola. Jest dzieckiem bardzo bystrym, kreatywnym, ciekawym świata i otwartym wobec innych. Z wywiadu z matką dziewczynki wynika, że jej ulubione zajęcia to zabawa z psem, bieganie i oglądanie telewizji. Ma bardzo bogate słownictwo, chętnie tworzy własne neologizmy i wdaje się w długie dyskusje z dorosłymi. Jako charakterystyczne elementy zachowania Gai jej matka wymienia: dużą ruchliwość, podejmowanie się wielu aktywności i porzucanie ich po kilku minutach zabawy oraz pewną przekorę i krnąbrność. Wspomina również, że dziewczynka ma duże trudności w opanowaniu

emocji oraz często kłóci się z młodszym bratem i innymi członkami rodziny, w wybuchach złości niejednokrotnie odwołuje się do agresji. Kiedy była młodsza (bezpośrednio po przeprowadzce do Polski) celowo niszczyła sprzęty, często zachowywała się ryzykancko, co prowadziło do wielu wypadków i skaleczeń oraz sypiała zaledwie 5 godzin dziennie - po pójściu do przedszkola sytuacja ta uległa pewnej poprawie. Wychowawczyni dziewczynki zaobserwowała dodatkowo gwałtowne, mimowolne ruchy kończyn w sytuacji silnych emocji, impulsywność, trudności w koncentracji na wykonywanej czynności. Bardzo niechętnie siedzi na krześle, nawet jeść i rysować woli stojąc koło stolika, przestępując z nogi na nogę. Wiele z tych objawów sugerować może występowanie u niej zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Jej mama bywa często wzywana na rozmowę z wychowawcą grupy oraz dyrektorem ośrodka, zachęcają ją oni do wybrania się z córką do poradni psychologiczno-pedagogicznej. Spotykają się jednak każdorazowo z ogromnym oporem. Matka obawia się, że byłby to kolejny powód do stygmatyzacji dziewczynki i jej brata, już w tej chwili odczuwa niechęć mieszkańców wioski w związku z nieobecnością męża i obco brzmiącym nazwiskiem dzieci. Jest przekonana, że trudne zachowania dziewczynki wynikają po prostu z jej charakteru i nie są powodem do obaw.

Sytuacja analizowanej rodziny jest wyjątkowo skomplikowana. Rodzice muszą zmagać się jednocześnie z utrzymującą się przez długi czas rozłąką, trudną sytuacją finansową oraz specjalnymi potrzebami córki. Szczególnie interesujący wydaje się zatem sposób, w jaki radzą sobie oni z wychowaniem dzieci. W celu zbadania postaw rodzicielskich tej pary wykorzystano Kwestionariusz dla rodziców do badania postaw rodzicielskich Marii Ziemskiej. Narzędzie zawierało 41 twierdzeń (w tym 39 diagnostycznych), zadaniem rodziców było zaznaczenie na czterostopniowej skali, w jakim stopniu uważają dane zdanie za słuszne lub błędne. Twierdzenia te podzielone zostały przez autorkę na 4 skale szczegółowe mierzące postawę górowania nad dzieckiem, bezradności wobec niego, koncentracji na nim oraz dystansu. W zależności od uzyskanych wyników daną postawę uznać można za pożądaną lub niepożądaną wychowawczo.

Oboje rodzice uzyskali niskie wyniki na skali górowania (3 i 4 steny), co świadczyć może o ich umiejętności zwracania uwagi na sygnały płynące od dziecka, liczenie się z jego zdaniem i uczuciami oraz kierowanie nim bez zbytnej akcentacji swojej przewagi. Na skali koncentracji uzyskali wynik umiarkowany, wskazujący na przeciętne nasilenie niepożądanego wychowawczo postawy. Rodzice Gai są nią zainteresowani, nie zapominają jednak o własnych potrzebach i nie chronią jej przesadnie przed nowymi doświadczeniami. Matka uzyskała również niski wynik na skalach bezradności i dystansu (3 steny). Można wnioskować zatem, że jej relacja z córką jest ciepła, a ona sama uważa siebie za osobę kompetentną wychowawczo, wiedzącą jak zachowywać się w stosunku do dziecka. Kluczowe okazały się wyniki ojca dziewczynki w tych dwóch skalach. Zarówno w skali bezradności, jak i dystansu otrzymał on wynik wysoki (7 i 8 stenów). Świadczy to o dużym wycofaniu z bezpośredniego kontaktu z dzieckiem oraz dużej niepewności, jeżeli chodzi o prawidłowe postępowanie wychowawcze. Z pewnością występuje duża zależność między prezentowaną przez niego postawą, a pogłębiającymi się różnicami

językowymi między nim a dziećmi, rzadkimi wizytami oraz trudnościami wychowawczymi powodowanymi przez nadpobudliwość i impulsywność córki.

Na podstawie arkusza obserwacji, kwestionariusza wywiadu z matką dziecka a także skali badającej postawy rodzicielskie można wnioskować, że sytuacja rodzinna dziecka wpływa na jego rozwój korelując z zaburzeniami zachowania. Czynniki warunkującymi taką sytuację są nieobecność ojca, utrudniona z nim komunikacja, jak również duży stopień wycofania i niepewności wychowawczej z jego strony. Stopień wzajemnego wpływu tych zjawisk jest nieznany i wymaga kontynuacji działań diagnostycznych, niemniej ich zależność jest niezaprzeczalna. Potwierdza to tezę, iż zjawisko eurosieroctwa a także wychowywania się dziecka w rodzinie niepełnej, jest ściśle związane z jego rozwojem w wielu sferach. Słusznym wydaje się być stwierdzenie, iż obecność ojca w procesie wychowania jest zdecydowanie znacząca. Na uwagę zasługuje fakt, że dziecko nawiązuje prawidłowe relacje z matką, która wciąż jest obecna w procesie jego wzrastania. Aby wspomóc dalszy rozwój Gai należałoby jednak przekonać matkę do podjęcia procesu diagnostycznego. Dystans wychowawczy ojca oraz pogłębiająca się bariera językowa między nim a dziewczynką nie mogły co prawda wywołać u niej nadpobudliwości psychoruchowej, lecz z pewnością wpływają negatywnie na proces jej rozwoju i rehabilitacji.

Bibliografia

1. Bińczycka J., Smolińska-Theiss B. (red.): *Wymiary dzieciństwa: problemy dziecka i dzieciństwa w zmieniającym się społeczeństwie*, Impuls, Kraków, 2005.
2. Błasiak A., Dyborowska E. (red.): *Wybrane zagadnienia pedagogiki rodziny: praca zbiorowa*, WAM, Kraków, 2010.
3. Cytowska B., Winczura B. (red.): *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju: konteksty diagnostyczne i terapeutyczne*, Impuls, Kraków, 2005.
4. Matyjas B.: *Dzieciństwo w kryzysie: etiologia zjawiska*, Żak, Warszawa, 2008.
5. Neuhaus C.: *Dziecko nadpobudliwe : jak zrozumieć objawy i znaleźć odpowiednie rozwiązanie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
6. Obuchowska I. (red.): *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa, 1991.
7. Smolińska B.: *Tata na emigracji (w:) Charaktery*, nr 7, 2008, s. 76-77.
8. Szul M.: *Rola środowiska rodzinnego w funkcjonowaniu dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjno-wychowawczych (w:) Opieka – Wychowanie – Terapia*, nr 1-2, 2008.
9. Świącicka M. (red.): *Problemy psychologiczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej*, Emu, Warszawa, 2003.
10. Zawisza- Masłyk E.: *Wokół pojęcia "eurosieroctwo" (w:) Opieka Wychowanie Terapia*, nr 3-4, 2008, s. 40-42.
11. Ziemska M. (red.): *Rodzina i dziecko*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1980.

A child with special educational needs in a marriage ethnically diverse - case study

This article deals with the need of helping parents with their children who suffer from psychomotor hyperactivity in developing positive parental attitudes. The objects of interest are also ethnically mixed families and Euro-orphanhood.

Zespół delecji 22q13 w praktyce klinicznej i cytogenetycznej: opis nowego przypadku (Zespół Phelan i McDermid)

„**A** berracje subtelomerowe są w ostatnich latach coraz częściej identyfikowane u osób z opóźnieniem rozwoju psychoruchowego i cechami dysmorfii” (M. Krajewska- Walasek i in, 2008, s. 5). Celem niniejszej pracy jest scharakteryzowanie obrazu klinicznego zespołu delecji 22q13, z uwzględnieniem diagnostyki i postępowania terapeutycznego. Zespół delecji 22q13 nie jest powszechnie znany, a ze względu na dość typowy przebieg kliniczny- powinien być rozpatrywany w diagnostyce różnicowej zaburzeń rozwoju (M. Krajewska- Walasek i in, 2008, s. 5).

W badaniach wykorzystano metodę indywidualnych przypadków oraz analizę dokumentów. W celu zebrania niezbędnych informacji zastosowano takie techniki, jak analiza jakościowa dokumentów oficjalnych oraz wywiad narracyjny z matką chłopca. Wywiad przeprowadzony był jednorazowo po nawiązaniu wstępnego kontaktu telefonicznego. „Istotą wywiadu narracyjnego jest bowiem otrzymanie opowieści o życiu, nie będącej sumą odpowiedzi na stawiane pytania, lecz spontaniczną narracją, która nie jest zakłócona interwencją badacza” (K. Kaźmierska, <http://www.staff.amu.edu.pl/~ewa/Kazmierka,%20Wywiad%20narracyjny.pdf>).

Przedstawiony przypadek dotyczy dziewięcioletniego chłopca z objawami opóźnienia rozwoju psychoruchowego, nieznacznie obniżonym napięciem mięśniowym oraz cechami dysmorfii. U dziecka w standardowym badaniu kariotypu stwierdzono delecję terminalnej części długiego ramienia chromosomu 22 (ubytek końcowych fragmentów ramion długich i krótkich). Dokładna analiza wykonana za pomocą badania kariotypu z fibroblastów skóry z wykorzystaniem sądy (biopsja skóry pacjenta w celu wykonania wyżej wymienionego badania) potwierdziła delecję w regionie 22q13.3. Zespół delecji 22q13 należy do klinicznie rozpoznawalnych jednostek chorobowych.

Zespół delecji 22q13.3 określany również mianem zespołu PhelanMcDermid (PhelanMcDermidSyndrome- PMS), jest jednym z rozpoznawalnych klinicznie zespołów delecji/mikrodelecji regionów telomerowych bądź subtelomerowych chromosomów (M. C. Phelan, http://7thspace.com/headlines/282416/deletion_22q133_syndrome.html). W Polsce jest jedenaście przypadków dzieci z tym zespołem.

Obraz kliniczny choroby jest na tyle charakterystyczny, że możliwe jest jego rozpoznanie na podstawie zebranego wywiadu rodzinnego oraz przeprowadzonego badania przedmiotowego. Charakterystyka kliniczna zespołu delecji 22q13 obejmuje: ogólne opóźnienie rozwoju psychoruchowego, hipotonię wyraźną już w okresie noworodkowym, brak bądź opóźnienie rozwoju mowy, niewielką dysmorfie

twarzoczaszki (kwadratowe czoło, wydatne nadoczodołowe krawędzie, duże uszy niekiedy kubkowate, mała zuchwa, dolichocefalia, ptoza, długie rzęsy, podpuchnięte powieki, gęste brwi, pełne czerwone policzki, szeroka nasada nosa, szpiczasta broda, wygładzona bądź krótka rynienka wargowa, małe usta, kąciaki ust skierowane ku dołowi), anomalie dłoni (duże, mięsiste, palce dłoni są albo krótkie, albo długie, zwięzają się, paznokcie są głęboko osadzone, często hipoplastyczne z tendencją do rozdławiania się) oraz stóp (dysplastyczne paznokcie palców stóp, często stwierdzana jest syndaktylia 2 i 3 palca stóp). U niektórych pacjentów obserwuje się nadmierny wzrost. Ponadto cechuje ich prawidłowa masa ciała, niepełnosprawność umysłowa (umiarkowanego lub znacznego stopnia), opóźnienie rozwoju mowy czynnej albo jej brak. W wielu przypadkach istnieje możliwość wprowadzenia komunikacji alternatywnej. Obserwuje się napady drgawkowe bądź nieprawidłowy zapis EEG. Występują również problemy z jedzeniem. Charakterystyczne są także zaburzenia snu (trudności w zasypianiu, mała liczba przespanych w nocy godzin) oraz zwiększona tolerancja na ból. Inne objawy mogą obejmować termoregulację widoczną poprzez tendencję do przegrzewania się lub brak pocenia (M. C. Phelan, http://7thspace.com/headlines/282416/deletion_22q133_syndrome.html).

Dzieci z zespołem delecji 22q13 wykazują zaburzenia zachowania z kręgu autyzmu, takie jak: ruchy stereotypowe (machanie dłońmi i rękami), całkowity brak zainteresowania otoczeniem, słaby kontakt wzrokowy i ograniczona mimika twarzy, oraz niepokój w sytuacjach społecznych (Phelan-McDermid Syndrome Foundation, http://22q13.org/j15/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=28). Na specyficzne zachowanie składa się również wkładanie do buzi i żucie różnych przedmiotów, bruksizm. Dzieci te nie bawią się zabawkami, nie są nimi zainteresowane. Ujawniają zachowania agresywne w stosunku do siebie i innych. U części z nich stwierdza się w badaniu mózgu torbiele pajęczynówki. Mniejsze pozostają bezobjawowe, natomiast większe mogą powodować zwiększenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Zwykle u osób z zespołem Phelan- McDermid nie występują zagrażające życiu wady wrodzone (Fundacja Dzieciom Sawanti, <http://sawanti.pl/zespol-phelan-mcdermid/>). Zespół delecji 22q13 wymaga różnicowania przede wszystkim z zespołami: Angelmana, FG, Clarka i Baraitsera oraz Pradera-Willego. W przypadku zespołu Phelan i McDermid, podobnie jak w innych zespołach mikrodelecji, można odnotować pewną korelację pomiędzy wielkością delecji a fenotypem choroby, tj. im większa delecja, tym poważniejsze jej objawy.

Dziecko z zespołem PhelanMcDermida- studium przypadku

Wybrany przypadek to chłopiec, urodzony w 2004 roku w miejscowości na południu Polski. Oboje rodzice są zdrowi i niespokrewnieni ze sobą. Dziecko posiada starszą (17 lat) i młodszą (7 lat) siostrę. Rodowód rodzinny nieobciążony. Fizjologiczny poród odbył się o czasie, masa ciała 3400g- stan noworodka oceniono na 10 pkt w skali Apgar.

Dziecko skierowano do Kliniki Pediatrii w Katowicach w wieku 2 lat z powodu opóźnionego rozwoju psychoruchowego, następnie w wieku 5 lat do Poradni Genetycznej w Łodzi w celu weryfikacji nieprawidłowego kariotypu. U chłopca

występował problem z żywieniem z powodu masywnych ulewań po próbie karmienia. Zdarzały się napady nocne, które ustąpiły wraz z wiekiem. Chłopiec siadał w 1 roku życia, chodził w wieku 1,5 lat- mama zwracała uwagę na to, że często się potyka. Wzorzec sposobu chodzenia dziecka był nieprawidłowy- chód wyraźnie chwiejny, na szerokiej podstawie, okresowo na palcach. Jest to związane z przykurczem ścięgna Achillesa. Z kolei stawy kolanowe stabilizują się w przerostach, a miednica w niefizjologicznym przodopochyleniu. Zakres ruchomości biernej i czynnej prowokowanej uznany został za pełny. Dziecko potrafi pokonać każdy rodzaj podłoża, nie ma poczucia lęku i strachu, co może czasem niepokoić. Widoczne nieprawidłowości w zakresie: koordynacji, planowania motorycznego oraz naśladowania.

Dziecko nie komunikuje potrzeb fizjologicznych, jest nadpobudliwe ruchowo. Chłopiec w wieku 2,5 lat został objęty wczesnym wspomaganiami rozwoju. Początkowo stymulowano go metodą NDT-Bobath, którą dziecko przyjęło dobrze. Obecnie chłopiec uczęszcza na zajęcia integracji sensorycznej, fizjoterapię, a także na zajęcia wykorzystujące techniki relaksujące i masaż bodźcujący. Bierze także udział w hipoterapii i dogoterapii.

W zakresie rozwoju mowy (według relacji matki) pojawiły się pierwsze słowa: „mama”, „tata”, „baba”, „da”, „chodź”, które następnie zaczęły zanikać. Od tego czasu obserwuje się całkowity regres rozwoju mowy. Chłopiec nie mówi, jedynie wokalizuje swoje uczucia: przyjemność, niezadowolenie, podekscytowanie. Naśladuje proste gesty, mimikę twarzy, w zwielokrotniony sposób akcentuje sylaby. Przebieg funkcji oralnych aparatu mowy jest nieprawidłowy. Dziecko ma słabo wykształcone odruchy ssania, żucia, gryzienia. Potrafi sam jeść wykonując ruchy zbliżone do żucia oraz sam pije z kubka.

Chłopiec obecnie choruje sporadycznie. W dzieciństwie często występowały u niego nawracające infekcje górnych dróg oddechowych. Według mamy dzięki hartowaniu dziecko sporadycznie łapie infekcje. W przypadku przeziębienia rodzina nie stosuje leków, korzystają tylko z tradycyjnych i naturalnych środków, ze względu na złą tolerancję dotyczącą zmiany leków bądź wprowadzenia leku nowego. Chłopiec wykazuje również tendencję do hipertermii oraz ma obniżoną tolerancję na ból. Jest także pod stałą kontrolą kardiologa ze względu na zwężenie przedkomorowe serca.

W badaniach dodatkowych, takich jak MR głowy, uwidocznił torbiel pajęczynówki w okolicy lewej półkuli mózgu, który nie wymaga zabiegu oraz dyskretne poszerzenie przestrzeni płynowych przymózgowych okolic czołowych. Poza tym tkanki i przestrzenie płynowe mózgowia w MR są bez zmian. Widoczna jest u dziecka asymetryczna budowa czaszki. W badaniu EEG w wieku 2 lat zanotowano nieprawidłowy zapis pod postacią pojedynczych zmian napadowych, w wieku 4 lat zapis w granicach normy. Zmiany te nie dają obecnie manifestacji klinicznej. Parametry antropometryczne są w granicach normy dla wieku. Zwracają uwagę pewne subtelne cechy dysmorfii jak: niskie czoło, duże odstające uszy, delikatna zmarszczka nakątna, szeroka nasada nosa z okrągłym czubkiem, pełne policzki, długa rynienka podnosowa, mała broda. Dłonie są duże, mięsiste, chłopiec często wkłada je do buzi. Występuje koślawość stóp. Widoczna jest także nadmierna lordoza lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Występują również zaburzenia procesów integracji sensorycznej.

U chłopca w wieku 2 lat stwierdzono opóźniony rozwój psychoruchowy, głęboko opóźniony rozwój mowy oraz nieznacznie obniżone napięcie mięśniowe. Sprawność aparatu mowy jest osłabiona, zauważono nieprawidłowe spoczynkowe ułożenie warg, a także spoczynkowy tor oddychania. Badanie logopedyczne wykazało opóźnienie w zakresie naśladowania dźwięków mowy, poziomu i sposobu komunikacji oraz sprawności motorycznej aparatu mowy. W zakresie rozumienia mowy dziecko rozpoznaje przedmioty z najbliższego otoczenia. Chłopiec rozumie i prawidłowo wykonuje proste polecenia związane z czynnościami dnia codziennego oraz wykonuje kilka poleceń popartych gestem.

Dziecko wyraża emocje w sposób bardzo indywidualny dla siebie, czasami komunikuje się za pomocą śmiechu (wyraża zadowolenie) lub krzyku (wyraża sprzeciw, pragnienie czegoś). Potrzeby zgłasza, biorąc rękę osoby drugiej i prowadząc ją do określonego celu. Utrzymuje bardzo słaby kontakt wzrokowy, występują u niego zachowania i ruchy stereotypowe (chowanie rzeczy do szuflad, gaszenie światła) oraz duży niepokój w sytuacjach społecznych czy w sytuacjach dla niego trudnych (np. podczas podróży środkami lokomocji). Chłopiec reaguje wtedy agresywnie zarówno w stosunku do siebie- autoagresja, jak i w stosunku do matki (gryzie, kopie, ciągnie za włosy). Nie wykazuje większego zainteresowania otoczeniem. Obserwuje się powolny postęp rozwoju emocjonalnego.

Proces diagnozy zespołu genetycznego trwał 3 lata. Początkowa diagnoza skłaniała się ku autyzmowi, następnie ku zespołowi Williamsa. Kolejnym krokiem w diagnozie było zalecenie badania cytogenetycznego. Rodzina czekała rok na wyniki badań metodą fibroblasta naskórka, który potwierdził przypuszczenie aberracji w obrębie chromosomu 22q13- zespół Phelan i McDermid. Początkowo wykonano badanie cytogenetyczne na limfocytach krwi obwodowej z wykorzystaniem analizy wzoru prążkowego chromosomów barwionych za pomocą metody GTG. W wyniku ich analizy ustalono nieprawidłowy kariotyp męski. Stwierdzono ring pochodzący od chromosomu 22 z trudnymi do oznaczenia punktami załamań i połączeń. W celu dokładniejszego określenia wielkości utraconego fragmentu chromosomu 22, zalecono dokładne oznaczenie punktów załamań q, celem ustalenia rozległości delecji. Kolejne badanie wykonano na kariotypie w fibroblastach skóry chłopca, która potwierdziła obecność u dziecka zespołu 22q13.3. Na podstawie przeprowadzonych oznaczeń określono następujący kariotyp probanta: mos 45,XY,-22[8]/46,XY,r(22)(p11.1q13.3) [95].

Podsumowując, „wychowanie dziecka z zaburzeniami w rozwoju wiąże się z wieloma niewiadomymi” (J. Pilecka, 2006, s. 147). Zaprezentowane wyniki badań wydają się potwierdzać trudną sytuację rodzin mających dziecko z wielozakresowymi zaburzeniami na tle rzadkiego schorzenia genetycznego. Osoby te zmagają się z licznymi problemami dotyczącymi nie tylko samego dziecka, ale i pomocy specjalistycznej (konieczność zabiegania o pomoc instytucji, tworzenie organizacji działających na rzecz dzieci z rzadką wadą genetyczną) (A. van Betuw, 2004, s. 27). I choć nie pretendują do wyczerpujących i wnikliwych wniosków, mając raczej znaczenie sygnałne, to wskazują na tendencje wymagające pogłębionych diagnoz pedagogicznych czy psychologicznych. Przedstawiony przypadek wymaga specjalistycznej stymulacji oraz form wsparcia, nie jest więc bez znaczenia zainteresowanie się i poszerzenie zakresu tej tematyki.

Należy podkreślić ogromną rolę, jaką w terapii dzieci z zespołem delecji 22q13 może odegrać usprawnianie neurorozwojowe, systematyczna fizjoterapia oraz wdrożona terapia sensoryczna. Musimy mieć świadomość, że rozpoznanie określonego zespołu genetycznego nie wiąże się z pozostawieniem pacjenta oraz jego rodziny samym sobie, lecz że należy szczególnie korzystać z możliwych metod i technik wspomagania rozwoju (M. Krajewska- Walasek i in, 2008, s. 10).

Bibliografia

1. Betuw van A.: *Europejska Unia na Rzecz Osób z Rzadkimi Zespołami Chromosomowymi - orientacja na ludzi niepełnosprawnych* (w:) Dykcik W. Twardowski A. (red.): *Wspomaganie rozwoju dzieci i rehabilitacja dzieci genetycznie uwarunkowanymi zespołami zaburzeń*, Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Poznań, 2004.
2. Krajewska- Walasek M. Jezela- Stanek A. Grabowska E.: *Zespoły subtelomerowych mikrodelecji w praktyce pediatrycznej: zespół delecji 22q13* (w:) *Pediatrics Polska*, nr 1, 2008.
3. Pilecka J.: *Problemy rodzin wychowujących dzieci z zaburzeniami genetycznymi* (w:) Twardowski A. (red.): *Wspomaganie dzieci z genetycznie uwarunkowanymi wadami rozwoju i ich rodzin*, Wydawnictwo Polskie Towarzystwo Pedagogiczne, Poznań, 2006.

Netografia

1. Fundacja Dzieciom Sawanti.: *Zespół Phelan- McDermid*, <http://sawanti.pl/zespol-phelan-mcdermid/>, data dostępu: 15.05.2014.
2. Kaźmierska K.: *Wywiad narracyjny - technika i pojęcia analityczne*, <http://www.staff.amu.edu.pl/~ewa/Kazmierka,%20Wywiad%20narracyjny.pdf>, data dostępu: 23.06.2014.
3. Phelan-McDermid Syndrome Foundation.: *What is Phelan-McDermid Syndrome?*, http://22q13.org/j15/index.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=28, data dostępu: 15.05.2014.
4. Phelan M. C.: *Deletion 22q13.3 syndrome*, http://7thspace.com/headlines/282416/deletion_22q133_syndrome.html, data dostępu: 15.05.2014.

22q13 deletion syndrome in clinical and cytogenetical practise: a report of the new case (Phelan - McDermid Syndrome)

The aim of this paper is to present 22q13 deletion syndrome with diagnostic approach and management. The author present a case study of 9 - years - old boy with delayed psychomotor development, slightly reduced muscle tension and dysmorphic features. The detailed analysis is made by examining the karyotype of skin fibroblasts using the courts (biopsy of the skin of the patient), which confirms the deletion in the 22q13.3 region.

Rola rodziców we wspomaganie dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Rola rodziców we wspomaganie rozwoju własnego dziecka stanowi podstawę do jego prawidłowego rozwoju osobowościowego oraz edukacyjnego. W sytuacji, gdy w rodzinie znajduje się dziecko, które wymaga specjalnych potrzeb edukacyjnych, postawa rodziców jest szczególnie ważna. Specjalne potrzeby edukacyjne „odnoszą się do tej grupy uczniów, która nie może podolać wymaganiom powszechnie obowiązującego programu edukacyjnego. Mają oni bowiem znacznie większe trudności w uczeniu się niż ich rówieśnicy. Są w stanie kontynuować naukę, ale potrzebują pomocy pedagogicznej w formie specjalnego programu nauczania i wychowania, specjalnych metod, dostosowanych do ich potrzeb, możliwości i ograniczeń. Powinni być nauczani przez specjalistyczną kadrę pedagogiczną w odpowiednich warunkach bazowych przy uwzględnieniu odmiennych rozwiązań organizacyjnych” (Bogdanowicz M., 1995, s. 216).

Dla wielu rodziców czas, kiedy ich dziecko idzie do szkoły jest bardzo trudny. Przede wszystkim boją się o to, czy ich dziecko podoła obowiązkom szkolnym. Również dla dziecka rozpoczęcie nauki szkolnej stanowi przełomowy moment, gdyż „oznacza inny rytm dnia, nowe obowiązki, trud związany z poznawaniem szkolnego środowiska (nauczycieli, rówieśników), ale też odkrywanie radości z uczenia się, szkolnych przyjaźni, posiadania ulubionej pani” (Leśniewska K., Puchała E., 2011, s. 7).

W sytuacji, gdy dziecko jest np. szczególnie uzdolnione, ma trudności z koncentracją uwagi, posiada małą motywację do nauki, nie nawiązuje kontaktu z rówieśnikami lub posiada jakąś niepełnosprawność (dziecko z niepełnosprawnością intelektualną, z wadą słuchu, z wadą wzroku, z niepełnosprawnością sprzężoną), bardzo duże znaczenie ma pomoc poradni psychologiczno-pedagogicznej. Jak wskazuje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, to przede wszystkim rodzice odgrywają istotną rolę w inicjowaniu pomocy poradni psychologiczno-pedagogicznej. Rodzic jest najlepszym obserwatorem swojego dziecka, który gdy tylko zauważy niepokojące symptomy, zgłasza je wychowawcy, który z kolei zgłasza to dyrektorowi szkoły. Dzięki takiemu systemowi działania dziecka może być zapewniona pomoc niemalże natychmiastowo (Leśniewska K., Puchała E., 2011).

„Opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej, o specyficznych trudnościach w uczeniu się, może być wydana uczniowi nie wcześniej niż po ukończeniu przez niego trzeciej klasy szkoły podstawowej i nie później niż do ukończenia szkoły podstawowej” (Leśniewska K., Puchała E., 2011, s. 13). Opinia, która została wydana dziecku w szkole podstawowej,

będzie ważna przez cały okres kształcenia, aż do ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej (Leśniewska K., Puchała E., 2011). Dziecko, które uzyskuje orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, nie musi uczyć się w szkole specjalnej. Z takiego orzeczenia wynika jedynie, iż wymagać ono będzie specjalnych metod nauczania i być może pomocy logopedy oraz psychologa. To od decyzji rodziców zależy, do jakiej szkoły będzie uczęszczało ich dziecko, czy to będzie szkoła specjalna, czy z oddziałami integracyjnymi.

Istotnym działaniem dla wspierania rozwoju dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi jest stworzenie wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia. Według Ewy Minczakiewicz „diagnoza to złożony, trudny, wieloetapowy, a przy tym odpowiedzialny proces poznawczy, angażujący przede wszystkim rodziców dziecka, jak również profesjonalistów. Jej celem jest rozeznanie i określenie stanu, potrzeb i możliwości dziecka, którego rozwojem trzeba tak pokierować, aby w maksymalnym stopniu mogło ono wykorzystać swoje predyspozycje, zdolności, nadzwyczajne talenty, zainteresowania, dotychczasowe doświadczenia oraz nabyte umiejętności i wiedzę do realizacji własnych planów i zamierzeń, do budowania swej osobistej i społecznej przestrzeni życiowej. W wielu bowiem przypadkach wczesne rozpoznanie pierwszych objawów, a następnie przyczyn pojawiających się trudności, pozwala na ich wyeliminowanie, zanim jeszcze u dziecka pojawi się poważne zaburzenia rozwoju” (Minczakiewicz E., 2006, s.11-12). Na podstawie tej oceny tworzony jest indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny. Tutaj rodzic znowu staje się obserwatorem, który notuje wszystkie spostrzeżenia dotyczące funkcjonowania dziecka w domu (Leśniewska K., Puchała E., 2011). W tworzenie wielospecjalistycznej opinii zaangażowani są również nauczyciele i specjaliści, z którymi dziecko pracuje. Następnie tworzony jest indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny, określający jak należy pracować z dzieckiem w szkole i w domu. Zawarte są w nim zarówno sposoby pomocy dziecku, jak i rodzicom.

Rola rodziców nie ogranicza się jedynie do zapewnienia dziecku odpowiedniej edukacji szkolnej. Rodzice stanowią pierwsze środowisko, w którym dziecko niepełnosprawne lub posiadające zaburzenia nawiązuje pierwsze kontakty interpersonalne i uczy się, jak być członkiem społeczności, początkowo tej mniejszej, jaką jest rodzina, a później klasowej i szkolnej. Właśnie w tym przygotowaniu rodzice powinni wspomagać dziecko, które bez ich pomocy nie potrafiłoby samo opanować kluczowych i podstawowych umiejętności niezbędnych w życiu. Na późniejszych etapach edukacyjnych istotnym elementem we wspomaganiu przez rodziców rozwoju własnego dziecka jest pomoc w wyborze szkoły. Często jest to decyzja bardzo trudna, ale rodzice powinni pamiętać, że priorytetem jest dziecko oraz jego potrzeby (Leśniewska K., Puchała E., 2011). Rodzice powinni również wykazywać chęć współpracy z osobami, które pomagają w rozwoju ich dziecka. Powinni czynnie brać udział w jego rehabilitacji, spotkaniach ze specjalistami. Ważną kwestią jest konsekwentna praca z dzieckiem w domu, bez niej nie zostanie osiągnięty pożądany efekt. Rodzice w pracy z dzieckiem powinni stanowić dla niego opokę, dzięki której będzie ono mogło podejmować różnego rodzaju aktywności. „Każda aktywność dziecka musi więc być celowa, systematycznie utrwalana, zdobywana drogą niekiedy żmudnego treningu (czasem może wywoływać protest ze strony dziecka), zawsze racjonalna i dająca oczekiwane rezultaty. Podejmowana aktywność zawsze też

winna stwarzać klimat ciepła, zrozumienia i życzliwości oraz pełnej, bezwarunkowej akceptacji i tolerancji dla „inności” i włożonego w tę aktywność wysiłku” (Minczakiewicz E., 2002, s. 64).

Studium indywidualnego przypadku

W niniejszym artykule zamieszczono dane zebrane dzięki metodzie indywidualnych przypadków, która zdaniem T. Pilcha (2001, s. 73) jest „sposobem badań polegających na analizie jednostkowych losów ludzkich uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze, lub na analizie konkretnych zjawisk natury wychowawczej poprzez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych”. Za technikę badawczą obrano wywiad, natomiast narzędzie diagnostyczne stanowi Kwestionariusz Wywiadu składający się z 13 pytań otwartych. Podczas wywiadu rodzic odpowiadał na następujące pytania:

1. Jaka była pierwsza diagnoza postawiona Pani/Pana dziecku?
2. Kto zdiagnozował niepełnosprawność /zaburzenie u dziecka i w jakim wieku wówczas ono było?
3. Jakie pierwsze formy pomocy dziecku wskazano?
4. Czy może Pani/Pan wymienić te osoby lub instytucje, które udzieliły bądź udzielają Pani/Panu informacji na temat niepełnosprawności/zaburzenia, dostępnych metod terapii, pomocy społecznej, różnych uprawnień, możliwości leczenia, edukacji dziecka dostosowanej do jego potrzeb?
5. Na jakim etapie edukacyjnym znajduje się obecnie Pani/Pana dziecko?
6. Do jakiej szkoły uczęszcza Pani/Pana dziecko?
7. Czym sugerował/a się Pani/Pan przy wyborze placówki dla swojej pociechy?
8. Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z placówki, do której uczęszcza dziecko?
9. Jakie, według Pani/Pana, wymieniona wyżej placówka ma doświadczenie w postępowaniu z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie?
10. Z jakiej formy wsparcia i rodzaju wsparcia Pani/Pan zadowolona/y najbardziej?
11. W jaki sposób zdaniem Pani/Pana można zabiegać o pomoc i wsparcie?
12. Kto, zdaniem Pani/Pana, powinien inicjować działania wspierające? (np. instytucje, szkoła przychodnia)
13. Jakie działania podejmuje Pani/Pan w celu poprawy sytuacji swojego dziecka?

Dzięki odpowiedziom rodziców uzyskano informacje na temat samego dziecka, jego rozwoju, rehabilitacji, edukacji oraz działań podjętych na jego rzecz. Niniejsze dane zebrane z Kwestionariusza wywiadu zostały przedstawione poniżej.

Początkowo zdiagnozowano u dziecka wodogłowie oraz przepuklinę oponowo-rdzeniową. Diagnozę postawił ginekolog podczas badania USG w 8 miesiącu ciąży. Pierwszą formą pomocy, którą objęto małe dziecko była rehabilitacja. Lekarz pediatra skierował rodziców z dzieckiem do rehabilitanta i neurologa. Następnie rehabilitant zalecił ćwiczenia metodami NDT-Bobath i Vojty. Podczas wizyty u neurologa rodzice uzyskali skierowanie do kolejnych specjalistów: psychologa i logopedy.

Obecnie dziecko uczęszcza do pierwszej klasy Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi. Rodzice dziecka przy wyborze placówki sugerowali się przede wszystkim opinią terapeutów z Ośrodka Wczesnego Wspomagania. Pomocna była również sugestia psychologa z poradni psychologicznej. Rodzice zapytani o poziom zadowolenia z placówki do której uczęszcza dziecko odpowiedzieli, iż spełnia ich oczekiwania, jednak jest jeszcze wiele obszarów, które szkoła mogłaby polepszyć. Również w kwestii doświadczenia szkoły rodzice zaznaczają, że mimo wielkich starań ze strony dyrekcji, wychowawczyni nie posiada jednak wystarczającego doświadczenia i umiejętności.

Odnosząc się do zagadnienia dotyczącego form i rodzaju wsparcia rodzice najbardziej zadowoleni są z pomocy Ośrodka Wczesnego Wspomagania. Najbardziej wdzięczni są za doświadczenie, pracę z dzieckiem oraz „włożone serce”. Zdaniem rodziców bardzo ważne podczas szukania pomocy i wsparcia jest uzyskiwanie różnych informacji ze stron internetowych, na których wypowiadają się inni rodzice dzieci również dotkniętych niepełnosprawnością. Rodzice zapytani o to, kto powinien inicjować działania wspierające odpowiedzieli, że początkowo wszystkie dzieci, które otrzymują orzeczenie o niepełnosprawności powinny być kierowane do poradni psychologicznych i tam diagnozowane. Następnie wskazane jest, aby trafiły do Ośrodka Wczesnego Wspomagania. Kolejną rolę powinno przejąć przedszkole i szkoła.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące działań podejmowanych w celu poprawy sytuacji dziecka, rodzice wskazują, jak istotny jest jego obraz rozwoju życia, dokonywanych postępów i możliwości. Dzięki całościowemu postrzeganiu dziecka i jego niepełnosprawności mogą oni w odpowiedni sposób dostosowywać do niego wszystkie rodzaje i formy pomocy. Rodzice starają się odpowiednio dobrać rodzaj i nasilenie indywidualnych zajęć dla dziecka. Przyznają, że aktualnie łamią stereotypy i pomimo niepełnosprawności dziecka korzystają z różnorodnych aktywności fizycznych: jazdy na nartach, pływania na żaglach oraz uczestnictwa w zajęciach tanecznych.

Analizując dane zebrane z wywiadu można stwierdzić, iż rodzice podejmują różnorodną działalność na rzecz poprawy rozwoju swojego dziecka. Pomimo wielkiego znaczenia pomocy specjalistów, to właśnie zaangażowanie rodziców powinno mieć ogromny wpływ na funkcjonowanie dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Dziecko posiadające wsparcie i pełną akceptację od najważniejszych osób w ich życiu będzie czuło się bezpieczne i szanowane, co również korzystnie wpłynie na jego rozwój i edukację. Rodzice biorący aktywny udział w rehabilitacji swojego dziecka wspólnie z nim przechodzą przez najważniejsze, a zarazem najtrudniejsze chwile w jego życiu.

Bibliografia

1. Bogdanowicz M.: *Uczeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych* (w:) *Psychologia Wychowawcza*, nr 3, 1995
2. Leśniewska K., Puchała E.: *Moje dziecko w przedszkolu i szkole; poradnik dla rodziców uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, MEN, Warszawa, 2011.
3. Minczakiewicz E., V. Karevelis: *Normalizacja życia rodziny podstawą edukacji dziecka niepełnosprawnego* (w:) *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie i szkole*, Impuls, Kraków, 2002.
4. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20102281487>, data dostępu: 02.09.2014.
5. Obuchowska I. (red.): *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSIP, Warszawa, 1999.

6. Pilch T., Bauman T.: *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Żak, Warszawa, 2001.
7. Minczakiweicz E.: *Jak krok po kroku wprowadzić dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych w świat zabawy i nauki*, IMPULS, Kraków, 2006.

The role of parents in supporting the child with special educational need

The role of parents in helping the child with special educational needs is very important. Parents may initiate psychological and pedagogical support that can help their child. This article includes interview in which the parents of children with some disorders or disabilities speak about special educational needs of their kids.

II. WSPOMAGANIE ROZWOJU DZIECI ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI W ŚWIETLE LITERATURY

Katarzyna Bies

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

I Pedagogika Specjalna, studia 2 stopnia

Dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – od czego zacząć? O znaczeniu diagnozy i udzielaniu adekwatnych form wspierania rozwoju

Grupa przedszkolna czy też klasa szkolna jest bez wątpienia grupą społeczną wewnątrznie zróżnicowaną. Wynika to z indywidualności jako cechy każdej jednostki ludzkiej. Dla nauczyciela w jego codziennej pracy zawodowej stanowi to nie lada wyzwanie – musi on swoje działania edukacyjne zaprojektować w taki sposób, by odpowiadały na potrzeby wszystkich podopiecznych. Każdy pedagog w trakcie swojej praktyki zapewne spotka się z dzieckiem, którego edukacyjne potrzeby będą specjalne, nieprzystające do potrzeb „ogółu”, wymagające od prowadzącego zajęcia podjęcia innych, specyficznych działań.

Kwestią pierwszorzędną jest właściwe zdefiniowanie **specjalnych potrzeb edukacyjnych** (SPE), które to wg M. Bogdanowicz (1996) odnoszą się do uczniów niemogących „podołać wymaganiom powszechnie obowiązującego programu edukacyjnego. Mają oni bowiem znacznie większe trudności w uczeniu się niż ich rówieśnicy. Są w stanie kontynuować naukę, ale potrzebują pomocy pedagogicznej w formie specjalnego programu nauczania i wychowania, specjalnych metod, dostosowanych do ich potrzeb, możliwości i ograniczeń. Powinni być nauczani przez specjalistyczną kadrę pedagogiczną w odpowiednich warunkach bazowych przy uwzględnieniu odmiennych rozwiązań organizacyjnych”.

Stworzenie odpowiednich warunków dla realizacji powszechnie obowiązującego programu edukacyjnego ma być zadaniem zespołu, który organizuje pomoc psychologiczno-pedagogiczną dla konkretnego dziecka. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2013r. nr 0 poz. 532) wspomniana pomoc psychologiczno-pedagogiczna polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dziecka, a także na rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia. Stwierdzenie z rządowego dokumentu w silny sposób akcentuje konieczność rozpoznania, a więc **diagnozy** zarówno edukacyjnych potrzeb ucznia, jak i jego potencjału i mocnych stron. Dopiero w oparciu o rzetelną i kompleksową diagnozę nauczyciel jest w stanie zaprojektować odpowiednie działania terapeutyczne.

Jak podkreśla J. Jastrząb (Jastrząb J., Baczała D., 2011) kryteria, według których diagnozuje się specjalne potrzeby edukacyjne wskazują na ich różnorodne podłoże. Aktualny katalog przyczyn przejawiania indywidualnych potrzeb związanych

z kształceniem prezentuje Ministerstwo Edukacji Narodowej we wspomnianym powyżej rozporządzeniu. Zalicza do nich:

- niepełnosprawność;
- niedostosowanie społeczne;
- zagrożenie niedostosowaniem społecznym;
- szczególne uzdolnienia;
- specyficzne trudności w uczeniu się;
- zaburzenia komunikacji językowej;
- chorobę przewlekłą;
- sytuacje kryzysowe lub traumatyczne;
- niepowodzenia edukacyjne;
- zaniedbania środowiskowe związane z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi;
- trudności adaptacyjne związane z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związane z wcześniejszym kształceniem za granicą.

Jak można wywnioskować z powyższego zestawienia, trudności w uczeniu się mogą mieć różną etiologię i dotyczyć wielu aspektów funkcjonowania ucznia.

F. J. O'regan wyodrębnił cztery główne dziedziny specjalnych potrzeb edukacyjnych:

1. komunikacja i kontakty międzyludzkie;
2. procesy myślowe i przyswajanie informacji;
3. zachowanie, emocje i rozwój społeczny;
4. rozwój zmysłów i/lub rozwój fizyczny oraz stan zdrowia (F. J. O'regan, 2005, [za:] J. Jastrząb, D. Baczała, 2011, s. 53).

Odpowiedzi na pytania jaka jest, bądź jakie są przyczyny przejawiania specjalnych potrzeb edukacyjnych oraz jakiego obszaru funkcjonowania ucznia one dotyczą, ma udzielić diagnoza.

Proces diagnozy jest absolutną podstawą wszystkich oddziaływań terapeutycznych. „W odniesieniu do formy pomocy w rozwoju jednostki, jaką jest rewalidacja indywidualna, diagnoza przyjmuje określenie **diagnozy psychopedagogicznej**” (T. Oleńska-Pawlak, 2006, s. 7). Oznacza to, że podłożem i punktem odniesienia jest zaburzone funkcjonowanie jednostki. Współcześnie postulowane koncepcje edukacyjne (koncepcja psychologii i pedagogiki humanistycznej oraz holistyczna koncepcja promocji zdrowia) zobowiązują specjalistów do stosowania **diagnozy funkcjonalnej i interakcyjnej** (T. Oleńska-Pawlak, 2006). Celem diagnozy funkcjonalnej jest określenie wpływu zaburzonej funkcji, czy też niezaspokojonej potrzeby na ogólne funkcjonowanie jednostki. Z kolei interakcyjność diagnozy wymaga wytworzenia „bardzo ścisłych powiązań i podmiotowych reakcji między osobami diagnozującymi i diagnozowanymi” (T. Oleńska-Pawlak, 2006, s. 8). Czynności diagnostyczne powinny mieć charakter **wielospecjalistyczny**, łączący i wykorzystujący wiedzę specjalistów z różnych dziedzin. Zgodnie z wytycznymi MEN, oceny funkcjonowania dziecka dokonuje zespół powoływany przez dyrektora placówki, który składa się z wychowawców grup wychowawczych, nauczycieli, a także ze specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem. Działania zespołu są organizowane przy współpracy

rodziców danego ucznia, poradni psychologiczno-pedagogicznych, placówek doskonalenia nauczycieli, organizacji pozarządowych oraz innych instytucji działających na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży (J. Lewandowski, 2011). W związku z zaangażowaniem tak wielu osób w organizowanie czynności diagnostycznych i wspierających konieczny jest odpowiedni podział pracy, głównie między psychologa, pedagoga specjalnego i pedagoga szkolnego. Efektem tej współpracy ma być wspólne omówienie informacji empirycznych oraz sformułowanie hipotezy diagnostycznej o badanym dziecku a następnie jej weryfikacja (T. Oleńska-Pawlak, 2006). Przy rozdzielaniu czynności diagnostycznych często rodzi się pytanie o to, kto ma odgrywać pierwszoplanową rolę w rozpoznaniu specjalnych potrzeb edukacyjnych. Jak zaznacza T. Oleńska-Pawlak (2006) wiodąca rola pedagoga specjalnego w tym zakresie jest z wielu względów uzasadniona:

- pedagog specjalny przebywa z dzieckiem w sposób ciągły i całościowy, a nie sytuacyjno-wycinkowy (jak często dzieje się podczas pracy psychologa z dzieckiem);
- pedagog specjalny ma możliwość diagnozowania dziecka w naturalnym dla niego środowisku (takim jest dla dziecka środowisko szkolne) – warunki te z pewnością wpływają na rzetelność diagnozy i prawdziwość uzyskanych w ten sposób informacji, a także dają dziecku poczucie bezpieczeństwa z uwagi na znane mu otoczenie i znanego nauczyciela prowadzącego diagnozę;
- pedagog specjalny ukończył studia wyższe, których plany wskazują na przygotowanie do pełnienia funkcji diagnostycznej w pracy wychowawczo-dydaktycznej.

Niezależnie od tego kto w zespole diagnozującym będzie pełnił funkcję kierowniczą, ważne jest, aby praca była wykonywana w duchu współpracy, wspierania i uzupełniania kwalifikacji – takie nastawienie będzie niewątpliwie owocowało specjalistyczną i dokładną diagnozą, nastawioną na dobro dziecka.

Nauczyciel prowadzący daną klasę musi mieć świadomość, że wśród uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi mogą znaleźć się dzieci:

- 1) posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego,
- 2) posiadające inne orzeczenia i opinie:
 - orzeczenie o potrzebie indywidualnego, obowiązkowego, rocznego przygotowania przedszkolnego,
 - orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania,
 - opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej,
- 3) bez orzeczenia i opinii – diagnoza specjalnych potrzeb edukacyjnych zostaje dokonana na poziomie placówki (A. Zych, <http://www.eksperciwosciacie.pl>).

Rozpoznawanie specjalnych potrzeb edukacyjnych w przypadku uczniów wcześniej diagnozowanych będzie wyglądało inaczej niż w przypadku dzieci bez jakichkolwiek orzeczeń i opinii, bowiem w tych dokumentach powinny być już zawarte informacje o możliwościach, potencjale rozwojowym, ale także o różnych ograniczeniach danego dziecka. Oprócz wstępnej diagnozy, w orzeczeniach można znaleźć zalecenia do pracy oraz spodziewane efekty oddziaływania na dziecko, a więc diagnozę prognostyczną (A. Zych, <http://www.eksperciwosciacie.pl>). Oczywiście nie można na tym poprzestać. Zespół nadal zobligowany jest do przeprowadzenia rozpoznania specjalnych potrzeb edukacyjnych, ma już jednak pewien punkt wyjścia.

Z kolei w przypadku dzieci bez orzeczeń czy też opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej nauczyciel nie ma żadnej informacji „na wstępie” o specjalnych potrzebach ucznia odnośnie kształcenia. Dlatego też bardzo istotne jest to, by wychowawcy klas i specjaliści pracujący z dziećmi prowadzili wnikliwą obserwację ich funkcjonowania w środowisku szkolnym.

Przeprowadzając indywidualną diagnozę potrzeb edukacyjnych dziecka należy odpowiedzieć na szereg pytań:

- Czy problemy ucznia odpowiadają kryteriom definicji SPE?
- Jakie kategorie SPE występują w konkretnym przypadku?
- Jakie przyczyny wywołują SPE danego ucznia?
- Jaka jest hierarchia pierwotnych, wtórnych oraz współwystępujących przyczyn SPE?
- Czy uczeń jest świadomy swoich niepowodzeń i dobrze znosi sytuacje trudne?
- Czy stara się samodzielnie pokonywać swoje trudności, czy potrzebuje pomocy?
- Czy swoim postępowaniem maskuje niepowodzenia lub poczucie zagrożenia nimi?
- Czy i jak niepowodzenia szkolne kształtują jego samoocenę i obraz własnej osoby?
- Czy zna zakres swoich możliwości gwarantujących powodzenie szkolne?
- Czy wykorzystuje swoje mocne strony w dążeniu do sukcesów szkolnych?
- Czy swoje niepowodzenia w jednej dziedzinie kompensuje powodzeniami w innej?
- Czy jego stosunek do obowiązków szkolnych jest jednakowy czy zróżnicowany?
- Jakie zadania potrafi wykonać samodzielnie, kiedy i w czym potrzebuje wsparcia?
- Jakie typy wzmocnień pozytywnych są bodźcami najkorzystniejszego wpływu?
- Jakie środki naprawcze i wspomagające zaspokoją lub skompensują SPE?
- Jak oddziaływania pedagogiczne mogą korygować jego samoocenę?” (J. Jastrząb, 2012, s. 12-13).

Odpowiedzi na powyższe pytania niewątpliwie wymagają zebrania licznych danych empirycznych (szczególnie pomocną metodą badawczą jest w tym przypadku obserwacja), a co za tym idzie sporej ilości czasu. Jednak dzięki nim pedagog ma sporo informacji o potrzebach ucznia, jego mocnych stronach i atutach, a także pewnych deficytach. Dalsza diagnoza, która zazwyczaj wymaga użycia wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych (dobrych do dziedziny, której dotyczą specjalne potrzeby edukacyjne) jest już ukierunkowana. Ostatecznym celem diagnozy jest określenie **jakie** specjalne potrzeby edukacyjne przejawia konkretne dziecko. Dopiero po uzyskaniu takiej informacji można rozpocząć projektowanie indywidualnego planu wspierania rozwoju.

Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – formy wsparcia

W momencie gdy potrzeby ucznia odnośnie kształcenia zostały odpowiednio rozpoznane, zespół ma za zadanie wybrać najbardziej adekwatną formę wsparcia. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana jest w następujących formach:

- ✓ klasy terapeutyczne,
- ✓ zajęcia rozwijające uzdolnienia,
- ✓ zajęcia specjalistyczne (np. korekcyjno-kompensacyjne, logopedyczne, socjoterapeutyczne),

- ✓ zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodem (dotyczy gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych),
- ✓ porady i konsultacje (J. Lewandowski, 2011).

Zespół musi rozważyć, jaka forma wsparcia wpłynie najkorzystniej na rozwój danego dziecka. W pomiarze efektywności oddziaływań terapeutycznych na dziecko, jak również w monitorowaniu przebiegu pracy, bardzo pomocne dla nauczycieli i specjalistów są dwa rodzaje dokumentów: Karta Indywidualnych Potrzeb Ucznia - KIPU (przeznaczona dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi) oraz Indywidualny Program Edukacyjno-Terapeutyczny – IPET (dla uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego). Zespół ma także obowiązek dokonywania okresowej, wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia (J. Lewandowski, 2011) a więc ponownej diagnozy.

Reasumując, udzielanie kompleksowej i specjalistycznej pomocy w odpowiedzi na przejawianie przez uczniów specjalnych potrzeb edukacyjnych ma za zadanie wykorzystanie potencjału tkwiącego w każdym dziecku. To szkoła powinna dopasowywać swoje oddziaływania do uczniów i ich potrzeb, a nie odwrotnie. Tylko w ten sposób można uniknąć niekorzystnych konsekwencji, jakie mają miejsce w przypadku nieudzielenia odpowiedniego wsparcia, a więc niepowodzeń szkolnych, niskich ocen, marginalizacji oraz wykluczenia ze społeczności klasowej i szkolnej. A prawdą wszystkim powszechnie znaną jest fakt, że każdy człowiek do samorozwoju potrzebuje sukcesu.

Bibliografia

1. Bogdanowicz M.: *Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci – nowa definicja i miejsce w klasyfikacjach międzynarodowych*, (w:) *Psychologia Wychowawcza*, nr 1, 1996.
2. Jastrząb J., Baczała D.: *Wybrane zagadnienia z pedagogiki korekcyjno-kompensacyjnej: wzorzec terapeuty*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, 2011.
3. Jastrząb J.: *Diagnoza nauczycielska w kompensacji specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów*, (w:) *Biuletyn PTD „Dysleksja”*, nr 1, 2012.
4. Lewandowski J.: *Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w szkole po nowemu*, (w:) *Głos Pedagogiczny*, nr 3, 2011.
8. Oleńska-Pawlak T.: *Struktura charakterystyki indywidualnego przypadku* [w:] Klaczak M., Majewicz P. (red.): *Diagnoza i rewalidacja indywidualna dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, s. 13-14, Kraków, 2006.

Netografia

1. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, Dz. U. z 2013r. nr 0 poz. 532, (w:) Internetowy System Aktów Prawnych, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000532>, dostęp dnia: 19.05.2014r.
2. Zych A.: *Praca z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi - rozpoznawanie potrzeb dziecka*, http://www.ekspercioswiacie.pl/dla-nauczycieli/przedszkola-dla-nauczycieli/edukacja-i-wychowanie/art,40,praca-z-uczniem-ze-specjalnymi-potrzebami-edukacyjnymi-rozpoznawanie-potrzeb-dziecka.html#.U3nS8fl_uWw, dostęp dnia: 19.05.2014r.

Children with special educational needs - where to start?
About the importance of the proper diagnosis and determining an adequate forms
of supporting the development

How to identify special education needs? What the teachers should do if they have children with special education needs in their class? How the teachers can help with the development of their students? – This article provides the answers for above questions. The main issue in working as a special educator is an appropriate diagnosis.

Only based on reliable diagnosis teacher can implement a support program tailored to the individual needs of a child.

Wykorzystanie założeń Teorii Integracji Sensorycznej do wspomagania rozwoju dzieci z ADHD

W niniejszym artykule dokonano próby analizy merytorycznej problematyki ADHD (ang. Attention Deficit Hyperactivity Disorder) w kontekście wspomagania zaburzonego rozwoju u dzieci oraz wpływu na powyższy proces współwystępujących zaburzeń integracji sensorycznej. Celem publikacji jest ukazanie Czytelnikowi charakteru i roli zaburzeń integracji sensorycznej w rozwoju dziecka ze zdiagnozowanym ADHD. Podkreślić warto, iż umiejętne rozpoznanie symptomów nieprawidłowego przetwarzania sensorycznego, pozwolić może na podjęcie efektywnych działań terapeutycznych, które poprawią funkcjonowanie dziecka i wspomogą jego rozwój. Z racji licznych i powszechnie dostępnych publikacji dotyczących Zespołu Nadpobudliwości Psychoruchowej z Deficytem Uwagi oraz Teorii Integracji Sensorycznej, artykuł ten stanowi jedynie wąskie wprowadzenie do nakreślonej tematyki. Osoby pragnące poszerzyć swoją wiedzę powinny odnieść się do pozycji wymienionych w bibliografii tekstu.

ADHD „jest to zaburzenie charakteryzujące się nieadekwatnymi do wieku rozwojowego deficytami uwagi, impulsywnością i nadpobudliwością ruchową, które nie ustępują przez ponad sześć miesięcy, a ich nasilenie powoduje znaczne trudności w funkcjonowaniu w najważniejszych obszarach życia” (T. Hnac, 2009, s. 9). W tym miejscu wspomnieć należy, iż proces diagnozowania ADHD jest wieloetapowy i niejednokrotnie wzbudza skrajne emocje (Z. Przyrowski, 2012). Jak zauważa Z. Przyrowski (2012, s. 137) „nie istnieją testy jednoznacznie stwierdzające, że dziecko jest nadpobudliwe, nie ma też żadnego badania laboratoryjnego, które potwierdziłoby takie rozpoznanie. Diagnoza zatem oparta jest na obserwacji, wywiadzie medycznym oraz wiedzy i doświadczeniu osoby diagnozującej (Z. Przyrowski, 2012).

Specyfika zaburzenia rozwoju do jakiego prowadzi ADHD polega na mnogości objawów, które mogą potencjalnie występować u dzieci. Są to m.in.: impulsywność oraz niemożność kontrolowania swoich reakcji i zachowania, nieprzestrzeganie norm i zasad społecznych, zaburzone relacje z innymi osobami, nadmierna ruchliwość i ekspansywność, gubienie i niszczenie przedmiotów, agresja fizyczna bądź słowna (W. Baranowska, 2009; E. M. Hallowell i in., 2004; F.J. O'Regan, 2005). ADHD wpływa również na funkcjonowanie dzieci w środowisku szkolnym (F.J. O'Regan, 2005). Jak uważa V. Maas (2007), ADHD ujawnia się w przeciągu pierwszych dwóch lat szkolnej nauki. Z powyższym twierdzeniem zdaje się również zgadzać T. Hnac (2009), który stwierdza, że powyżej wymienione symptomy ADHD widoczne być mogą szczególnie w trakcie lekcji, gdy dziecko nie potrafi koncentrować się na

problemach i zadaniach stawianych mu przez nauczyciela, gdy przeszkadza w prowadzeniu zajęć oraz nie może usiedzieć w jednym miejscu.

Za główną przyczynę występowania ADHD u dzieci uważa się obniżenie objętości mózgu w obszarach płatów czołowych, fragmentów jąder podstawy mózgu, struktur ciała modzelowatego oraz mózdzku (T. Hnać, 2009). Skutkuje to niewystarczalnym pobudzeniem „płatów czołowych za pomocą neuroprzekaźnika norepinefryny (noradrenaliny)” (M. L. Kutcher i in., 2007, s. 59). W rezultacie, płaty czołowe nie produkują odpowiedniej ilości dopaminy, a proces hamowania aktywności mózgu jest zaburzony. Podkreślić należy, iż – jak do tej pory – nie ma jednoznacznie sprecyzowanych przyczyn występowania ADHD. Mimo podjętych badań w zakresie neurologii i genetyki, podłoże ADHD wciąż nie jest wystarczająco odkryte (2007).

Częstotliwość występowania ADHD szacowana jest na około 6 %. Oznacza to, iż tego typu zaburzenie występować może u 1 osoby na 16 (M.L. Kutcher i in., 2007). W innych publikacjach prezentujących skalę występowania zaburzenia przyjmuje się, iż na ADHD cierpi od 5-10 % dzieci w wieku szkolnym (T. Hnać, 2009). Z kolei według klasyfikacji ICD – 10 częstość występowania zespołu hiperkinetycznego wśród dzieci ocenia się w przedziale od 1 % do 3 % (2009). Na terenie Polski skala omawianego zaburzenia rozwojowego szacowana jest od 4,4 % do 6,2 %, w zależności od kryteriów diagnostycznych, którymi posługują się badacze (2009). Rozbieżności w prezentowanych wynikach są rezultatem charakteru i jakości prowadzonej diagnozy. W zgodzie z prezentowaną tematyką odnieść należy się także do roli procesu integracji sensorycznej i zaburzeń przetwarzania sensorycznego, które występować mogą u dzieci z ADHD.

Prekursorką i twórczynią Teorii Integracji Sensorycznej była dr A. Jean Ayres (Z. Przyrowski 2012, s.13). W oparciu o wieloletnie studiowanie literatury z zakresu neurobiologii, neurofizjologii, psychologii oraz szeregu badań opartych na własnych metodach badawczych, wykazała związek między uczeniem się i zachowaniem a psychoneurologicznym funkcjonowaniem dziecka (2012). Czym jednak jest integracja sensoryczna?

Jak podaje A. J. Ayres, integracja sensoryczna wyraża się w możliwości podejmowania celowej aktywności dzięki właściwościom ośrodkowego układu nerwowego do rejestrowania i przetwarzania uzyskanych przez narządy zmysłów informacji zewnętrznych (V. Maas, 2007). W innym ujęciu definicyjnym integracja sensoryczna jest „procesem przetwarzania w mózgu informacji odbieranych przez zmysły z naszego ciała oraz otoczenia w celu wykorzystywania ich w codziennym życiu” (M. Borkowska, K. Wahg, 2010, s. 5). Oznacza to, iż dzięki integracji sensorycznej człowiek, już od najwcześniejszych chwil życia, uczy się odkrywać właściwości własnego ciała, przyrodę - zdobywa wiedzę niezbędną do życia. Istota procesu przyswajania i rejestrowania informacji pochodzących z otoczenia ma decydujący wpływ na rozwój układu nerwowego.

Niemniej jednak istnieją przypadki osób, u których integracja sensoryczna jest zaburzona. Wyniki badań przeprowadzonych przez A.J. Ayres wykazały, że przyczyny zaburzeń przetwarzania sensorycznego doszukiwać należy się w dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego (Z. Przyrowski, 2012; V. Maas, 1998, 2007). Patologizacja funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego, w ramach integracji sensorycznej, prowadziła do licznych nieprawidłowości takich jak: zaburzenia w sferze

emocji, poznawczej, mowy, napięcia mięśniowego (hipotonii, hipertonii), reakcji posturalnych (Z. Przyrowski, 2012). Czy u dzieci z ADHD dostrzec można powyżej opisane zjawisko patologizacji procesu integracji sensorycznej?

Środowisko naukowe w kwestii klasyfikacji ADHD i Integracji Sensorycznej jest podzielone. Uważa się m.in., iż wyżej wymienione zaburzenia stanowią wspólną jednostką kliniczną lub też, że są to dwa oddzielne przypadki (Z. Przyrowski, 2012). Jednak jak wynika z obserwacji terapeutów, istnieje wiele sytuacji współwystępowania typowych objawów zarówno dla ADHD, jak i zaburzeń integracji sensorycznej. Najczęstszymi objawami zaburzeń integracji sensorycznej jest podreaktywność lub nadreaktywność sensoryczna, która objawia się niewłaściwym poziomem reakcji na dotyk oraz nieodpowiednim stopniem uwagi, koncentracji, aktywności oraz koordynacji ruchowej. Wśród zaburzeń występują również opóźnienia w rozwoju ruchowym, rozwoju mowy u dziecka, poważne trudności w nauce szkolnej, nieadekwatne zachowanie, obniżona samoocena i samoakceptacja (M. Borkowska, K. Wagh, 2010).

Zaburzenia integracji sensorycznej rzutują na rozwój podstawowych umiejętności w zakresie motoryki dużej i małej. Zauważono, że dzieci te mają problemy w poruszaniu się, uczestnictwie w zabawach i grach, w wykonywaniu ruchów o zwiększonym zakresie precyzji, z rysowaniem i pisaniami (M. Borkowska, K. Wagh, 2010). Zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym związane są z trudnościami w nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów z rówieśnikami, co stanowi jeden z typowych objawów również u dzieci z ADHD. Jak piszą M. Borkowska i K. Wagh „dzieci te, zdając sobie sprawę z istniejących problemów, często uczą się „manipulowania” sytuacją i wolą przebywać z młodszymi kolegami – w celu kompensowania swoich trudności” (2010, s. 19).

W sferze układów zmysłów występują zaburzenia związane z nadwrażliwością i niedowrażliwością (M. Borkowska, K. Wagh, 2010). Nadwrażliwość powoduje trudności w obszarze związanym z koncentracją, emocjami oraz skutkuje zwiększoną aktywnością ruchową (2010). Konsekwencją niedowrażliwości (podwrażliwości) jest zaburzenie czucia schematu własnego ciała (2010). Ujmując całokształt zaburzeń integracji sensorycznej u dzieci z ADHD stwierdzić można, iż „wiele spośród tych dzieci ma typowe objawy charakterystyczne dla zaburzonej integracji sensorycznej, takie jak łatwa irytacja powodowana wrażeniami sensorycznymi przez większość dzieci ignorowanymi, usilne poszukiwanie często ekstremalnych wrażeń płynących z ruchu czy ucisku, chwiejność emocjonalna, problemy z równowagą, koordynacją ruchową itp.” (Z. Przyrowski, 2012, s. 138).

Za główne przyczyny występowania wyżej opisanych zaburzeń podaje się m.in. nieprawidłowości w procesie modulacji sensorycznej (Z. Przyrowski 2012). Modulacja, w kontekście integracji sensorycznej, odpowiedzialna jest za właściwe reagowanie na bodźce sensoryczne (2012). W przypadku niewłaściwego modulowania bodźców dochodzi do niedostosowania stopnia i siły bodźca sensorycznego (2012). Jej przejawem jest wyżej opisywana nadwrażliwość i podwrażliwość sensoryczna. Jak zatem można zauważyć, współwystępujące z ADHD zaburzenia integracji sensorycznej wpływają na całokształt procesu edukacji.

Rolą terapeutów powinno być zatem podjęcie niezbędnych kroków w celu niwelowania skutków zaburzeń integracji sensorycznej u dzieci ze zdiagnozowanym

ADHD. Specjalista powinien pomóc dziecku w doskonaleniu kontroli uwagi, zachowania, wzmacnianiu kompetencji społecznych (T. Hnac 2009). Zdaniem V. Maas (2007) dzieci z ADHD w szczególny sposób winny być ochraniać przed nadmiernym wpływem telewizji. Jej zdaniem okres pierwszych lat życia jest kluczowy dla rozwoju najważniejszych funkcji mózgu (2007). W kontekście integracji sensorycznej V. Maas pisze: „mamy tu do czynienia z przestymulowaniem wzrokowym i słuchowym – obrazy zmieniają się zbyt szybko, sceny migają, czasem jest szalenie głośno” (2007, s. 145). Negatywne skutki nadmiernego oglądania telewizji przez dziecko z ADHD wyrażają się m.in. w powstających zaburzeniach mowy, zaburzeniach koncentracji i uwagi, z racji zahamowania tworzenia się połączeń w korze przedczołowej (2007). V. Maas zwraca również uwagę na rolę diety w życiu dziecka z ADHD i współwystępującymi zaburzeniami integracji sensorycznej (2007). Autorka radzi, aby ograniczać spożywanie pokarmów z konserwantami, pożywienia z mąką białą, cukrem, napojów gazowanych z dużą zawartością kofeiny i cukru (2007). Jej zdaniem wszelkie warzywa i owoce powinny stanowić fundament diety osób cierpiących na omawiane w niniejszym artykule zaburzenia.

Poza odpowiednio zrównoważoną dietą, ograniczeniami wpływu telewizji, czy farmakoterapią, wykwalifikowany terapeuta Integracji Sensorycznej powinien zwrócić uwagę na środowisko, w którym żyje i uczy się dziecko. (V. Maas, 1998, 2007). Jak pisze V. Maas „środowisko gra ważną rolę. W tym środowisku muszą być zredukowane czynniki rozpraszające. Dzięki temu dziecko będzie mogło kontrolować swoją impulsywność” (2007, s. 206). Aby uzyskać optymalne warunki do nauki dziecka z ADHD, winno się przede wszystkim: 1) usytuować dziecko w pierwszym rzędzie, aby inne dzieci nie rozpraszały jego uwagi; 2) na ścianie nie powinny wisieć plakaty, telefony komórkowe powinny być wyłączone; 3) ławka i krzesło, na którym siedzi dziecko, powinno być dostosowane do jego wzrostu; 4) nauka powinna przebiegać w odpowiednich odstępach czasu tak, by można było ją z czasem wydłużać; 5) klasa powinna być wytłumiona tak, aby wszelkie dźwięki mogły być sprawnie wygłuszone; 6) dzieci z nadaktywnością powinny mieć możliwość opuszczania klasy w trakcie przerw; 7) nauka powinna być planowana adekwatnie do poziomu i stopnia koncentracji oraz uwagi dziecka, zachowania i jego możliwości organizacyjnych. Ważne jest także, aby terapeuta prowadził zajęcia w sposób interesujący dla dziecka, okazywał empatię oraz motywował swojego podopiecznego do wyłożonej pracy (V. Maas, 2007). W kontekście terapii integracji sensorycznej, strategie powinny być dopasowane do każdego przypadku indywidualnie. Czytelników zainteresowanych konkretnymi formami terapii sensorycznej u dzieci z ADHD odsyła się m.in. do interesującej pozycji C. S. Kranowitza (2012), gdzie znaleźć można przykładowe zabawy (ćwiczenia) wpływające na proces integrowania bodźców pochodzących z różnych modalności.

Podsumowując rozważania prowadzone w niniejszym artykule stwierdzić należy, iż integracja sensoryczna pełni istotną rolę w funkcjonowaniu i życiu człowieka. W przypadku zaburzeń tego procesu, który występować może wraz z innymi zaburzeniami rozwojowymi, kluczowe są odpowiednie i zrównoważone oddziaływania terapeutyczne.

Artykuł ten, z racji ograniczonej objętości, na celu miał jedynie ukazanie problemu jakim jest ADHD i zaburzenia integracji sensorycznej. Tylko dogłębne

poszukiwania merytoryczne wspomóc mogą działania terapeutów, których celem winno być przede wszystkim dobro pacjenta.

Bibliografia

1. Baranowska W.: *ADHD polemiki i badania*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź, 2009.
2. Borkowska M., Wągh K.: *Integracja sensoryczna na co dzień*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2010.
3. Hallowell E. M., Ratey J. J.: *W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*, Media Rodzina, Poznań, 2004.
4. Hnać T.: *Dzieciństwo i dorastanie z ADHD*, Impuls, Kraków, 2009.
5. Kranowitz C.S.: *Nie-zgrane dziecko w świecie gier i zabaw. Zajęcia dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego*, Harmonia Universalis, Gdańsk, 2012.
6. Kutcher M.L.: Attwood T., Wolff R.R., *Dzieci z zaburzeniami łączonymi : ADHD, trudności w nauce, zespół Aspergera, zespół Tourette, depresja dwubiegunowa i inne zaburzenia*, Wydawnictwo K.E. Liber, Warszawa, 2007.
7. Maas V.F.: *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*, WSiP, Warszawa, 1998.
8. Maas V.F., *Integracja sensoryczna a neuronauka. Od narodzin do starości*, Fundacja Innowacja i Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna, Warszawa, 2007.
9. O'Regan F.J.: *ADHD*, Wydawnictwo K.E. Liber, Warszawa, 2005.
10. Przyrowski Z.: *Integracja sensoryczna. Wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii*, Empis, Warszawa, 2012.

Supporting the development of children with ADHD in terms of the Theory of Sensory Integration

The objective of this article is to analyze the literature in the field of ADHD and Sensory Integration in order to show that disorders of this kind have decisive influence on education and development of kids suffering from Attention Deficit Hyperactivity Disorder. This article includes basic information about ADHD, such as definition, symptomatology, epidemiology as well as different kinds of Sensory Integration disorder - in accordance to Sensory Integration Theory – its causes and therapeutic strategies.

Metoda Krakowska w terapii dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Współcześnie w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wskazać można wiele metod, różniących się między sobą. Pedagodzy i terapeuci mają wielokrotnie problem, którą metodę wybrać w pracy z podopiecznymi. W artykule przedstawiono jedną z metod pracy z dziećmi z SPE – Metodę Krakowską, która w opinii wielu specjalistów daje duże efekty.

Metoda Krakowska wywodzi się z metody budowania systemu językowego u dzieci niesłyszących, którą to metodę stosował krakowski Zespół Diagnostyki i Terapii od lat osiemdziesiątych XX w. Oddziaływanie opierało się na wczesnej nauce czytania oraz równoczesnej stymulacji wszystkich funkcji poznawczych. Głównym założeniem było symultaniczne (całościowe) oddziaływanie na rozwój dziecka i jego relacje w rodzinie i w grupie społecznej oraz kształtowanie językowego obrazu świata. Efekty jakie osiągnięto z dziećmi niesłyszącymi sprawiły, iż na terapię zaczęły zgłaszać się dzieci z innymi zaburzeniami w rozwoju, powodującymi trudności w budowaniu komunikacji językowej. Początkowo zajęcia prowadzone były na terenie Krakowa, jednak po pewnym czasie terapeuci rozpoczęli działalność na terenie całej Polski. Rodzice dzieci prowadzonych tą metodą zaczęli potocznie nazywać ją krakowską i tak właśnie, niezależnie od samych twórców metody, powstała jej nazwa – Metoda Krakowska (Cieszyńska-Rożek J., 2013).

„Metoda Krakowska jest systemem, czyli spójną całością zbudowaną z zespołu elementów wzajemnie powiązanych w relacje, realizujących zadania nadrzędne (budowanie systemu językowego) w zbiorze działań stymulujących rozwój wszystkich funkcji poznawczych” (Cieszyńska-Rożek J., 2013, s. 274). Metoda Krakowska bazuje na procesie uczenia się poprzez neurony oraz na badaniach eksperymentalnych dotyczących tworzenia się reprezentacji poznawczych w umyśle. Głównym założeniem metody jest neurobiologiczna teza, „że zdolność do tworzenia nowych synaps nigdy się nie kończy i w pełni zależy od doświadczeń, jakie dostarczamy jednostce” (Cieszyńska-Rożek J., s. 286). Twórcy Metody Krakowskiej doprecyzowali sformułowane przez M. Tomasello etapy uczenia się i postawili je za wzór oddziaływań wszystkimi technikami (tab. 1)

Tab. 1. Etapy uczenia się nowych umiejętności

Sposób uczenia się	Mechanizm uczenia się
Naśladownictwo	Powtarzanie
Współdziałanie	Rozumienie, kontynuowanie
Instrukcja	Rozumienie instrukcji niewerbalnej, rozumienie instrukcji werbalnej. Pokazywanie instrukcji (w działaniu). Werbalizowanie instrukcji

Źródło: Cieszyńska-Rożek J., 2013, s. 285

W niniejszej metodzie stymulacja wszystkich funkcji poznawczych odbywa się przez system symboliczny jakim jest język. Jest on zatem obecny w każdym z elementów terapii. W prezentowanym artykule opisano jedynie wybrane elementy terapii. Jedną z ważnych części jest stymulacja słuchowa, czyli uwrażliwianie na dźwięki mowy. W pracy z dziećmi staramy się wyeliminować dźwięki niewerbalne, a wszystkie sytuacje dnia codziennego wykorzystujemy do ćwiczeń językowych i dostarczania uczniom doświadczeń językowych. Dodatkowo prowadzone są ćwiczenia identyfikowania i różnicowania dźwięków. W metodzie wykorzystywany jest program słuchowy „Słucham i uczę się mówić”, składający się z płyt przeznaczonych do odsłuchiwania dla dzieci oraz zestawu sylab, obrazków i podpisów. Ważne jest, by dziecko odsłuchiwało program w słuchawkach, gdyż eliminuje do dźwięki rozprasające i pozytywnie wpływa na efekty terapii. Program „Słucham i uczę się mówić” musi odbywać się codziennie. Często trening słuchowy przeprowadzają w domu rodzice, a terapeuta skupia się na pracy logopedycznej i językoznawczej z dzieckiem (Cieszyńska-Rożek J., 2013). Kolejnym elementem terapii jest Symultaniczno-Sekwencyjna Nauka Czytania, która wykorzystuje możliwości prawej i lewej półkuli mózgowej do przetwarzania języka. Jej teoretyczne podstawy oparte są na: wynikach badań pracy mózgu (oraz wiedzy na temat jego funkcji symultanicznych – prawopółkulowych i sekwencyjnych – lewopółkulowych), wiedzy dotyczącej sposobów uczenia się, badaniach potwierdzających iż to sylaba jest najmniejszą jednostką percepcyjną, istnieniu przewagi prawego ucha do odbioru mowy, pobudzaniu „neuronów zwierciadlanych”. Metoda opiera się na powtórzeniu sekwencji rozwoju mowy dziecka (od samogłosek, sylab, przez onomatopeje, do wyrazów i zdań) oraz na naśladowaniu etapów nabywania przez dzieci systemu językowego: powtarzanie, rozumienie, nazywanie (Cieszyńska J., 2011). Komunikacja niewerbalna jest kolejnym elementem prezentowanej metody. Towarzyszy ona nieodłącznie językowi, dlatego nie można traktować jej oddzielnie z mową werbalną i językiem. Jedną z zasad pracy z dzieckiem jest przyjmowanie jego komunikacji gestowej (na ile jest to możliwe) i używanie jej w komunikacji obok języka mówionego. W Metodzie Krakowskiej komunikaty pozawerbalne przybierają formę: gestów artykulacyjnych (gesty jednej dłoni przypisane głoskom, ułatwiające dzieciom mającym problem z naśladowaniem ruchu warg podczas artykulacji różnicowanie cech dystynktywnych głosek) oraz gestów interakcyjnych (gesty przekazujące konieczne do rozpoczęcia i utrzymania komunikacji znaczenia np. nie ma, patrz, dobrze). Elementem terapii będącym sposobem na zatrzymanie języka w czasie i przestrzeni jest dziennik wydarzeń. Technikę tę wprowadziła w Polsce surdopedagog i logopeda Waława Zuziowa. U dzieci mających problemy ze zrozumieniem języka możliwość odwołania się do utrwalonej na kartce rozmowy jest niezmiernie ważna – pozwala mu lepiej zrozumieć zdarzenia poprzez sytuacyjne rozumienie wypowiedzi. Rodzic wspólnie z dzieckiem tworzy dzienniczek wydarzeń opisując w nim sytuacje, które przeżyło dziecko lub kreując sytuacje, które mają nadejść, a które chcemy dziecku wcześniej zilustrować. Dzienniczki przybierają różnorodną formę: rysunków bądź zdjęć popartych początkowo jedynie głoskami, sylabami, wyrazami dźwiękonaśladowczymi, by dojść do pełnych, gramatycznych wyrazów. Dzienniczki prowadzone są codziennie przez cały okres terapii. Uzupełniają je wspólnie z dziećmi rodzice, co umacnia więzi między nimi, kreuje wspólnie spędzony czas i daje poczucie bezpieczeństwa. Terapia funkcji

wzrokowych – stymulacja wzrokowa jest bardzo ważnym elementem utrzymującym na wysokim poziomie komórki mózgowe, pomagającym utrwaląc sieci pamięciowe. Pobudzenie zmysłu wzroku wpływa również pozytywnie na rozwój wszystkich funkcji poznawczych (Cieszyńska-Rożek J., 2013). Ćwiczenia funkcji wzrokowych powinny być częścią sesji terapeutycznej i obejmować następujące umiejętności: „nawiązywanie kontaktu wzrokowego i utrzymywanie wspólnego pola uwagi, rozszerzanie pola widzenia, kontrolowanie wzrokiem wykonywanych czynności, analiza i synteza wzrokowa na materiale konkretnym, analiza i synteza wzrokowa na materiale atematycznym” (Cieszyńska-Rożek J. 2013, s. 390).

Metodę Krakowską stosuje się w pracy z dziećmi z zaburzeniami komunikacji językowej. Dodatkowo jest również praktykowana w przypadku dzieci dwujęzycznych. Wykorzystuje się ją m.in. w pracy z dziećmi z opóźnionym rozwojem mowy, z alalią i afazją dziecięcą, z dziećmi jękającymi się, z dziećmi z autyzmem i Zespołem Aspergera oraz z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną (w tym z Zespołem Downa). Metodą Krakowską pracuje się również bardzo często z dziećmi z zaburzeniami dyslektycznymi oraz z wadami wymowy. Metoda pozytywnie wpływa na całościowy rozwój dziecka i dlatego możliwa i efektywna jest w terapii dzieci z zaburzeniami rozwojowymi. Należy tylko dostosować tempo i ćwiczenia do indywidualnych możliwości i potrzeb dziecka (Cieszyńska-Rożek J., 2013). Aby móc praktykować Metodą Krakowską należy spełniać warunki podane na stronie internetowej Szkoły Krakowskiej – np. ukończyć jeden z prowadzonych przez specjalistów kursów: Stymulacja lewej półkuli mózgu, Symultaniczno - Sekwencyjna Nauka Czytania, Programowanie języka, Terapia neurobiologiczna (<http://www.szkolakrakowska.pl>).

Przedstawiona w powyższym artykule metoda pracy z dziećmi z SPE jest niewątpliwie metodą rozbudowaną i wymagającą rozległej wiedzy o funkcjonowaniu mózgu. Stosowanie tej metody w pracy terapeutycznej nie jest zadaniem prostym, jednak jak donoszą liczne badania jest działaniem bardzo efektywnym i dającym pozytywne rezultaty. Dlatego warto zastanowić się nad jej stosowaniem w pracy z dziećmi i doskonalić się w tym zakresie.

Bibliografia

1. Cieszyńska-Rożek J., *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci*, Omega Stage Systems – Jędrzej Cieszyński, Kraków 2013.
2. Cieszyńska J., *Symultaniczno - Sekwencyjna Nauka Czytania (w:) Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych*, Cieszyńska J., Omega Stage Systems – Jędrzej Cieszyński, Kraków 2011.
3. Cieszyńska J., *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2005.

Netografia

1. <http://www.cieszynska.pl>, data dostępu: 13.04.2014.
2. <http://www.szkolakrakowska.pl>, data dostępu: 28.04.2014.

Cracovian Method in the therapy of children with Special Education Needs

This article discusses one of the methods – Cracovian Method. It describes the main postulates, some elements of the therapy and situations in which the therapy could be implemented and would give the best effects. Additionally, the article mentions about a history of Cracovian Method and indicates the requirements that the teacher has to fulfill to work with children on the basis of this method.

Cele i działania programu „Dźwięki marzeń” we wczesnym wspomaganie rozwoju dzieci niesłyszących

W dzisiejszych czasach coraz częściej zwraca się uwagę na osoby niepełnosprawne, na ich rozwój. Jest wiele instytucji, które pomagają osobom z różnymi niepełnosprawnościami. Coraz bardziej podnosi się poziom wiedzy dotyczący niepełnosprawności. W związku z tym wzrasta liczba osób, które angażują się w pomoc i wspieranie rozwoju osób z różnego rodzaju dysfunkcjami. Przejawia się to tym, że powstaje wiele fundacji, które są zakładane np. przez media, firmy, osoby publiczne, a także zwykłych ludzi. W artykule tym zostaną przedstawione cele i działania programu „Dźwięki marzeń” dotyczącego wspomaganie rozwoju dzieci z wadą słuchu, który jest realizowany w ramach Fundacji Orange.

Na początku należy wyjaśnić kilka terminów, które są podstawą do zrozumienia omawianego problemu. Należy wyjść od tego, jak w literaturze fachowej określane jest pojęcie wczesne wspomaganie rozwoju. A. Twardowski (2012, s.115) opisuje powyższy termin jako: „działania mające na celu udzielenie pomocy małym dzieciom zagrożonym niepełnosprawnością oraz niepełnosprawnym”. Autor podkreśla, że określenie wczesne wspomaganie rozwoju stosowane jest zamiennie z terminem wczesna interwencja, która jest definiowana jako: „postępowanie medyczne, mające na celu ujawnienie (diagnozę) zagrożenia niepełnosprawnością lub niepełnosprawności oraz działania profilaktyczne, leczniczo- rehabilitacyjne i terapeutyczne” (T. Serafin, 2012, s.122).

W Polsce jest wiele instytucji, które zajmują się wczesnym wspomaganie rozwoju osób z niepełnosprawnością, a konkretnie dzieci niesłyszących. Jedną z nich jest Fundacja Orange, która w 2006 roku stworzyła długofalowy program „Dźwięki marzeń”. Celem programu jest „zapewnienie dzieciom z niedosłuchem wczesnej, systematycznej terapii słuchu i mowy oraz umożliwienie im możliwie pełnego udziału w świecie dźwięków”. Program został skierowany do rodziców dzieci z wadą słuchu – z obustronnym niedosłuchem powyżej 40 dB, w wieku od 3 miesięcy do 4 lat. Ambasadorką programu „Dźwięki marzeń” jest aktorka Olga Bończyk, która wychowała się w rodzinie osób niesłyszących.

Program skupia wielu specjalistów, którzy czuwają nad częścią merytoryczną projektu. W skład Rady Naukowej weszły osoby o uznanym autorytecie w Polsce i na świecie, które posiadają wyjątkowe osiągnięcia naukowe w dziedzinie problemów słuchu, a także mają ogromne zasługi w niesieniu pomocy osobom niesłyszącym. Członkami Rady Naukowej są: W. Szyfter, M. Radziszewska-Konopka, A. Proźnych, T. Gałkowski, A. Obrębowski, H. Skarżyński, B. Szczepankowski oraz Z. Kułakowska. Głównym założeniem programu jest zapewnienie dzieciom z wadą słuchu równego

dostępu do edukacji i kultury. Fundacja Orange udziela dzieciom niesłyszącym kompleksowego wsparcia od momentu diagnozy.

W nauczaniu dzieci z uszkodzonym narządem słuchu można posługiwać się wieloma metodami. W publikacji tej należy jednak skupić się na metodzie werbo-tonalnej, która stosowana jest w programie „Dźwięki marzeń”. Zanim jednak przejdziemy do jej charakterystyki, należy wyjaśnić znaczenie terminu - „metoda”.

Jak podaje słownik W. Kopaliński określenie metoda to: „sposób postępowania, stosowany świadomie, konsekwentnie i systematycznie; zespół czynności i środków użytych dla osiągnięcia celu”. Metoda werbo-tonalna jest istotna w rehabilitacji dziecka z wadą słuchu. Twórcą tej metody jest Jugosłowianin - Petar Guberin. W 1961 roku założył Poliklinikę SUVAG w Zagrzebiu. Na grunt polski metodę tę sprowadziła dr Zofia Kułakowska (A. Prożych, 2006, s. 74-75). Dzięki niej w Polsce zorganizowano pierwsze szkolenia prowadzone przez specjalistów z Medycznego Centrum Audiofonologii w Brukseli.

Po wprowadzeniu i zapoznaniu się z historią tej metody należy przejść do jej istoty. W metodzie werbo-tonalnej każdej samogłosce i spółgłosce przyporządkowany jest przedmiot, który służy do wywołania danej głoski i jej utrwalania. Samogłosce „u”, przypisywany jest bączek, „e”- kubeczki, „a”- pompon, a spółgłosce „f” – piórko. Zapoznanie dziecka z przedmiotem i głoską, która jest z nim związana, powoduje często, że wywołuje ono samodzielnie dźwięk na widok rekwizytu. Metoda ta ma na celu wprawienie ciała dziecka w ruch (makroruchy), na rzecz ruchów narządów mowy (mikroruchy). Związek jaki istnieje między tymi dwoma zależnościami wykorzystywany jest podczas zabaw fonacyjnych, ponadto w rytmie muzycznym i rytmie ciała. Poprzez swoją postawę i ruch dziecko bierze udział w produkowaniu mowy. Elementy te są pomocne w wywoływaniu głosu, korygowaniu nieprawidłowości artykulacji, tworzeniu sylab i układaniu zdań.

W rytmie muzycznym w trakcie terapii wykorzystywane są wyliczanki, które podkreślają elementy (suprasegmentalne) mowy tj. akcent, melodia, tempo. Metoda ta jest pomocna nie tylko w poprawnym wywoływaniu głosek, ale wspomaga także pracę nad właściwym napięciem i rozluźnianiem mięśni. Podczas ćwiczeń z dzieckiem uczestniczyć powinni oboje rodzice. Mama ze względu na wysoki głos i tata ze względu na niski. Takim sposobem dziecko przystosowane jest do wszystkich częstotliwości koniecznych do rozumienia mowy.

Odwołując się do literatury, w której zawarte są istotne informacje dla poznanej metody, można dowiedzieć się, iż „seans rehabilitacyjny dzieli się na 4 części: praca nad wywołaniem głosu, praca nad artykulacją, praca nad prozodią oraz praca nad wychowaniem słuchowym” (A. Prożych, 2006, s. 77). Ćwiczone głoski nie powinny być zmieniane szybko, wręcz przeciwnie. Dostosowanie tempa zajęć jest kolejnym niezbędnym elementem podczas pracy tą metodą. Dziecko musi mieć chwilę przerwy, tak by mogło wydać z siebie inny spontaniczny dźwięk. Należy zdać sobie sprawę, że początkowo wypowiedzane głoski mogą się różnić od poprawnie wypowiedzanych. Ważne zatem jest niepoddawanie takiego dziecka ostrej krytyce, a każde podjęcie przez niego aktywności werbalnej należy pochwalić. Metoda ta jest rewelacyjną zabawą, która przynosi znaczne postępy rozwoju.

W ramach programu stworzono przez Fundację Orange *Banki Aparatów Słuchowych*, co ma na celu wczesne wyposażenie małych dzieci z wadą słuchu

w aparaty słuchowe. Są one wypożyczane bezpłatnie, dziecko może wypróbować kilka modeli, a audiolodzy mogą dzięki temu wyposażyć dzieci w najbardziej odpowiadający ich potrzebom sprzęt wspomagający słyszenie. Dzięki aparatom słuchowym dzieci już od pierwszych miesięcy życia mają szansę odbierać dźwięki z otoczenia, mogą rozwijać funkcje słuchowe przez co ich udział w rehabilitacji jest bardziej efektywny.

Kolejnym, kluczowym elementem jest rehabilitacja domowa. Rozpoczyna się tuż po potwierdzeniu diagnozy. Odbywa się w domu, gdzie dziecko czuje się swobodnie, gdyż przestrzeń jest znana, a atmosfera przyjazna i bliska dziecku. Specjaliści, którzy współpracują z fundacją przyjeżdżają do domów dzieci dwa razy w tygodniu, a każde zajęcia trwają 60 minut. Realizowany jest indywidualny program terapii, dostosowany do możliwości dziecka z wadą słuchu. W zajęciach uczestniczą także rodzice/opiekunowie, którzy angażują się w proces rehabilitacji oraz nabywają umiejętności, które pozwalają im samodzielnie pracować z dzieckiem. Intensywna i systematycznie prowadzona terapia daje dzieciom szansę na prawidłowy rozwój mowy i sprawniejsze komunikowanie się z otoczeniem.

W ramach programu „Dźwięki marzeń” organizowane są turnusy rehabilitacyjne dla dzieci niesłyszących i ich rodziców, które trwają dwa tygodnie. W tym czasie dzieci biorą udział w intensywnej terapii prowadzonej w ramach zajęć indywidualnych i grupowych. Dzieci objęte są opieką specjalistów: surdopedagogów, logopedów, logorytmików oraz psychologa i lekarza pediatry. W zajęciach biorą również udział opiekunowie dzieci. Poprzez aktywność i obserwację doskonalą swoje umiejętności pracy z dzieckiem niesłyszącym. Mogą również skorzystać ze spotkań na temat metod wspierania dziecka z wadą słuchu. Turnus jest dla dzieci czasem, w którym mogą naśladować innych. Między dziećmi tworzą się wzajemne relacje, które są ważne dla każdego dziecka. Rodzice natomiast mogą rozwijać swoje kompetencje, dzielić się doświadczeniami z innymi oraz czerpać satysfakcję z efektów rehabilitacji.

Terapeuci i rehabilitanci, którzy ściśle współpracują z fundacją, są wykwalifikowani i ciągle doszkalani przez ekspertów z różnych krajów z zakresu zastosowania metody werbo-tonalnej. Fundacja zapewnia rehabilitantom odpowiednie pomoce edukacyjne, które wykorzystuje się podczas zajęć. To wszystko sprawia, że działania terapeutów są w pełni profesjonalne.

Bibliografia

1. Eckert U.: *Pedagogika niesłyszących i niedosłyszących – surdopedagogika* [w:] *Pedagogika specjalna*, Dykcik W. (red.), Wyd. UAM, Poznań, 1997.
2. Prozych A.: *Metoda werbo-tonalna w rewalidacji dziecka z wadą słuchu* [w:] *Diagnoza i rewalidacja indywidualna ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Klaczak M., Majewicz P. (red.), Wyd. Naukowe AP, 2006, s.74-79.
3. Twardowski A.: *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*, Wyd. UAM, 2012.

Netografia

1. <http://www.slownikonline.pl/kopalinski>, data dostępu: 03.07.2014.
2. <http://logopeda.pl/Metoda-werbo-%E2%80%93-tonalna-co-to-takiego,1082>, data dostępu: 03.07.2014.

3. http://www.osrodek-pzg.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=34), data dostępu: 03.07.2014.
4. http://www.fundacja.orange.pl/dzwieki_marzen_o_programie.html, data dostępu: 03.07.2014.

The objectives and activities of the "Sounds of Dreams" in the early assistance in the development of deaf-mute children

In this article, the author presents the Foundation Orange which has a special programme "Sounds of Dreams" (in Polish called „Dźwięki marzeń”). This programme is for deaf-mute children and their parents. In this programme the specialists work based on the special verbal-tonal method.

The author indicates the particular conditions and needs that have to be fulfilled and organized to work on the basis on this method. In this text the reader can find the definition of deaf-mute people and early intervention and support.

Metoda Dobrego Startu a wspomaganie rozwoju osób z niepełnosprawnością intelektualną

Geneza Metody Dobrego Startu

Oryginalna metoda została opracowana w latach 40-tych i 50-tych XX wieku we Francji. Jej autorką była fizjoterapeutka Th ea Bugnet – van der Vooort, z pochodzenia Holenderka. Metoda ta nosiła nazw  Le Bon Départ, co oznacza „dobry start”. Twórczyni opracowała dla celów relaksacji podstawy gimnastyki połączonej z ćwiczzeniami oddechowymi. Następnie, po ukończeniu kursu kinezyterapii, podjęła pracę w zakresie rehabilitacji ruchowej. Informacje na temat tej metody dotarły do Polski pod koniec lat 60-tych za pośrednictwem lekarzy, którzy odwiedzali ośrodki neuropsychiatrii dziecięcej we Francji. Polsk  wersj  tejże metody opracowała Marta Bogdanowicz. Było to możliwe dzięki informacjom, jakie odnośnie metody zebrała podczas stażu naukowego we Francji prof. dr hab. med. Hanny Jaklewicz oraz dzięki artykułom w polskich czasopismach naukowych. Z tych wlaśnie źródeł zaczerpnęła ona ogólną idej : wielozmysłowe uczenie dziecka wykonywania ruchów w rytm piosenki, jednocześnie rozwijanie spostrzegania i motoryki, trzy techniki: wystukiwanie rytmu na wałeczkach z paskiem, rysowanie figur na piasku i papierze podczas śpiewania piosenki, sześć wzorów – figur geometrycznych (M. Bogdanowicz, 1998).

Metoda Dobrego Startu zawiera:

- struktur  zaj c (zajęcia wprowadzające, wlaściwe, końcowe),
- rodzaje ćwicz n , ich nazwy i przebieg (ćwiczenia ruchowe, ruchowo- słuchowe, ruchowo- słuchowo- wzrokowe),
- techniki prowadzenia ćwicz n i porządek ich prowadzenia,
- program cyklu zaj c,
- zestaw wzorów, zastąpienie wzorów literami,
- zestaw piosenek autorstwa Danuty Szlagowskiej, Marii Tomaszewskiej, Małgorzaty Barańskiej i Andrzeja Filara.

Istniej  trzy warianty Metody Dobrego Startu. Każdy dostosowany do adekwatnego poziomu rozwojowego dzieci:

1. Piosenki i rysunki (proste piosenki i wzory) - przeznaczone są dla najmłodszych dzieci do wspierania rozwoju, a szczególnie dla dzieci od 4. r.ż. oraz dzieci starszych opóźnionych w rozwoju. Program: „Piosenki do rysowania”.
2. Piosenki i znaki (złożone piosenki i wzory) – przeznaczone dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym w celu przygotowania do nauki czytania i pisania, a w szczególności: dzieci w klasach zerowych, dzieci „ryzyka dysleksji”, dzieci starszych, w okresie poprzedzającym nauk  liter. Program: „Piosenki i znaki”.
3. Piosenki i litery – dla uczniów rozpoczynających naukę czytania i pisania w klasie zerowej i pierwszej oraz

dla uczniów dyslektycznych. Programy: „Piosenki na literki”, „Alfabet polski”, „Śpiewane litery” Józefy Kakowińskiej, „Od piosenki do literki” – cz. I i II. Modyfikacje Metody Dobrego Startu nawzajem się uzupełniają i stanowią kolejne etapy pracy stymulacyjno – terapeutycznej (M. Bogdanowicz, 1989).

Założenia i cele Metody Dobrego Startu

Założeniem tej metody jest jednoczesne rozwijanie wszystkich tych funkcji, które leżą u podstaw czynności czytania i pisania, a więc funkcji językowych i spostrzeżeniowych: wzrokowych, słuchowych, dotykowych, kinestetycznych (czucie ruchu) i motorycznych, a także współdziałania między nimi. Celem Metody Dobrego Startu jest kształcenie lateralizacji, orientacji w schemacie ciała i przestrzeni, jednoczesne usprawnienie czynności analizatorów: słuchowego, wzrokowego, kinestetyczno-ruchowego, koordynowanie czynności wzrokowo – słuchowo – ruchowych oraz harmonizowanie wszystkich funkcji psychomotorycznych (M. Bogdanowicz, 1989).

Zastosowanie Metody Dobrego Startu w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną

Początkowo metoda ta była przeznaczona do pracy wyłącznie z dziećmi w normie intelektualnej albo z dysharmonijnym rozwojem. Obecnie, po metodycznym opracowaniu uwzględniającym prawidłowości rozwojowe, możliwości, ograniczenia i potrzeby wszystkich dzieci, Metoda Dobrego Startu jest efektywną metodą stosowaną w terapii dzieci z uogólnionymi i głębszymi zaburzeniami. Badania nad skutecznością tej metody w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną oraz autyzmem i porażeniem mózgowym wskazują na jej istotną rolę w całościowym procesie terapii.

Przyjęto ogólnie, że praca z dziećmi niepełnosprawnymi powinna rozpoczynać się od „Piosenek do rysowania”, ponieważ jest to najłatwiejsza wersja Metody Dobrego Startu, która może być wykorzystywana z tymi dziećmi i kontynuowana przez wprowadzanie różnych, kolejnych modyfikacji tejże metody. W pracy z osobami z upośledzeniem umysłowym, powinno się odwoływać do konkretnych, umożliwić wielozmysłowe poznanie, wzory i litery powinny być przybliżane dzieciom poprzez skojarzenie z konkretem, piosenki powinny być łatwe (prosty, jasny język). Dzieci niepełnosprawne intelektualnie mają problemy z wyobrażeniem sobie obrazu i ruchu, dlatego też czasami rezygnuje się z prowadzenia ćwiczeń ruchowych w formie ilustrowania ruchem treści piosenki oraz takich etapów jak: pisanie litery w powietrzu palcem i na stole, natomiast pierwsze takie próby podejmuje się np. na tackach z ryżem, kaszą. Bardzo ważnym elementem jest zachowanie stałości schematu (M. Bogdanowicz, 2006).

Do przedszkola z oddziałami integracyjnymi na podstawie orzeczenia z poradni pedagogiczno-psychologicznej przyjęta została Franciszka. Dziewczynka wypowiadała proste słowa, chętnie używała wyrazów dźwiękonaśladowczych. Utrudnienia w funkcjonowaniu powodowała krótkotrwała i przerzutna uwaga, skłonność do działania chaotycznego oraz słabe podporządkowanie się poleceniom. Widoczna była niedojrzałość w sferze emocjonalnej. W terapii zastosowano Metodę

Dobrego Startu oraz Programy Aktywności – Świadomości Ciała oraz Kontakt i Komunikacji. Z Metody Dobrego Startu wybrano „Piosenki do rysowania”, które zostały odpowiednio zmodyfikowane i dostosowane do indywidualnych potrzeb Franciszki. Piosenka została wprowadzona zgodnie ze strukturą zajęć, na początku spotkania. Ze względu na swój słaby rozwój mowy dziewczynka reprodukowała piosenkę w sposób „uproszczony”, powtarzając jedynie proste wyrazy lub wykorzystując jednosylabowe słowa. Autorka zrezygnowała ze śpiewania przez dziewczynkę piosenki w trakcie wystukiwania rytmu oraz podczas wykonywania przez dziewczynkę trudnych dla niej reprodukcji graficznych. Terapeutka zrezygnowała także z odtwarzania wzorów przez Franciszkę w powietrzu i na powierzchni. Dziewczynka na tyle polubiła pracę z Metodą Dobrego Startu, że zaczęła samodzielnie w domu powtarzać zapamiętane piosenki, których nauczyła się podczas terapii. Praca Metodą Dobrego Startu przyczyniła się do procesu wyrównywania opóźnień rozwoju niektórych funkcji psychomotorycznych, a także w doskonaleniu integracji percepcyjno-motorycznej (A. Skoczylas, 2004).

Wnioski

Metoda Dobrego Startu powstała ponad 50 lat temu, jednak wciąż jest aktualna, ciągle można ją dowolnie modyfikować i dostosowywać do indywidualnych potrzeb dziecka. Bardzo ważne jest, że nie ogranicza się ona tylko do dzieci zdrowych, lecz również z powodzeniem może być stosowana w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie, czego przykładem jest Franciszka. Warto również zauważyć, że proponowane ćwiczenia są atrakcyjne dla dzieci, które wykonują je z zainteresowaniem. Oczywiście zawsze trzeba pamiętać o odpowiednim dostosowaniu metody do indywidualnych możliwości dziecka. Metoda Dobrego Startu jest jedną z niewielu metod, które w sposób kompleksowy, pełny oddziałują na wszystkie sfery rozwoju dziecka.

Bibliografia

1. Bogdanowicz M.: *Metoda Dobrego Startu w pracy z dzieckiem w wieku od 5 do 10 lat.*, Warszawa, 1989.
2. Bogdanowicz M.: *Skala oceny skuteczności Metody Dobrego Startu*, Gdańsk, 2006.
3. Skoczylas A.: *Terapia logopedyczna dziecka z lekkim upośledzeniem umysłowym w warunkach przedszkola z oddziałami integracyjnymi – studium przypadku* (w:) *Rewalidacja*, nr 2, 2004, s. 90-95.
4. Wojnarowska, A.: *Metoda Dobrego Startu Marty Bogdanowicz. O efektywności metody* (w:) *Bliżej przedszkola* - wydanie internetowe: <https://blizejprzedszkola.pl/metoda-dobrego-startu-marty-bogdanowicz-o-efektywnosci-metody,2,1370.html>, data dostępu: 14.03.2014.

The Good Start Method and supporting the development of people with intellectual disabilities

The article presents original method called Le Bon Départ, which means "good start". The Good Start Method was founded over 50 years ago, is still up-to-date and it can be freely modified or adapted to the individual needs of the child. It is very important that the method is not limited only to healthy children, but also can be successfully used in working with children with intellectual disabilities.

III. WYWIADY

Aleksandra Lewczyk

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

I Pedagogika Specjalna, studia 2 stopnia

Program The Gateway Award jako aktywizująca metoda w pracy z dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną

*Powiedz mi- a zapomnę,
Pokaż mi- a zapamiętam
Pozwól mi działać- a zrozumieć!*
/Motto programu The Gateway Award/

Podczas prowadzenia procesu rehabilitacji koniecznym jest określenie tego, co wspólne zarówno dla ludzi pełnosprawnych, jak i niepełnosprawnych oraz tego, co indywidualnie dla każdego człowieka i co wymaga swoistego podejścia (B. Grochmal-Bach, 2001). W rehabilitacji więc mamy na względzie naturalne prawo każdego z nas do dokonywania samodzielnych wyborów, dzięki którym możemy uzyskać niezależność w kierowaniu własnym rozwojem i tym samym wpłynąć w dużej mierze na ocenę jakości swojego życia. Zdobywanie autonomii, które dotyczy również osób niepełnosprawnych intelektualnie, powinno umożliwiać im drogę ku dorosłości poprzez aktywne rozwijanie zainteresowania otoczeniem, wdrażanie do przyjmowania odpowiednich ról społecznych oraz szerzenie idei tolerancji poprzez bardzo aktualne dziś hasło integracji.

Kwestia rozbudzenia aktywności osób niepełnosprawnych w stawaniu się zaradnymi i otwartymi ludźmi w dorosłości, którzy potrafią sami o sobie stanowić jest nadrzędnym celem współczesnych pedagogów specjalnych i równocześnie zmusza ich do ciągłego poszukiwania takich metod pracy, dzięki którym będzie to możliwe w jak największym stopniu.

Jedną z innowacyjnych i coraz bardziej popularnych na terenie Polski metod jest realizacja brytyjskiego **Programu The Gateway Award (TGA)**, którego pomysłodawcą była Mille Lewis, a w chwili obecnej kontynuatorem i przedstawicielem na cały świat jest Robert Nixon.

Opisane niżej informacje na temat TGA, jego idei, celów i realizacji na terenie Polski uzyskałam na podstawie wywiadu przeprowadzonego z główną koordynatorką programu w obrębie naszego kraju – Panią Magister Ewą Nałęcz-Kłós, która jest nauczycielem z pasją realizującym jego założenia w SOSW nr 3 im. K. Makuszyńskiego w Krakowie, i która zechciała podzielić się z nami swoją wiedzą oraz doświadczeniem uzyskanym przez aktywną działalność podejmowaną w Ośrodku od 1999 roku.

W Wielkiej Brytanii odpowiednikiem Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jest Mencap. The Gateway Award natomiast stanowi jego

agendę, która działa na rzecz osób niepełnosprawnych intelektualnie. Program ten cieszy się niezwykłą popularnością ze względu na fakt, iż z założenia jest przeznaczony dla osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.

Do programu może się przyłączyć niemalże każdy: organizacje, kluby, szkoły, a nawet pojedyncze osoby. TGA został stworzony tak, aby czas wolny uczniów niepełnosprawnych intelektualnie był aktywnie wykorzystywany do rozwijania nowych umiejętności, podejmowania samodzielnych decyzji oraz uczestniczenia w działaniach na rzecz integracji ze społeczeństwem. Dzięki temu uczeń rozwijając swoje zdolności komunikacyjne i interpersonalne, równocześnie podejmuje się realizacji własnych pasji, pozwalając im się poszerzać i ewoluować.

The Gateway Award opiera się na dziewięciu zasadach (E. Nałęcz-Kłós, 2004, 2007; E. M. Minczakiewicz, 2010) respektujących prawo każdego człowieka do pełnego, aktywnego oraz równego uczestnictwa we współczesnym społeczeństwie:

1. **Rozwój osobisty Uczestnika Programu jest jego niezbywalnym prawem** – TGA zapewnia każdemu pełne współuczestnictwo w realizacji zadań, umożliwia rozliczenie uczestników z jakości ich wykonania oraz pozwala przydzielać im nowe zadania związane z ich możliwościami i zainteresowaniami;
2. **Praca na rzecz siebie i społeczności lokalnej** – uczestnicy w myśl zasady „*co kto potrafi*” zachęceni są do pracy na rzecz rozwoju swojego i społeczności rówieśniczej;
3. **Dokonywanie wyboru zależy ode mnie** – uczestnicy sami podejmują decyzje dotyczące realizacji danych zadań i swoich zainteresowań na drodze do uzyskania nagrody (odpowiedniej odznaki);
4. **Odmiennosc jest nie tylko cechą lecz także moim przywilejem** – każdy uczestnik może wziąć udział w zdobywaniu odznaki, a jego odmiennosc rozumiana jest jako indywidualnie postrzegane potrzeby oraz możliwości podejmowania zadań na rzecz własnego rozwoju;
5. **Zachowanie elastyczności w dokonywaniu zmian, warunkuje postępy rozwoju jednostki** – program dopuszcza intencjonalny i losowy dobór zadań, a nawet możliwość zamiany kolejności ich wykonywania (np. rozpoczynanie od zadań trudniejszych na łatwiejszych kończąc), zgodnie z wolą każdego z Uczestników Programu;
6. **Współpraca mimo wszystko** – TGA stawia bardziej na współpracę w grupie niż na współzawodnictwo między jego uczestnikami oraz realizatorami;
7. **Włączenie do grupy każdego bez względu na jego stan rozwoju** – program zawiera propozycję rozwijania i wyposażania uczestników w praktyczne umiejętności, które pozwolą im na równorzędne funkcjonowanie w społeczności grupy;
8. **Ruch i celowa aktywnosc jest warunkiem zdrowia i dobrego samopoczucia** – intencjonalne włączanie do aktywności ruchowej (np. marsze, wędrówki, zabawy, wspinaczki) oraz zainteresowanie zdrowym trybem życia;
9. **Rozrywka i radość życia pozwalają pokonywać trudności i niepowodzenia** – każdy (zarówno Uczestnik Programu, jak i osoba wspierająca) winien znajdować przyjemność i satysfakcję z tego, co robi.

Ważne jest również to, że TGA jest skonstruowany w taki sposób, by mógł sprostać indywidualnym potrzebom uczestników.

W trakcie realizacji programu stosowane jest wzmocnienie w postaci systemu nagród, w którego skład, niczym medale olimpijskie, wchodzi **Nagroda Brązowa**, **Nagroda Srebrna** oraz **Nagroda Złota**. Każdy z „medali” stawia przed uczestnikami wymagania związane z pięcioma podstawowymi aktywnościami (nazywanymi *sekcjami*), do których należą: **hobby**, **usługi** (kiedyś wolontariat), **przygoda i wyzwanie**, **rekreacja ruchowa** (kiedyś rekreacja fizyczna) oraz **styl życia**.

Sekcja hobby ma zachęcać uczestników do rozwijania własnych zainteresowań i pasji poprzez poznawanie różnych form aktywności twórczej. W ramach tych aktywności organizowane są np. wystawy prac uczestników. Przykładowo, niesamowite prace („Moje pasje”) jednego z uczniów SOSW nr 3, objętego programem aktualnie będącym na poziomie Nagrody Złotej, można zobaczyć w Podgórskiej Bibliotece Publicznej na ul. Powroźniczej 2 w Krakowie.

Usługi są aktywnością nastawioną na pomoc innym (służba społeczna) poprzez wykonywanie różnych prac na rzecz społeczności lokalnej, jak np. prace w ogrodzie pobliskiego Domu Pomocy Społecznej dla Osób w Podeszłym Wieku czy branie udziału w takich przedsięwzięciach, jak akcja „sprzątanie świata”.

Przygoda i wyzwanie zachęca do odkrywania świata i jego tajemnic poprzez biwaki, wycieczki, wieczornice czy spotkania okazjonalne, które stanowią nie tylko formę rozrywki, ale są też swoistym wyzwaniem. Uczniowie planują je, przygotowują i biorą w nich czynny udział.

Sekcja rekreacji ruchowej uczy zdrowego stylu życia i uświadamia potrzebę aktywności fizycznej. Realizuje się ona chociażby poprzez udział w specjalnych olimpiadach sportowych czy zajęciach Tai Chi prowadzonych przez samą panią Ewę, w których miałam okazję uczestniczyć i przekonać się, że dają one nie tylko poczucie relaksacji i rozładowania nagromadzonych napięć, ale również stanowią ciekawą formę aktywności dla samych uczestników programu.

Ostatnią sekcją jest styl życia, której nadrzędnym celem jest motywowanie oraz zachęcanie uczestników do uzyskiwania samodzielności i niezależności. Rozwija ona więc szeroko rozumiane umiejętności życiowe oraz nabyte sprawności.

Każdy uczestnik, w momencie przystąpienia do programu, otrzymuje segregator, w którym gromadzi materiały stanowiące jego osobisty zestaw osiągnięć oraz dzienniczek, który jest formalnym dowodem jego rozwoju. Zadaniem liderów i opiekunów programu jest pomoc i wspieranie uczniów w podejmowanych przez nich wyzwaniach. Ważne jest to, że uczestnik ma prawo do wyboru rodzaju i ilości zajęć w danej sekcji. Gdy zrealizuje wszystkie zadania z pięciu wyżej wymienionych aktywności oraz uzyska konkretny „medal”, otrzymuje z rąk przedstawiciela Biura National Award w Birmingham certyfikat i odznakę. Stanowi to dla ucznia szczególnie uhonorowanie, podkreślenie wartości podjętego wyzwania, a także trudu wniesionego w jego realizację.

W Polsce Program The Gateway Award został podjęty nie tylko na terenie Krakowa (ZSS nr 14, SOSW nr 3, SOSW nr 4, DPS w Nowej Hucie, ZSZ nr 10). Realizowany jest również w Bytomiu, Chorzowie, Czeladzi, Ostrowcu Świętokrzyskim, Uśnicach, Lublinie i Miechowie.

Zdaniem pani Ewy program ten stanowi „niesamowitą przygodę”, która, jak potwierdza E. M. Minczakiewicz (2010), będąc źródłem wszechstronnej aktywności daje możliwość przeżywania i doznawania przyjemności angażując emocjonalnie

uczestników, a także ich najbliższe środowisko (rodziców, rodzeństwo, dziadków, przyjaciół rodziny) w podejmowane działania oraz aktywnego włączania się w życie społeczne. The Gateway Award swoją prostotą i uniwersalnością uświadamia na jak wiele, pomimo istniejących ograniczeń, stać osobę niepełnosprawną intelektualnie, a równocześnie inspiruje do poszukiwania nowych aktywności wspomagających rozwój osób niepełnosprawnych i pozwalających im cieszyć się pełnią życia.

Bibliografia

1. Nałęcz-Kłos E.: *Pozwólmy naszym dzieciom odnaleźć się w świecie* (w:) *Twoja Medycyna*, nr 8, 2004, s. 10-11.
2. Nałęcz-Kłos E.: *Program „The Gateway Award” jedna z metod aktywizujących uczniów o zaburzonym procesie rozwoju* (w:) *Rybnickie Zeszyty Nauczycielskie*, nr 12, 2007, s. 51-55.
3. Minczakiewicz E. M.: *Program The Gateway Award w rozwijaniu zainteresowań sztuką u osób niepełnosprawnych* (w:) E. Frołowicz, N. Majchrzak, N. Starik (red.) *Komunikowanie się w społeczeństwie wiedzy XXI wieku*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań, 2012.

The Gateway Award Program as an activating method in working with children and young people with intellectual disabilities

The Gateway Award is an activity award program in which people with all kind of learning disabilities and of any age can take part. The article describes the objectives, missions and implementation of this Program in Kraków.

W poszukiwaniu zalet biblioterapii w pracy z dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Ważnym aspektem naszego życia jest czytelnictwo, dzięki któremu możemy się rozwijać, między innymi poznawczo i emocjonalnie. Czytanie może stać się działaniem hobbistycznym, a także możliwością postrzegania rzeczywistości z innej perspektywy (E. Drozd, 2007). Przyjmując literaturę jako rodzaj komunikacji, można przypisać jej wiele funkcji społecznych. Obecnie, dzięki wielu badaniom, dyskusjom i rozważaniom, zwrócono uwagę także na funkcję terapeutyczną literatury. Określa się, że literatura jest pewnym rodzajem sztuki, która pomaga czytelnikowi zmierzyć się z własnym problemem, oczyścić się ze swoich słabości i zrozumieć strukturę własnego „Ja” (M. Molicka, 2011).

Przyjęcie terapeutycznej funkcji literatury jest niejako podstawą do upowszechnienia terminu „biblioterapia”. Termin ten został wprowadzony już w roku 1916 przez Sanuela Crothersa. Najprościej biblioterapię przedstawia się jako terapię, leczenie za pomocą książki. (W. Szulc, 2011, s. 130). Irena Borecka, zwana często matką polskiej biblioterapii, zdefiniowała ją jako *działanie terapeutyczne oparte o stosowanie materiałów czytelniczych rozumianych jako środek wspierający proces terapeutyczny w medycynie. Biblioterapia jest rodzajem psychicznego wsparcia, pomocy w rozwiązywaniu osobistych problemów, rodzajem oparcia w procesie osiągnięcia bezpieczeństwa, może być środkiem do realizacji potrzeb* (M. Molicka, 2002, s. 103).

Zakres zastosowania biblioterapii jest wielowymiarowy. Po ten rodzaj terapii coraz częściej sięgają pedagodzy szkolni, psycholodzy, nauczyciele, bibliotekarze, a także pracownicy socjalni i środowiska szpitalnego. Potwierdzają oni skuteczność książki jako środka terapeutycznego w rozwiązywaniu wielu problemów. Odpowiedni dobór literatury pomaga w nauce panowania nad własną agresją, ułatwia radzenie sobie ze smutkiem, cierpieniem, emocjami związanymi między innymi z utratą bliskiej osoby, adopcją, uzależnieniem, depresją, odmiennością kulturową. Aby czytelnik mógł wyrazić swoje uczucia, podzielić się swoimi problemami, potrzebna jest wrażliwość i zdolność do empatii terapeuty oraz odpowiednio dostosowany tekst do potrzeb drugiej osoby (W. Szulc, 2011).

Biblioterapeuta, czyli osoba, która niejako czuwa nad drugą osobą i wspomaga jej kontakt z tekstem literackim, przed przystąpieniem do działań biblioterapeutycznych powinien zapoznać się ze swoim podopiecznym i jego potrzebami. Konieczne jest odpowiednie wykształcenie, doświadczenie w pracy z innymi ludźmi, której towarzyszą różnorakie problemy oraz znajomość literatury, jej zasobów i potencjału. Zasady obowiązujące w biblioterapii w sposób wyraźny określają charakter pracy biblioterapeuty. Nie powinien on przede wszystkim stosować nakazów, zmuszać zainteresowanego do dzielenia się swoimi przeżyciami, nadużywać i przekraczać

swoich kompetencji, a także działać z przekonaniem, iż biblioterapia jest lekarstwem na każdą dysfunkcję. Biblioterapeuta musi pamiętać o uwzględnianiu specjalnych potrzeb czytelników, które mogą być determinowane na przykład ich niepełnosprawnością intelektualną, fizyczną czy psychiczną. Kolejną istotną zasadą jest dostosowywanie materiału tekstowego do poziomu umiejętności czytania danej osoby, aby nie przekraczać jej możliwości i zarazem nie zniechęcać do kontaktu z książką. Jedną z głównych zasad jest także łączenie czytania tekstu z dyskusją, która prowadzi do wyciągania konkretnych wniosków i refleksji oraz poradnictwem ze strony biblioterapeuty lub innych członków terapii, w przypadku biblioterapii grupowej (W. Szulc, 2011).

Odpowiedni dobór literatury w procesie biblioterapeutycznym zależy przede wszystkim od postawionego celu, który biblioterapeuta chce osiągnąć. Cele natomiast są uwarunkowane problemami, z którymi należy się zmierzyć oraz możliwościami czytelników. Najczęściej wyróżnia się cztery cele: rewalidacyjny – dotyczący osób z niepełnosprawnością intelektualną, resocjalizacyjny – skierowany do osób z niedostosowaniem społecznym, profilaktyczny – polegający na zapobieganiu u dzieci pojawiania się problemów związanych ze sferą emocjonalną lub społeczną oraz ogólnorozwojowy – przeznaczony dla osób, którym towarzyszą problemy związane z danym wiekiem rozwojowym (E.J. Konieczna, 2012, s. 14).

Teksty wykorzystywane w biblioterapii można podzielić na trzy kategorie: poradniki, literatura faktu oraz beletrystyka. Poradniki spełniają rolę wskazówek odnośnie tego, jak postępować, radzić sobie z trudnościami, walczyć z nałogami lub dążyć do obranego celu. Występują najczęściej w formie podręczników lub broszur. Dużą popularnością cieszą się również autobiografie osób, które dzielą się swoimi traumatycznymi przeżyciami oraz podpowiadają, w jaki sposób radzić sobie z podobnymi sytuacjami. Beletrystykę najczęściej stosuje się w pracy z dziećmi, ale nie tylko. *Jest to fikcja literacka w formie poezji, powieści, opowiadań i esejów (...) nie tylko opisuje ludzkie doświadczenia (...) odwołuje się do emocji i jest wieloznaczna* (W. Szulc, 2011, s. 136).

Adresatem biblioterapii może być każdy, w tym również osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Często uznaje się, że szerzenie czytelnictwa wśród tej grupy osób nie ma sensu z powodu dysfunkcji, która znacznie utrudnia odbiór tekstu i obcowanie z książką. Rodzice i specjaliści nie powinni ograniczać swoim podopiecznym dostępu do literatury, ponieważ pozbawiają ich tym samym możliwości zaspokajania potrzeb obcowania ze sztuką czytelniczną. Od specjalistów wymaga się zatem, aby dostarczali osobom z niepełnosprawnością intelektualną materiałów tekstowych z uwzględnieniem ich specjalnych potrzeb. Możliwe, że osoba z lekką niepełnosprawnością intelektualną sama będzie czytać proste teksty, dostarczające jej rozrywki. Ważną rolą biblioterapeuty będzie jednak pomoc w zrozumieniu i interpretacji treści w celu dojścia do określonych wniosków, kształtujących wartości osobiste. Czytanie bądź słuchanie czytanego tekstu (wcześniej odpowiednio dobranego) pomaga osobom z niepełnosprawnością intelektualną rozwijać zaburzone procesy poznawcze, usprawniać koncentrację, myślenie i pamięć. Ułatwia także kontrolowanie emocji, motywuje do aktywności życiowej oraz przyczynia się do wzrostu poczucia własnej wartości. Biblioterapia ma za zadanie pomóc im zaakceptować swoją sytuację, odnaleźć się w społeczeństwie, przezwyciężyć lęki związane z funkcjonowaniem

w wielu sferach życia (D. Baczała, P. Rogozińska 2013). I. Borecka i S. Wontorowska-Roter (2003) w swej książce podkreślają psychoterapeutyczną funkcję zaprowadzenia dziecka do biblioteki, gdzie może poznać bogactwo zbiorów, nacieszyć się różnorodnością książek, wyciszyć się, poznać atmosferę panującą w czytelni. Miejsce to może pomóc w odprężeniu i niwelowaniu stresu.

Nieco inaczej będzie wyglądać zastosowanie biblioterapii w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym. Samodzielne czytanie lub słuchanie odczytywanego tekstu nie jest działaniem efektywnym. W tej sytuacji korzystnie wpływa na funkcjonowanie osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną sam kontakt z książką, możliwość przeglądania jej, dotykania, wężania, oglądania obrazków. Dużym zainteresowaniem cieszą się zatem bajki, albumy z okazami roślin, książki ukazujące nowinki techniczne. Obcowanie z książką pobudza do aktywności, twórczego działania, spontaniczności. Sprawia radość, daje możliwość odpoczynku. Zamiast czytać, biblioterapeuta może opowiadać historyjkę na podstawie obrazków, a później zastosować na zajęciach elementy dramaterapii, muzykoterapii bądź arteterapii. Warto łączyć różne aktywności i przede wszystkim nie odbierać osobom z niepełnosprawnością intelektualną możliwości poznania książek (D. Baczała, P. Rogozińska 2013).

W celu znalezienia odpowiedzi na pytanie: **w jaki sposób biblioterapia wspomaga pracę z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi**, przeprowadzono badania własne. Zastosowano (według podziału T. Pilcha) metodę indywidualnego przypadku z użyciem techniki wywiadu. Na potrzeby badania skonstruowano kwestionariusz wywiadu, który składał się z 7 pytań. Wybór osoby badanej był zamierzony – dr Lidia Ippoldt, bibliotekarz, biblioterapeuta, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Biblioterapeutycznego, osoba z dużym doświadczeniem w pracy biblioterapeutycznej.

L. Ippoldt w wywiadzie biblioterapię definiuje jako *oddziaływanie za pomocą odpowiednio dobranych tekstów na psychikę tak, by pomóc w zmianie niewłaściwego zachowania wobec siebie lub innych, niewłaściwej postawy wobec problemu, dostarczyć optymizmu i wiary**. Na pytanie o stanowisko w kwestii działań biblioterapeutycznych w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną odpowiada, że *bardzo wiele zależy od stopnia niepełnosprawności. Osoby niepełnosprawne w stopniu lekkim są często samodzielnymi czytelnikami prostych tekstów, w których zawarte są emocje. Ich nazywania i wyrażania teksty terapeutyczne uczą nie tylko dzieci zdrowe, ale i niepełnosprawne intelektualnie. Osoby upośledzone w stopniu umiarkowanym lub znacznym terapeuci przygotowują przede wszystkim do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie lub jak najlepszego społeczeństwa. W tym również mogą pomagać np. książki „łatwe w czytaniu” lub bajki psychoedukacyjne, uczące prawidłowych zachowań bądź pełniące rolę poradników życiowych*. L. Ippoldt zaznacza, że na efekty biblioterapeutyczne trzeba czasami długo czekać. *To długotrwały proces, który czasami przynosi efekty po miesiącach, czasami po latach, a czasami – zdawałoby się – w ogóle*. Twierdzi, że utrata nadziei na osiągnięcie obranego celu przeczy idei prowadzenia jakiegokolwiek terapii.

W trakcie badania zapytano o wyjaśnienie pojęcia „niepełnosprawności czytelniczej”. Zdefiniowane zostało ono jako trudność opanowania techniki czytania, czytania ze zrozumieniem, a także niechęć do kontaktu z książką. Zadaniem

biblioterapeuty jest zatem przygotowanie odpowiednich technik pracy, aby tę niepełnosprawność „wyleczyć”.

W wywiadzie uzyskano informację, iż *biblioterapią zajmują się bibliotekarze, psychologowie, pedagodzy, lekarze i wszyscy, którzy są (...) empatyczni, otwarci na innych, umieją słuchać*. W Polsce nie ma zawodu biblioterapeuty, zatem nie trzeba mieć kwalifikacji, ale kompetencje, osobowość i powołanie. Odpowiednie przygotowanie można uzyskać na kursach i szkoleniach prowadzonych przez doświadczonych praktyków. L. Ippoldt dodaje, że *praca z książką (np. w zawodzie bibliotekarza, nauczyciela) ułatwia budowanie warsztatu, który jest podstawowym środkiem biblioterapeutycznym, ale to nie znaczy, że inne osoby nie mogą być równie skutecznymi biblioterapeutami. Byle tylko kierowały się zasadą „pierwsze nie szkodzić” i nie były amatorami, których do zajęcia się biblioterapią skłoniła moda, albo wymóg dyrekcji*. Zaznaczyła również, aby informować rodziców o biblioterapeutycznej formie prowadzenia lekcji, zajęć, warsztatów oraz zachęcać ich do czynnego udziału w tym procesie. Przestrzega jednak przed eksperymentowaniem na swoich podopiecznych, jeśli nie przejdzie się wcześniej odpowiedniego szkolenia.

Optymistycznym aspektem przeprowadzonego wywiadu jest fakt, iż osoba badana pozytywnie postrzega polskie starania *w pisaniu i mówieniu o biblioterapii i to nie tylko w stosunku do dzieci*. Prężnie działa Polskie Towarzystwo Biblioterapeutyczne, regularnie wychodzi czasopismo „Biblioterapeuta”, *w którym można znaleźć unikatowe pomoce metodyczne*. Nasz kraj może pochwalić się również osobami, które bez odpowiednich kwalifikacji z ogromną pasją podchodzą do tej formy terapii. Powoli doganiamy światową czołówkę (kraje skandynawskie), ponadto wciąż pojawiają się osoby, które odkrywają biblioterapię na nowo i wzbogacają ją o nowe doświadczenia.

*Kursywą wypowiedzi dr L. Ippoldt

Wnioski

Analiza wyników badania wykazała, że biblioterapia pozytywnie oddziałuje na pracę z dziećmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, a warunkiem tego jest odpowiednia postawa i kompetencje biblioterapeuty, który wierzy w powodzenie obranego celu. Polską biblioterapię cechuje zaangażowanie w prowadzeniu dalszych badań nad skutecznością terapii za pomocą książki oraz ogólny wzrost zainteresowania nią w kręgach nie tylko edukacyjno-wychowawczych. Pomimo braku zawodu biblioterapeuty rośnie liczba osób, które chcą poszerzać wiedzę na temat tej terapii i wykorzystywać jej elementy w swej pracy. Sam proces biblioterapii natomiast korzystnie wpływa na rozwój poznawczy, emocjonalny, społeczny i moralny osoby w każdym wieku rozwojowym.

Bibliografia

1. Baczała D., Rogozińska P.: *Biblioterapia formą kształtowania kompetencji społecznych osób z niepełnosprawnością intelektualną* (w:) D. Baczała, J.J. Błeszyński (red.), *Rozwój społeczny osób z niepełnosprawnością intelektualną: ograniczenia i możliwości w zakresie kompetencji społecznych*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2013.

2. Borecka I., Wontorowska-Roter S.: *Biblioterapia w edukacji dziecka niepełnosprawnego intelektualnie: materiały dydaktyczne dla nauczycieli i bibliotekarzy*, Wyd. UNUS, Wałbrzych, 2003.
3. Drozd E.: *Czytelnictwo młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie w stopniu lekkim* (w:) M. Federowicz, T. Kruszewski (red.): *Biblioterapia – z zagadnień pomocy niepełnosprawnym użytkownikom książki*, Wyd. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, 2007, T.2
4. Konieczna E.J.: *Biblioterapia w praktyce: poradnik dla nauczycieli, wychowawców i terapeutów*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2012.
5. Molicka M.: *Bajkoterapia : o lękach dzieci i nowej metodzie terapii*, Media Rodziny, Poznań, 2002.
6. Molicka M.: *Biblioterapia i bajkoterapia: rola literatury w procesie zmiany rozumienia świata społecznego i siebie*, Media Rodziny, Poznań, 2011.
7. Szulc W.: *Arteterapia. Narodziny idei, ewolucja teorii, rozwój praktyki*, Difin SA, Warszawa, 2011.

In serach of the advantages of bibliotherapy in working with children with special educational needs

This article provides an overview of information on bibliotherapy. It informs us about therapeutic function of literature, the tasks of therapists working based on this method and the need of providing books for children with special educational needs including people with intellectual disabilities. In the second part, the article presents an analysis of a short interview with a longstanding follower who confirms the usefulness of bibliotherapy in the special education teacher's work.

Paulina Maciejaszek

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
II Pedagogika Specjalna, studia 1 stopnia

Nie wszystkie Anioły mają skrzydła. Wywiad z ks. Łukaszem Michalczewskim o tym, jak Kościół wspiera osoby z niepełnosprawnością

„Jezus jest ukryty w tych dzieciach. Na ołtarzu adorujemy Ciało Jezusa, a w nich odkrywamy Jego rany. Ale ciekawe jest, że Jezus po zmartwychwstaniu był bardzo piękny. Nie miał sińców ani skaleczeń. Był najpiękniejszy. Zechciał jedynie zachować swoje rany i zabrać je do nieba. Pielęgnowujemy tutaj rany Jezusa. A On z nieba pokazuje nam swoje rany i mówi nam wszystkim, każdemu z nas: Czeka na Ciebie!”

Zacytowane słowa są fragmentem homilii Papieża Franciszka podczas wizyty Domu Opieki dla Niepełnosprawnych dzieci w Asyżu. Papież Franciszek, jako Głowa Kościoła Katolickiego, wielokrotnie zwraca uwagę na osoby z niepełnosprawnością. Nie tylko poprzez słowa. W Wielki Czwartek podczas sprawowania Liturgii Wieczery Pańskiej w kaplicy rzymskiego ośrodka dla osób niepełnosprawnych i w starszym wieku, zwanego „Małym Domem Opatrzności Bożej”, Papież Franciszek umył nogi dwunastu niepełnosprawnym. Podczas kazania mówił o geście umycia przez Jezusa nóg apostołom i wzywał do naśladowania Go w służbie innym. „A On poszedł tą drogą z miłości: także wy macie miłować się wzajemnie i służyć sobie w miłości.” – nawoływał Następca Świętego Piotra.

Wydarzenia w Kościele, podczas których kapłanie nawołują do pomocy potrzebującym spowodowały, iż zaczęłam się zastanawiać, czy Kościół – osoby duchowne – wspiera osoby z niepełnosprawnością, czy tylko zachęca do pomocy. Aby rozwiązać wątpliwości, zaprosiłam do rozmowy księdza Łukasza Michalczewskiego z parafii Dziekanowice. Ksiądz Łukasz swoją kapłańską służbę opiera na kontakcie z młodzieżą, organizując dla nich spotkania oazowe, rekolekcje. Jest kapłanem pełnym wiary i chęci do działania, dla którego nie ma rzeczy niemożliwych.

Jaka jest księdza pierwsza myśl, która wiąże się z osobami z niepełnosprawnością?

- Od najmłodszych lat byłem związany z Kościołem. Gdy byłem nastolatkiem pełniłem funkcję animatora oazy. Wiązało się to z licznymi spotkaniami z młodzieżą. Do dziś pamiętam, że gdy podążałem na spotkanie mojej grupy oazowej, spotykałem swojego rówieśnika Łukasza. Łukasz był niepełnosprawni całkowicie zależny do swojej mamy. Nasze spotkania polegały tylko na krótkiej wymianie spojrzenia, może czasem zdążyłem pomachać. Chłopiec dni gdy była ładna pogoda, spędzał w oknie, spoglądając na to, co się dzieje. Była to bardzo przygnębiająca scena, która uświadamiała mi jak wiele darów posiadam od Boga. W swoich modlitwach pamiętałem o Nim oraz o Jego rodzinie.

Czy podczas swojej posługi kapłańskiej spotykał się ksiądz z osobami z niepełnosprawnością?

- Tak, bardzo często. Jako Kapłan odwiedzam chorych. Nie są to tylko osoby starsze, ale także dzieci niepełnosprawne i ich rodziny. Podczas takich wizyt myślę sobie, że nie potrafimy doceniać tego, co mamy.

Jakie są spotkania z rodzicami dzieci z niepełnosprawnością?

- To nie są łatwe spotkania. Trudno wytłumaczyć rodzicom dlaczego ich dziecko cierpi. Często wówczas słyszę pytania: „Dlaczego? Czym sobie na to zasłużyło?”. Czasem wystarczy usiąść obok matki chorego dziecka i płakać, modlić się razem z nią. Podczas takich rozmów mówię o tym, że każdy z nas ma swój krzyż. I nie warto zastanawiać się, dlaczego? Tylko trzeba wstać i podążać dalej.

Czy podczas nauki w seminarium został ksiądz przygotowany do pracy z osobami z niepełnosprawnością?

- Podczas nauki w seminarium mamy przedmioty dotyczące osób z niepełnosprawnością i na przykład język migowy. Każdy z nas odwiedza chorych w szpitalach. Jako Kościół nie odcinamy się od niepełnosprawnych. Wręcz przeciwnie, wychodzimy im naprzeciw. Począwszy od tego, że nie zamyka się bram kościoła dla niepełnosprawności – mam tu na myśli nie tylko pomoc wiernym, ale także to, że duchownym: kapłanem, zakonnikiem, zakonnicą, może zostać osoba z niepełnosprawnością. Warunek jest jeden, osoba ta musi mieć umiejętności, które pozwolą jej na ukończenie studiów i przyswojenie określonej ilości wiedzy. Mam znajomego księdza, który ze względu na problemy z wzrokiem nie może rozdawać Komunii Świętej, ale za to czyta Ewangelie, która jest przygotowana dla niego w alfabecie Braille’a. Ponadto na terenie kościoła budowane są podjazdy dla wózków inwalidzkich. Organizowane są Msze z tłumaczeniem na język migowy, często tłumaczami są klerycy.

Czy Sakrament Pierwszej Komunii Świętej lub Sakrament Małżeństwa jest też dopuszczalny dla osób z niepełnosprawnością?

- Bez względu na to, jak bardzo jest dziecko niepełnosprawne, my jako księża przygotowujący je do Komunii Świętej, staramy się, aby rozumiało co jest dobrem, a co złem. Czasem lekcje religii odbywają się w domu, a porozumiewamy się z dzieckiem jedynie poprzez mrugnięcie oczu. Jednak, aby móc dopuścić do Sakramentu Pierwszej Komunii Świętej, muszę być pewny – jako ksiądz - że dziecko posiada świadomość grzechu. Warto pamiętać, że każdy z Nas powołany jest do czegoś innego. Ja zostałem powołany do bycia księdzem, ktoś inny do bycia matką, lub życia w samotności. Śluby to bardzo indywidualna sprawa i zależą od wielu czynników. Wszelkie niewiadome w tej kwestii wyjaśnia Prawo Kanoniczne. Kościół nie zabrania małżeństw osobom niepełnosprawnym. Osobiście znam kilka takich par. Są szczęśliwi, ale to szczęście zawdzięczają także rodzinie i bliskim, którzy wspierają ich w życiu

codziennym. To są trudne kwestie, a ich rozstrzygnięcie zabiera wiele czasu i wspierana jest opinią specjalistów i osób z najbliższego otoczenia pary.

Czy uważa ksiądz, że Kościół w Polsce potrafi ustosunkować się do słów Papieża Franciszka i wspiera osoby z niepełnosprawnością?

- Kościół bardzo dużo robi dla osób z niepełnosprawnością. Na ramionach Kościoła wyrosło wiele organizacji i fundacji wspierających te osoby. Organizowane są różne kursy, wyjazdy, kolonie, rekolekcje, zbiórki rzeczy, spotkania, konferencje. Osoby z niepełnosprawnością wspieramy wielorako, od strony duchowej, psychicznej, ale także kierujemy do różnych specjalistów, ośrodków. Oferujemy pomoc dla rodzin osób z niepełnosprawnością.

Wypowiedź księdza będą czytały osoby, które na co dzień związane są z osobami z niepełnosprawnością; czy chciałby ksiądz skierować do nich szczególne słowa?

- Modłę się o to, aby każdy Anioł Bez Skrzydeł, mógł liczyć na Waszą pomoc. Szczęść Boże!

Dziękuję za wywiad.

Not all angels have wings.

Interview with Father Łukasz Michalczewski about how the Church supports people with disabilities

The article presents an interview with Father Łukasz Michalczewski. Author during the interview wanted to know how the Church helps people with disabilities. In this paper are also presented examples of support for people with disabilities as well as for their families and beloved. Additionally, the article takes up the problem of the Sacrament of First Holy Communion and the Sacrament of Matrimony of people with disabilities.

IV. SPRAWOZADANIA

Karolina Cząstka, Magdalena Dąbrowska

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

I Pedagogika Specjalna, studia 2 stopnia

„Usprawniamy myślenie o niepełnosprawności” po raz drugi!

W ubiegłym roku studenci i pracownicy z Uniwersytetu Gdańskiego po raz pierwszy zorganizowali Dzień Pedagoga Specjalnego pod hasłem „Usprawniamy myślenie o niepełnosprawności”. Idea spotkania została przyjęta z wielkim entuzjazmem, dlatego postanowiono ją kontynuować. 2 kwietnia 2014 roku delegacja Studenckiego Koła Naukowego Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie miała zaszczyt uczestniczyć w II Dniu Pedagoga Specjalnego na zaproszenie studentów z Koła Naukowego Studentów Pedagogiki Specjalnej PORTA Uniwersytetu Gdańskiego.

Uczestnicy wydarzenia zostali powitani przez władze Uczelni oraz zarząd Koła. Następnie głos zabrali zaproszeni goście. Wykład inauguracyjny na temat „Doświadczenie dorosłości w pracy pedagoga specjalnego” wygłosił prof. dr hab. Amadeusz Krause. W swojej prelekcji podkreślił, że współczesna andragogika kuleje, gdyż opiera się jedynie na teorii nowoczesności, brak jej natomiast innowacyjnych metod pracy. Zadaniem pedagoga specjalnego jest zatem połączenie pedagogiki metodycznej i teoretycznej, a co się z tym wiąże, bycie pedagogiem krytycznym. A. Krause sugerował również, by nie wracać do koncepcji głoszącej, że najlepszym miejscem dla dorosłej osoby z niepełnosprawnością jest dom rodzinny. Stwierdził, że „dwudziestoczterogodzinna opieka nad każdym jest chora”. Należy pozwolić każdej osobie na bycie samodzielnym na miarę własnych możliwości.

Następnie głos zabrała Katarzyna Karczewska, prezes Stowarzyszenia „Dom Marzeń”, mama 19-letniej dziewczyny z Zespołem Downa, która przedstawiła temat „Oswajanie dorosłości”. Zwróciła uwagę na problem dorosłości, seksualności i rodzicielstwa osób z niepełnosprawnością intelektualną. Przedstawiła założenia projektu realizowanego przez Gdyńskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych Intelaktualnie „Dom Marzeń” w latach 2012 – 2013 o nazwie „Oswajanie dorosłości”. Dzięki zakupionym symulatorom niemowlęcia dorosłe osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają szansę przekonać się, czy tak naprawdę chcą być rodzicami. Symulator niemowlęcia wielkościami przypomina 3-miesięczne dziecko, wydaje takie same dźwięki, trzeba go karmić, przewijać, nosić. Opieka nad symulatorem jest kontrolowana komputerowo, dlatego bez obecności osób trzecich można sprawdzić, jak opiekun z niepełnosprawnością podołał potrzebom sygnalizowanym przez symulator. Bardzo często efektem jest „odstraszenie” osób z niepełnosprawnością intelektualną od rodzicielstwa, z jednoczesnym przygotowaniem ich do pełnienia roli wujka lub cioci.

Fot. 1. Prezentacja symulatora niemowlęcia przez K. Karczewską



Źródło: z archiwum M. Dąbrowskiej

Kolejnym prelegentem był dr Ryszard Popowski z Europejskiego Centrum Edukacji Kulturalnej Osób Niepełnosprawnych (ECEKON) PSOOU, który mówił na temat „Edukacji muzycznej osób niepełnosprawnych”. Program ECEKON zakłada naukę gry na różnych instrumentach osób z niepełnosprawnością. Po kilkuletniej edukacji muzycznej osoby te wstąpić mogą do orkiestry Vita Activa, która od niemal 20 lat koncertuje po całej Europie. W repertuarze orkiestry znajduje się muzyka z różnych epok i o różnorodnej stylistyce. R. Popowski podkreślił, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną są w stanie grać zaawansowane melodie na podstawie prostych rytmów, co zapewnia sukces orkiestrze.

Dzień Pedagoga Specjalnego uświetnił także występ zespołu Remont Pomp, który zaktywizował zebranych gości. Muzycy z niepełnosprawnością zagrali na bębnach oraz, ku zdziwieniu wszystkich obecnych, na przyrządach kuchennych, np. na garnkach, kieliszkach, tarkach czy sztućcach.

Po tak entuzjastycznej przerwie przyszedł czas na drugą część wykładów, tym razem dotyczących aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych. Jako pierwsza głos zabrała dr Małgorzata Trojańska z Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, która przedstawiła temat „Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych – założenia a rzeczywistość”. Praktyczne podejście do tematu uświadomiło słuchaczom problemy, z jakimi borykają się osoby z niepełnosprawnością intelektualną na rynku pracy. Pomimo iż wiele osób bardzo dobrze sprawdza się jako przykładowy pracownik, potencjalni pracodawcy patrzą na nich ciągle przez pryzmat niepełnosprawności, nie potrafiąc docenić ich pracowitości i dokładności. Prowadzi to do tego, że mimo dobrego przygotowania, spora część tych osób pozostaje bezrobotna.

Kolejne wystąpienia miały na celu przedstawienie działalności dwóch organizacji. Na początku mgr Justyna Ludwikowska-Sielska opowiedziała o działalności Biura Integracji Zawodowej Osób Niepełnosprawnych PSOOU, a następnie Klaudiusz Kordaczuk i Patryk Lenczewski o pracy Trójmiejskiej

Spółdzielni Socjalnej „Arka”. Obie organizacje działają na rzecz wspierania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych.

Przez cały dzień osoby zgromadzone w gmachu Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego miały okazję podziwiać i kupować prace wykonane przez uczestników Warsztatów Terapii Zajęciowej. Po zakończeniu części wykładowej przyszedł czas na drugą, bardziej praktyczną. Każdy miał szansę wziąć udział w różnorodnych warsztatach prowadzonych przez osoby niepełnosprawne z WTZ działających na terenie Gdańska. W zależności od zainteresowań można było uczestniczyć w następujących warsztatach: „Ludzie kartki posyłają... Odkrywamy tajniki czerpania papieru”, „Przygarnij ceramiczną kurkę! Czyli jak odlewać z gliny i zdobić ceramiczne przedmioty” lub „Terapia zajęciowa w praktyce”. Istotą udziału w warsztatach nie było wykazanie się zdolnościami plastycznymi, lecz przekonanie się, że w prosty sposób można wykonać piękną pracę i uzyskać zadowalające efekty. Uczestnicy mogli wiele nauczyć się od osób z niepełnosprawnością, co uświadomiło nam, że każdy ma coś, czym może podzielić się z drugim człowiekiem.

Fot. 2. Warsztaty „Ludzie kartki posyłają... Odkrywamy tajniki czerpania papieru”



Źródło: z archiwum Koła Naukowego Studentów Pedagogiki Specjalnej PORTA

Na zakończenie II Dnia Pedagoga Specjalnego mieliśmy zaszczyt wysłuchać występów podopiecznych Europejskiego Centrum Edukacji Kulturalnej Osób Niepełnosprawnych.

Fakt, że Dzień Pedagoga Specjalnego odbył się po raz drugi, świadczy o tym, że został on wpisany w kalendarz imprez Uniwersytetu Gdańskiego. Miejmy nadzieję, że tego typu spotkania będą kontynuowane i staną się wzorcem dla innych instytucji, gdyż szczytna idea i spotkanie zarówno z wykładowcami, osobami pracującymi w różnych organizacjach działających na rzecz osób z niepełnosprawnością oraz z samymi osobami niepełnosprawnymi sprawia, że nie tylko usprawniamy myślenie o niepełnosprawności, ale również staramy się wcielić w życie to, czego się dowiedzieliśmy.

"We improve the thinking about disability" for the second time!

The article presents the report from the Day of the Special Educator, which were held at University of Gdansk on 2nd April 2014. The main theme of the meeting was concentrated on adulthood disabled. The article describes the most important points of the event like lectures conducted by invited guests and workshops conducted by people with disabilities.

Karolina Cząstka

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
I Pedagogika Specjalna, studia 2 stopnia

Anna Czerwiec

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
I Pedagogika Przedszkolna i Wczesnoszkolna, studia 2 stopnia

Sprawozdanie z warsztatów językowo-artystycznych o charakterze integracyjnym prowadzonych przez międzynarodową grupę The Young Americans

*„Naprawdę istnieje tylko jedna radość – obcowania z ludźmi”
/Antoine de Saint-Exupéry/*

W dniach 7 – 9 czerwca 2014 roku odbyły się warsztaty językowo - artystyczne o charakterze integracyjnym prowadzone przez międzynarodową grupę The Young Americans. Przedsięwzięcie zostało zrealizowane w ramach projektu International Music Outreach Tours. Organizatorami warsztatów byli: Studenckie Koło Naukowe Pedagogiki Specjalnej, działające przy Instytucie Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie oraz Biuro ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie. Warsztaty odbyły się w budynku głównym Uniwersytetu przy ulicy Podchorążych 2 w Krakowie.

Warsztaty zostały objęte honorowym patronatem Jego Magnificencji Rektora Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie prof. dr hab. Michała Śliwy.

Partnerem warsztatów była firma TAURON Polska Energia Dystrybucja S.A., której składamy serdecznie podziękowania za udzielone wsparcie finansowe.

Dziękujemy Pani dr Małgorzacie Trojańskiej, która uwierzyła w misję Młodych Amerykanów i postanowiła sprowadzić ich na nasz Uniwersytet.

Impreza nie odbyłaby się także bez udziału i pomocy Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie, za co bardzo dziękujemy.

Serdecznie dziękujemy również Pani mgr Ewie Zarzyckiej-Piskorz za pomoc w kwestiach organizacyjnych i wsparcie językowe.

Dziękujemy Panu Posłowi Ireneuszowi Rasiowi za poparcie naszej inicjatywy.

Dziękujemy również panu Tadeuszowi Skibie za przygotowanie smacznego posiłku dla wszystkich uczestników warsztatów.

Serdeczne dziękujemy Pani Patrycji Iwańskiej i Panu Michael’owi Heib’owi za sprowadzenie Młodych Amerykanów do Polski oraz trud włożony w organizację warsztatów.

Dziękujemy również tłumaczom - Paniom Alicji Szurkiewicz oraz Magdalenie Wójcik.

Na koniec dziękujemy wszystkim uczestnikom, wolontariuszom oraz wspaniałej publice.

Warsztaty nie odbyłyby się bez wsparcia tylu wspaniałych osób i instytucji, których ciężka praca, krytyczne uwagi oraz pozytywna energia dostarczała nam inspiracji i motywacji do działania.

The Young Americans

The Young Americans są niedochodową, wolną od podatku instytucją edukacyjną. Grupę założył Milton C. Anderson w 1962 roku w Los Angeles. Początkowo działała tylko na terenie Stanów Zjednoczonych. W 1981 roku odbyło się pierwsze tournée po Europie. Po wielu latach pracy Młodzi Amerykanie stworzyli National Music Outreach Tour, czyli międzynarodowy program, którego celem jest „przywrócenie muzyki do szkół, odkrywanie talentów muzycznych wśród młodych ludzi oraz doświadczenie radości wspólnej pracy” (www.youngamericans.org). Program obejmuje całoroczne, 3-dniowe wizyty w szkołach, podczas których odbywają się warsztaty ogólnokształcące oraz koncert finałowy. Podstawowym celem warsztatów jest przygotowanie inscenizacji, która następnie zostanie wystawiona przed szeroką publicznością na koncercie. Cel ten jest jednak traktowany pobocznie, gdyż intencją Młodych Amerykanów jest przede wszystkim wytworzenie twórczej atmosfery, kształtowanie u uczestników pewności siebie, wiary we własne możliwości oraz stwarzanie sytuacji do przełamania swoich słabości, lęków i odkrycia w sobie potencjału twórczego, a to wszystko na tle uniwersalnego języka muzyki i tańca. Warto jeszcze wspomnieć, że w 2000 roku, w południowej Kalifornii powstała szkoła, posiadająca bogatą ofertę edukacyjną w zakresie sztuk muzycznych - Young Americans College of the Performing Arts.

Fot. 1. Grupa The Young Americans



Źródło: z archiwum P. Trojańskiego

Warsztaty

W warsztatach wzięło udział 50 uczestników, zróżnicowanych wiekowo. Wśród nich były także osoby z niepełnosprawnością ruchową, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby głuche. Trzydniowe warsztaty rozpoczęły się od spotkania Młodych Amerykanów z uczestnikami, którzy powitali Polaków uśmiechem i dobrym słowem. Następnie śpiewająco się przedstawili. W taki oto sposób rozpoczęła się trzydniowa przygoda.

Uczestnicy zostali podzieleni na trzy grupy: alty, sopran i basy. Każda z grup wspierana była przez kilku Młodych Amerykanów, którzy stopniowo uczyli wszystkich tańca i śpiewu poprzez różnego rodzaju zabawy i ćwiczenia. Wszystkiemu towarzyszyła niesamowita, ciepła atmosfera. Każdy czuł się doceniony, zauważony i wyjątkowy.

Kolejny dzień warsztatów rozpoczął się od porannej rozgrzewki przy muzyce. Następnie powtórzono to, czego dotąd się nauczono i rozpoczęto dalszą pracę. Wysoki poziom umiejętności muzyczno – tanecznych oraz trenerskich reprezentowany przez The Young Americans zapewnił bardzo dobrą współpracę i widoczne efekty. Nie obyło się bez niespodzianek. Młodzi Amerykanie zaprezentowali uczestnikom kilka układów wokalnie – muzycznych. Zadbali także o to, aby każdy z uczestników miał swoje „pięć minut” w czasie wielkiego finału, dlatego też wyznaczyli im solowe partie do zaśpiewania lub zatańczenia. Wybór był niezależny od zdolności wokalnych czy umiejętności tanecznych. Najważniejsze było to, aby przełamać swoje własne obawy, wstyd, stres i zrobić coś, czego do tej pory nigdy się nie robiło. Najtrudniejszym zadaniem dla uczestników było właśnie przełamanie własnych barier, wyjście poza schemat, postawienie na spontaniczność i kreatywność. Dało się zauważyć, że właśnie takiej zwykłej spontaniczności brakuje nam na co dzień. Ze względu na to, że w grupie uczestników znajdowały się osoby głuche, których wspierała tłumaczka języka migowego, uznano, że na koniec wszyscy nauczą się migać piosenkę. Każda z trzech grup nauczyła się migać, ale w różnych językach migowych – jedna grupa w Polskim Języku Migowym, druga w angielskim, a trzecia w chińskim. Efekt niesamowity! Jedną piosenkę zaśpiewano w języku angielskim, przy jednoczesnym miganiu w trzech językach migowych! Było to możliwe tylko dzięki The Young Americans, którzy wykazali się ogromną pomysłowością.

Ostatni dzień warsztatów był czasem intensywnej pracy. Powtórzono wszystkie utwory i układy. Po krótkiej przerwie przyszedł czas na wielki finał! Na początek wielka niespodzianka – występ The Young Americans! Piękny koncert na miarę Hollywood! Niezwykła muzyka, śpiew i taniec zachwyciły wszystkich przybyłych gości. Profesjonalne przygotowanie, dbałość o każdy detal oraz niepowtarzalny nastrój sprawiły, że był to niezapomniany występ. Interpretacje znanych utworów zapierały dech w piersiach. Najbardziej wpisało się w pamięć wykonanie utworu „The Circle of Life”, czyli jednej z najbardziej znanych piosenek z filmu „Król Lew”. Połączenie wspaniałego wokalu z tańcem dało niesamowity efekt. Tak pięknej interpretacji tego utworu trudno sobie nawet wyobrazić. Publiczność nagrodziła grupę gromkimi brawami. Po tak niesamowitym show przyszedł czas na wspólny występ The Young Americans i uczestników warsztatów. Młodzi Amerykanie zadbali o to, aby uczestnicy

dokładnie wiedzieli, co powinni robić i aby nie czuli się zagubieni, dlatego wspierali każdego, dyskretnie podpowiadali i pomagali.

Fot. 2. Uczestnicy warsztatów wraz z Młodymi Amerykanami w czasie występu finałowego



Źródło: z archiwum M. Wójcik

Dzięki dobrej współpracy można było zobaczyć efekt trzydniowych warsztatów – wspaniały występ młodszych i starszych osób, pełnosprawnych i z niepełnosprawnością, którzy potrafili przełamać swoje własne obawy, bariery, przełamać schemat i pokazać, na co tak naprawdę je stać. The Young Americans zarazili nas swoim entuzjazmem, radością i spontanicznością.

Fot. 3. Finałowa piosenka wykonana przez uczestników warsztatów w Polskim Języku Migowym



Źródło: z archiwum M. Pakłos

Trudno nawet opisać, jak wielka przemiana dokonana się w wielu uczestnikach oraz czego doświadczyli. Opinie uczestników warsztatów potwierdzają jednak to, że przeżyli niesamowitą przygodę życia, która pozwoliła im się rozwinąć.

Oto wypowiedzi niektórych z nich:

Spotkanie z uczestnikami warsztatów było dla mnie ogromnym przeżyciem. Nie spodziewałem się, że osoby mi obce okażą mi tak ogromną sympatię. Samo spotkanie będzie dla mnie niezapomniane, ponieważ właśnie na tych warsztatach nawiązałem nowe przyjaźnie, które mam nadzieję przetrwają na długie lata. Choć uczestnicy pochodzili tak naprawdę z innych krajów i posługiwali się obcymi językami, to wśród nich nie czułem się jak osoba niepełnosprawna. Również każdemu z uczestników należą się podziękowania za to, jak wiele dali mi i innym radości. Uważam, że takie spotkania nie powinny kończyć się na jednorazowych warsztatach, tylko powinno być ich coraz więcej.

Przemysław

Te chwile były dla mnie naprawdę wzruszające. W końcu uwierzyłam w pełni w swoje możliwości. Ten czas dał mi dużo do myślenia, do zastanowienia się nad sobą i własnym życiem.. Tego nie da się opisać, to trzeba przeżyć!

Sylwia

Ze swojej strony mogę powiedzieć, że było to dla mnie niesamowite doświadczenie i mega przygoda! Miałam okazję po raz pierwszy tłumaczyć na żywo, z czego jestem ogromnie zadowolona. The Young Americans to ludzie pełni pozytywnej energii, którą są w stanie zarazić każdego! Szczere, otwarte, uśmiechnięte osoby, a ich inicjatywa piękna. Z tak „naładowanymi akumulatorami” czekam z niecierpliwością na przyszły rok, bo już za nimi tęsknię!

Magdalena

Było wspaniale. Tego mi właśnie brakowało. Koncert finałowy był bardzo wyczerpujący. Potrzebowałem dużo sił do niektórych układów tanecznych. Na końcu śpiewałem w języku migowym. Wesole okrzyki, płacz ze wzruszenia i przytulania. Nigdy tego nie zapomnę.

Marek

Warsztaty The Young Americans, były najpiękniejszym doświadczeniem, jakie ostatnio przeżyłam. Wspaniali ludzie, otwarci, pogodni i bardzo pomocni. Warsztaty i współpraca z nimi były czystą przyjemnością, a przede wszystkim dobrą zabawą. Nie istniały żadne bariery. Angażowali się ze wszystkich sił i starali się, abyśmy czuli się częścią ich rodziny są cudowni, wrażliwi, utalentowani. Tych cech jest jeszcze bardzo, bardzo dużo. Te warsztaty zapamiętam do końca życia, a w szczególności chłopaka, który opowiedział Nam swoją historię, dla której to właśnie został nauczycielem (The rainbow - Tęcza). Co jeszcze zapamiętam? Swoją występ solowy, nigdy nie śpiewałam, ale dzięki nim niemożliwe stały się możliwe. Zapamiętam też taniec i ich cudowne głosy, pomysł na przedstawienie „Króla lwa”.

Patrycja

Warsztaty zapisały się głęboko w naszych sercach. Zarówno organizatorzy, jak i uczestnicy nie mogą doczekać się kolejnego spotkania z Młodymi Amerykanami. Dzięki nim każdy poczuł się wyjątkową osobą, nie istniały żadne bariery. Aby zrozumieć, na czym polega fenomen prowadzonych warsztatów trzeba wziąć w nich udział i doświadczyć tego, co my przeżyliśmy. Już dziś zapraszamy na kolejne warsztaty w maju 2015 roku!

Fot. 4. Wspólne zdjęcie uczestników warsztatów z The Young Americans w czasie warsztatów



Źródło: z archiwum The Young Americans

Bibliografia

1. Oficjalna strona grupy The Young Americans, źródło: www.youngamericans.org, data dostępu: 28.06.2014.

The report from the lingual and artistic workshops conducted by international group „The Young Americans”

The article presents the report from the workshops with international group „The Young Americans”, which were held at Pedagogical University of Cracow, from 7th to 9th July 2014. The program includes following activities: bringing music into the school, training people in the field of giving performance, developing self-esteem and self-worth, sharing insight among themselves and understanding of other people.