SPECJALNE POTRZEBY EDUKACYJNE

uczniów z niepełnosprawnościami

CHARAKTERYSTYKA, SPECYFIKA EDUKACJI I WSPARCIE

Piotr Plichta, Iwona Jagoszewska
Joanna Gładyszewska-Cylulko, Bernadeta Szczupał
Agnieszka Drzazga, Beata Cytowska

impuls

Piotr Plichta, Iwona Jagoszewska
Joanna Gładyszewska-Cylulko, Bernadeta Szczupał
Agnieszka Drzazga, Beata Cytowska

Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z niepełnosprawnościami

Charakterystyka, specyfika edukacji i wsparcie

impuls

Kraków 2018

© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2017

Recenzent:
dr hab. Andrzej Giryński, prof. APS

Redakcja wydawnicza:
Aleksandra Adamczyk

Opracowanie typograficzne:
Katarzyna Kerschner

Projekt okładki:
Anna M. Damasiewicz

Grafika na okładce:
© Cirodelia | Fotolia.com

Pierwsze wydanie publikacji zostało dofinansowane przez
Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego

ISBN 978-83-8095-313-0

Oficyna Wydawnicza „Impuls"
30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5
tel./fax: (12) 422 41 80, 422 59 47, 506 624 220
www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
Wydanie II, Kraków 2018

Spis treści

Wstęp 9

1. Możliwości zapobiegania i radzenia sobie z przemocą rówieśniczą, w którą zaangażowani są uczniowie z niepełnosprawnościami i innymi specjalnymi potrzebami edukacyjnymi 11
   1.1. Wprowadzenie 11
   1.2. Specjalne potrzeby edukacyjne 14
   1.3. Agresja elektroniczna i cyberbullying 25
   1.4. Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi a przemoc rówieśnicza – wybrane aspekty zapobiegania i interwencji 28
   1.5. Ogólne zasady w działaniach profilaktycznych i interwencyjnych 30
   1.6. Szkoły wobec zaangażowania uczniów z SPE w przemoc rówieśniczą – specyfika działań profilaktycznych i zaradczych realizowanych na poziomie instytucjonalnym 32
   1.7. Wybrane typy specjalnych potrzeb edukacyjnych w kontekście ryzyka zaangażowania w agresję rówieśniczą 36
   1.8. Działania nauczyciela ukierunkowane na jednostkę z SPE 42
   1.9. Zakończenie 46

Bibliografia 48

2. Specyfika pracy z uczniem z niepełnosprawnością intelektualną oraz z zaburzeniami ze spektrum autyzmu 55
   2.1. Niepełnosprawność intelektualna – aspekty definicyjno-klasyfikacyjne 55
   2.2. Charakterystyka rozwoju i funkcjonowania dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną 58
   2.3. Autyzm – terminologia 61

2.4. Specyfika zachowania dzieci i młodzieży z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) ... 64
2.5. Niepełnosprawność intelektualna jako zaburzenie towarzyszące zaburzeniom ze spektrum autyzmu ... 70
2.6. Diagnoza ułatwiająca konstruowanie indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych ... 73
2.7. Specyfika edukacji uczniów z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami ze spektrum autyzmu ... 77
2.8. Metody terapii i wsparcia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami ze spektrum autyzmu ... 80
2.9. Pomoc rodzinie ze strony szkoły – współpraca dla dobra dziecka ... 87

Bibliografia ... 89

3. Edukacja uczniów z uszkodzonym zmysłem słuchu ... 93
3.1. Zmiany w obszarze regulacji prawnych dotyczące uczniów z uszkodzonym słuchem ... 94
3.2. Formy kształcenia uczniów z uszkodzonym słuchem ... 96
3.3. Wybrane pojęcia dotyczące zróżnicowanej grupy osób z uszkodzonym słuchem ... 98
3.4. Przyczyny i konsekwencje uszkodzenia zmysłu słuchu ... 101
3.5. Uwarunkowania psychofizyczne dziecka z uszkodzonym zmysłem słuchu ... 103
3.6. Metody wykorzystywane w komunikacji z uczniem z uszkodzonym słuchem ... 110
3.7. Wspomaganie dziecka z uszkodzonym słuchem w szkole ... 118
3.8. Metody nauczania uczniów z uszkodzonym zmysłem słuchu ... 123

Bibliografia ... 132

4. Uczeń z niepełnosprawnością wzrokową w szkole ogólnodostępnej ... 139
4.1. Kształcenie segregacyjne i integracyjne w Polsce w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością wzrokową ... 139
4.2. Uwarunkowania wzajemnych postaw osób widzących i niepełnosprawnych wzrokowo ... 141
4.3. Specjalne potrzeby osób niewidomych i słabowidzących w kontekście edukacji i możliwości ich zaspokojenia ... 148

Bibliografia ... 155

5. Wspieranie i edukacja dziecka z chorobą przewlekłą 157
5.1. Wprowadzenie 157
5.2. Modele choroby przewlekłej 158
5.3. Choroba przewlekła jako sytuacja trudna 160
5.4. Wsparcie dzieci przewlekle chorych 165
5.5. Dziecko przewlekle chore w roli ucznia 169
5.6. Podsumowanie 172

Bibliografia 173

6. Nauczanie dziecka z niepełnosprawnością ruchową 175
6.1. Podstawowe jednostki chorobowe powodujące niepełnosprawność ruchową 176
6.2. Specyfika nauczania dziecka z niepełnosprawnością ruchową 183
6.3. Dobór właściwego stanowiska pracy 184
6.4. Dostosowanie programu i pomocy dydaktycznych 185
6.5. Wspieranie porozumiewania się – alternatywne formy komunikacji 186
6.6. Współpraca z rodzicami ucznia niepełnosprawnego ruchowo 188

Bibliografia 190

O autorach 193

Wstęp

W związku z upowszechnianiem się obecności uczniów z niepełnosprawnościami, ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w szkolnictwie ogólnodostępnym należy zadbać, by ich obecność była nie tylko widocznym przejawem realizowania idei inkluzji (integracji), ale przede wszystkim stała się pozytywnym doświadczeniem, przynoszącym korzyści zarówno tej grupie dzieci, jak i ich typowo rozwijającym się rówieśnikom. W tym celu musi zostać spełnionych wiele kryteriów natury prawnej, organizacyjnej, społecznej. Podstawowym warunkiem powodzenia włączania szkolnego są jednak kompetencje nauczycieli w zakresie pracy z uczniami o zróżnicowanych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych. Nie jest to zadanie łatwe, więc z oczywistych powodów edukatorzy potrzebują w tym obszarze wsparcia, a przedstawiana książka ma aspiracje stać się jedną z jego form.

Wspomniane wsparcie powinno dotyczyć oddziaływań dydaktycznych (np. o co należy zadbać, pracując z uczniem z konkretnym typem niepełnosprawności), jak również wychowawczych (np. o czym trzeba pamiętać, żeby „inny" uczeń stał się pełnoprawnym członkiem społeczności klasowej i nie był narażony na ryzyko izolacji i stygmatyzacji). Wyniki badań pokazują, że nauczyciele nisko oceniają swoje kompetencje do pracy z uczniami z niepełnosprawnościami, co stało się ważną inspiracją do powstania tej publikacji. Adresujemy ją do szerokiego grona ludzi oraz instytucji, przede wszystkim edukacyjnych, zajmujących się pracą z osobami z niepełnosprawnościami i specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Niniejsze opracowanie prezentuje specyfikę pracy i wsparcia w odniesieniu do uczniów z niepełnosprawnościami, o różnych potrzebach edukacyjnych. Choć każdy z rodzajów niepełnosprawności wymaga nieco innych oddziaływań terapeutyczno-edukacyjnych, to niektóre zjawiska występujące w przestrzeni szkolnej dotykają wszystkich przedstawianych grup. Jednym z nich jest agresja rówieśnicza i przemoc (bullying). Temu tematowi została poświęcona pierwsza część monografii. Osoby z niepełnosprawnościami niekiedy występują w roli agresorów, ale częściej stają się ofiarami. Znajomość mechanizmów agresywnych realizowanych za pomocą nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych (agresja elektroniczna i cyberbullying), a także zasad i praktycznych wskazówek odnośnie

do postępowania profilaktycznego w sytuacji narażenia na przemoc może być pomocna dla pedagogów pracujących z osobami będącymi podmiotem niniejszej publikacji.

W książce przybliżone zostały też zagadnienia dotyczące uczniów z niepełnosprawnością intelektualną oraz z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Poruszono problemy wynikające ze specyfiki funkcjonowania tych dzieci, ujawniające się w sytuacji diagnozy, konstruowania indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych, doboru metod ich edukacji, rehabilitacji i wsparcia. Omówiono również kwestię pomocy rodzinie udzielanej przez szkołę oraz zasady współpracy pomiędzy tymi dwoma rodzajami otoczenia społecznego mającej na celu dobro dziecka.

W dalszej części opracowania przedstawione zostały problemy uczniów z wadami wzroku i słuchu w kontekście działań ułatwiających ich edukację. Przybliżono wątki związane ze zmianami w zakresie regulacji prawnych, a także form kształcenia. Wszystkie problemy omawianych grup analizowano w odniesieniu do specyfiki ich funkcjonowania w różnych sferach rozwoju. Warto podkreślić w tym miejscu, że choć w szkołach ogólnodostępnych populacja osób z niepełnosprawnością wzrokową i słuchową jest liczna (zwłaszcza osób słabowidzących i słabosłyszących), to niewiele publikacji przybliża zagadnienia ich potrzeb w zakresie kształcenia i wychowania. Niniejsza monografia uzupełnia tę lukę, ułatwiając zrozumienie funkcjonowania uczniów z zaburzeniami widzenia i słyszenia. W obliczu trudności edukacyjnych może to sprzyjać efektywnemu wykorzystywaniu konkretnych metod postępowania omówionych w tej publikacji, jak też stymulować pedagogów do wynajdywania własnych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych związanych ze specyficznymi potrzebami edukacyjnymi uczniów z wadami wzroku i słuchu.

W publikacji poruszono również problematykę funkcjonowania dzieci przewlekle chorych w roli uczniów. Choroba przewlekła została tu potraktowana jako sytuacja trudna, wywołująca wiele negatywnych emocji i stanów psychicznych. Jednocześnie podkreślono wartość wsparcia społecznego w minimalizowaniu ograniczeń wynikających z tego rodzaju choroby.

Na zakończenie książki ukazano sylwetkę dziecka z niepełnosprawnością ruchową oraz swoistość jego kształcenia i wychowania, ze szczególnym uwzględnieniem konieczności zaspokajania potrzeby wyrażania siebie i porozumiewania się z innymi poprzez alternatywne i wspomagające formy komunikacji.

Serdecznie zapraszamy do lektury!

Autorzy

1. Możliwości zapobiegania i radzenia sobie z przemocą rówieśniczą, w którą zaangażowani są uczniowie z niepełnosprawnościami i innymi specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

1.1. Wprowadzenie

Radzenie sobie z trudnościami wychowawczymi w klasach o zróżnicowanej strukturze uczniów stanowi poważne wyzwanie dla współczesnej szkoły i pracujących w niej nauczycieli. Jednym z najbardziej charakterystycznych przykładów takiego zróżnicowania jest coraz bardziej powszechna obecność w szkołach ogólnodostępnych uczniów z tzw. specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE), w tym z niepełnosprawnościami, jako widoczny przejaw realizacji idei nauczania we wspólnym nurcie (w szkole ogólnodostępnej).

Udana integracja uczniów odbiegających od normy intelektualnej czy psychospołecznej, coraz częściej określana mianem włączania (inkluzji), to niezwykle złożona i delikatna kwestia. Edukacja takich uczniów w szkołach ogólnodostępnych jest faktem i w związku z realizowaną obecnie polityką edukacyjną państwa[1] należy się spodziewać coraz większego rozpowszechnienia tego zjawiska. Szkoła w budowaniu społeczeństwa wrażliwego na problemy osób niepełnosprawnych, „innych" musi odgrywać kluczową rolę, ale nie można zapominać, że w obszarze tym potrzebuje również znaczącego wsparcia. Takiej szeroko rozumianej pomocy nie powinno się zastępować ideologią „jedynej słusznej drogi"[2], wyrażaną poglądem, iż włączanie zawsze jest lepsze niż szkoła specjalna. Wsparcie musi polegać m.in. na uwzględnianiu treści dotyczących kształcenia specjalnego, pedagogiki specjalnej w trakcie przygotowania i doskonalenia zawodowego nauczycieli. Chodzi o działania sprzyjające pogłębianiu świadomości tego, jak bardzo złożona jest

1 Na przykład działania wynikające z ratyfikacji przez Polskę w 2012 roku Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz.U. z 2012 r., poz. 1169, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120001169 [dostęp: 23.09.2015]).

2 Chodzi tu m.in. o działania władz różnych szczebli w praktyce prowadzące do ograniczenia szkolnictwa specjalnego.

kwestia inkluzji i jakie wyzwania są z nią związane. Inaczej mówiąc, działania i decyzje władz oświatowych mają służyć realnemu wspieraniu nauczycieli w rozwiązywaniu poważnych problemów wychowawczych wynikających z obecności w klasie szkolnej uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Czym jest bullying?[3]

Naukowcy i praktycy zajmujący się problematyką wrogich zachowań młodych ludzi wobec siebie, w szczególności w kontekście środowisk edukacyjnych, stosują w odniesieniu do tego typu zjawisk różne terminy. W literaturze mówi się o agresji, agresji rówieśniczej, agresji szkolnej, przemocy rówieśniczej (*peer-aggression*), mobbingu, bullyingu. Wielu autorów używa tych pojęć zamiennie, inni zaś definiują każde z nich, wyraźnie je odróżniając. Każdy bullying i każda przemoc są agresją. Jednocześnie każdy bullying jest zarówno przemocą, jak i agresją. Z kolei nie każda agresja i przemoc mogą być określane jako bullying.

Najszerszym pojęciem stosowanym w odniesieniu do wrogich zachowań młodych ludzi względem siebie jest „agresja". Bywa ona najczęściej definiowana jako działanie intencjonalne, mające na celu spowodowanie psychicznej lub fizycznej szkody u ofiary[4].

Przy spełnieniu określonych kryteriów agresja może się stać przemocą. Sytuacja taka występuje wówczas, gdy sprawca narusza ważne wartości jednostki w taki sposób, że nie może się ona bronić i ponosi szkody w sferach fizycznej, psychicznej, symbolicznej i materialnej[5]. Nie każda agresja będzie przemocą – zwykle nie mamy z nią do czynienia w przypadku codziennych konfliktów rówieśniczych. Natomiast najbardziej poważna forma przemocy szkolnej przyjmuje postać bullyingu (nękania). Jego definicja wskazuje zwykle na łączne występowanie trzech cech: intencjonalności, powtarzalności i nierównowagi sił.

Pierwsza z tych właściwości – intencjonalność – oznacza, że sprawca lub sprawcy, podejmując wrogie działania wobec ofiary, chcą sprawić jej przykrość lub ją zranić, a w konsekwencji osiągnąć wyższą pozycję w grupie. Drugim ważnym aspektem jest powtarzalność. O bullyingu mówimy wtedy, kiedy sprawcy działają długotrwale, powtarzając akty agresji wobec tej samej ofiary. W związku z tym nie należy uwzględniać sytuacji, w której agresja ma charakter incydentalny lub kiedy pojawi się ona w kontekście jakiegoś pojedynczego zdarzenia (uczniowie mogą przykładowo wyśmiewać kolegę, który jednego dnia słabo grał w piłkę). Kolejną cechą bullyingu jest nierównowaga sił pomiędzy sprawcą (sprawcami) a ofiarą. Sytuacja taka ma miejsce wówczas, gdy osoby atakujące są silniejsze od ofiary, a przynajmniej ofiara postrzega je jako takie. Nie są bullyingiem konflikty, a nawet bójki uczniów o wyrównanym statusie siły, także wtedy, kiedy odbywają się regularnie.

Aby dany rodzaj agresji rówieśniczej określić jako bullying, wszystkie wyżej omówione właściwości muszą występować równocześnie. Zatem chociaż każdy bullying stanowi wyraz agresji rówieśniczej, to nie każda agresja rówieśnicza jest bullyingiem. Bullying może się przejawiać w różnej formie (bullying fizyczny, werbalny, relacyjny, cyberbullying).

---

3 Opracowanie własne na podstawie: J. Pyżalski, *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*, Impuls, Kraków 2012, s. 105–138.

4 E. Aronson, *Człowiek istota społeczna*, tłum. J. Radzicki, WN PWN, Warszawa 1997.

5 J. Mellibruda, *Pułapka nie wybaczonej krzywdy*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1999.

Nauczanie we wspólnym nurcie ma wiele niezaprzeczalnych zalet, zarówno na poziomie ogólnospołecznym, jak i indywidualnym, którym poświęcono sporo miejsca w literaturze przedmiotu[6]. Nie można jednak zapominać o poważnych wyzwaniach, problemach, które – jeśli nie zostaną rozwiązane – mogą skutkować tym, że włączanie stanie się fasadą ograniczoną do fizycznej obecności „innego" dziecka w klasie, a w pewnych okolicznościach będzie powodowało negatywne konsekwencje i to nie tylko dla niego, lecz także dla pozostałych uczniów[7]. Jednym z takich najpoważniejszych wyzwań jest kwestia narażenia na ryzyko stania się ofiarą agresji, a czasem przemocy rówieśniczej, przybierających formę bullyingu[8].

J. Pyżalski[9] podkreśla konieczność odróżniania bullyingu od innych form agresji rówieśniczej, co stanowi warunek zaplanowania skutecznej profilaktyki i interwencji. Zwraca również uwagę na „niedoceniane" w praktyce edukacyjnej zjawisko bullyingu relacyjnego (pośredniego), którego konsekwencje są tak samo poważne, jak w sytuacji doświadczania bullyingu fizycznego czy werbalnego. Bullying werbalny i relacyjny są zjawiskami, które w opinii badaczy występują nawet dwukrotnie częściej niż bullying fizyczny. Szczególnie ważne jest to w przypadku dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, które najczęściej stają się ofiarą właśnie tych pośrednich, bardziej ukrytych (np. ignorowanie, izolowanie), a przez to trudniejszych do zaobserwowania form agresji rówieśniczej.

W grupie uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi często (choć nie zawsze) można mówić o występowania zjawiska nierównowagi sił między nimi a sprawcami, którzy zwykle są silniejsi. Ważne, by przewagi tej nie zawężać jedynie do siły fizycznej sprawcy/sprawców, ponieważ w zależności od typu bullyingu możemy mówić również o przewadze psychologicznej, technicznej.

W szczególnie trudnym położeniu znajdują się osoby, które nie mają odpowiednich kompetencji społecznych pozwalających na uniknięcie lub poradzenie sobie w sytuacji krzywdzenia – do takich w świetle badań należą uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Istnieją przesłanki wskazujące, że większe zagrożenie dla tej grupy młodych ludzi stwarza też przestrzeń cyfrowa (Internet). Konsekwencje, jakie ponoszą ofiary bullyingu, są bardzo poważne, zwłaszcza w odniesieniu do ich zdrowia psychicznego, ale również w szerszym

---

6 Zob. G. Szumski, *Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych. Sens i granice zmiany edukacyjnej*, WN PWN, Warszawa 2012.

7 Więcej informacji na temat negatywnych aspektów inkluzji można znaleźć w: D.R Mock, J.M. Kauffman, *The delusion of full inclusion* [w:] J.W. Jacobson, R.M. Foxx, J.A. Mulick (eds.), *Controversial therapies for developmental disabilities: Fad, fashion, and science in professional practice*, Routledge, New York, s. 113–128.

8 W tekście najczęściej będzie używane pojęcie bullyingu. Zamiennie będą się również pojawiać polskie ekwiwalenty tego słowa – „nękanie" i „dręczenie".

9 J. Pyżalski, *Agresja elektroniczna*..., *op. cit.*

wymiarze, np. spadek szkolnego morale, pogorszenie wyników w nauce. Wyniki badań ujawniają, że osoby doświadczające bullyingu częściej niż niezaangażowani w bullying mają obniżone poczucie własnej wartości, cierpią na depresję, odczuwają lęk społeczny, przejawiają zaburzenia psychosomatyczne, takie jak: problemy ze snem, moczenie nocne, brak apetytu, myśli samobójcze[10].

1.2. Specjalne potrzeby edukacyjne

Ważnym czynnikiem, który utrudnia radzenie sobie z problemami wychowawczymi związanymi z obecnością w szkole uczniów odbiegających od normy psychofizycznej, jest ogromne zróżnicowanie grupy opisywanej jako uczniowie z SPE. Mimo wspólnej, często używanej „etykiety" specjalnych potrzeb edukacyjnych, nie stanowi ona jednorodnej zbiorowości – należą do niej zarówno dzieci wybitnie zdolne, jak i niepełnosprawne intelektualnie. Warto w tym miejscu podkreślić, że „specjalność" potrzeb tych uczniów nie oznacza, iż mają oni inne potrzeby, tylko że w związku z ich trudniejszą sytuacją rozwojową (np. deficytem poznawczym), społeczną (np. mniejszą akceptacją grupy rówieśniczej) należy potrzeby te uznać za bardziej złożone, nasilone i zaspokajane w znacznie mniejszym stopniu.

Pojęcie specjalnych potrzeb edukacyjnych jest kalką anglojęzycznego terminu *special educational needs* (SEN), czasem rozszerzanego i wyodrębniającego niepełnosprawność jako *special emotional needs and disabilities* (SEND), bo nie każde dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi jest osobą z niepełnosprawnością[11] (np. uczeń z ADHD).

W Polsce, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 roku w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psycho-

---

10 Zob. J. Pyżalski, *Agresja elektroniczna...*, *op. cit.*; C. Salmivalli, *Consequences of school bullying and violence*, 2010, http://www.oecd.org/edu/skills-beyond-school/33866604.pdf [dostęp: 13.09.2015].

11 Uczniowie, którzy nie ukończyli 16. roku życia, zaliczani są do osób niepełnosprawnych, jeżeli mają naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną o przewidywanym okresie trwania powyżej 12 miesięcy (z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu), powodującą konieczność zapewnienia całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku. Uczniowie tacy otrzymują orzeczenie o niepełnosprawności. Po przekroczeniu 16. roku życia jest to orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. z 1997 r. nr 123, poz. 776, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19971230776 [dostęp: 13.09.2015]).

logiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach[12], specjalne potrzeby edukacyjne wynikają z konieczności udzielenia pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom polegającej na

> [...] rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia, wynikających w szczególności:
> 1) z niepełnosprawności;
> 2) z niedostosowania społecznego;
> 3) z zagrożenia niedostosowaniem społecznym;
> 4) ze szczególnych uzdolnień;
> 5) ze specyficznych trudności w uczeniu się;
> 6) z zaburzeń komunikacji językowej;
> 7) z choroby przewlekłej;
> 8) z sytuacji kryzysowych lub traumatycznych;
> 9) z niepowodzeń edukacyjnych;
> 10) z zaniedbań środowiskowych związanych z sytuacją bytową ucznia i jego rodziny, sposobem spędzania czasu wolnego i kontaktami środowiskowymi;
> 11) z trudności adaptacyjnych związanych z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanych z wcześniejszym kształceniem za granicą[13].

Z kolei w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 roku w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym[14] wymieniono następujące grupy uczniów wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki i określonych metod pracy:

> [...]
> 1) niepełnosprawnych: niesłyszących, słabosłyszących, niewidomych, słabowidzących, z niepełnosprawnością ruchową, w tym z afazją, z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym, z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, i z niepełnosprawnościami sprzężonymi, zwanych dalej „uczniami niepełnosprawnymi",
> 2) niedostosowanych społecznie,
> 3) zagrożonych niedostosowaniem społecznym[15].

---

12 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 2013 r., poz. 532, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000532 [dostęp: 13.09.2015].

13 *Ibidem*, § 3.1.

14 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym, Dz.U. z 2015 r., poz. 1113, http://dziennikustaw.gov.pl/du/2015/1113/D20150001113 01.pdf [dostęp: 13.09.2015].

15 *Ibidem*, § 1.

Wyróżnia się tu zatem dwa główne typy specjalnych potrzeb edukacyjnych – związane z niepełnosprawnością oraz z niedostosowaniem społecznym i zagrożeniem nim.

Specjalne potrzeby edukacyjne mogą również wynikać z posiadania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, wydawanego na wniosek rodziców przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne[16]. Warto zaznaczyć, że zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem kształcenie specjalne (czyli takie, które wymaga stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy w trakcie roku szkolnego, etapu edukacyjnego albo okresu kształcenia w danej szkole) może być realizowane we wszystkich typach szkół – ogólnodostępnych, integracyjnych i specjalnych. Dla uczniów z takimi orzeczeniami opracowuje się indywidualne programy edukacyjno-terapeutyczne (IPET).

Wyraźnie widać, że to, co potocznie określa się jako specjalne potrzeby edukacyjne, jest kategorią bardzo pojemną i niezwykle wewnętrznie zróżnicowaną. Wynikają z tego liczne konsekwencje mające wpływ na działania zapobiegawcze i interwencyjne w zakresie agresji rówieśniczej. Jako kluczową zasadę w postępowaniu należy za pedagogiką specjalną uznać indywidualizację w podejściu, nie tylko do dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, lecz także do całego kontekstu sytuacji, w której ono uczestniczy. Dotyczy to również spraw związanych z ryzykiem zaangażowania w różne formy agresji rówieśniczej.

Warto się wsłuchiwać w głosy nawołujące do refleksyjnego przyglądania się praktyce włączania, integrowania uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w polskich warunkach. Na przykład zdaniem Z. Gajdzicy[17] środowisko „integracyjne" nie zawsze bywa korzystne dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

> Czują bowiem, że są odrzucani lub w małym stopniu akceptowani, przeżywają osamotnienie, a nawet bywają dręczeni i poniżani[18].

O mechanizmach i konsekwencjach odrzucenia obszernie pisze m.in. M. Deptuła[19].

R. Szczepanik[20] zauważa, że klasa szkolna ucznia z niepełnosprawnością wyznacza mu zarówno role, jak i pozycję społeczną.

---

16 Reguluje to Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, Dz.U. z 2008 r. nr 173, poz. 1072, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20081731072 [dostęp: 23.09.2015].

17 Z. Gajdzica, *O wychowaniu i kształceniu dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych w szkole ogólnodostępnej* [w:] J. Wyczesany, Z. Gajdzica, *Uwarunkowania edukacji i rehabilitacji uczniów o specjalnych potrzebach rozwoju*, WN AP, Kraków 2006, s. 41.

18 *Ibidem*.

19 M. Deptuła, *Odrzucenie rówieśnicze*, WN PWN, Warszawa 2013.

20 R. Szczepanik, *Elementy pedagogiki specjalnej*, WSHE, Łódź 2007.

> Niepełnosprawni najczęściej należą do uczniów kontrowersyjnych, izolowanych, a nawet odrzucanych. Sytuacja taka spowodowana jest m.in. wzrostem znaczenia kryterium atrakcyjności przy doborze przyjaciół i kolegów[21].

Potwierdzają to badania J. Wiener[22], z których wynika, że niemal 40% dzieci uzyskało status izolowanych, a około 18% – odrzuconych. Analiza pozycji socjometrycznej[23] w klasach początkowych szkoły podstawowej ujawniła, że izolacji doświadcza około 38% uczniów z zaburzeniami rozwojowymi, a w klasach starszych jest to 31%. W badaniach A. Maciarz[24] niemal 60% uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi było przezywanych, poniżanych i ośmieszanych ze względu na wygląd zewnętrzny lub swoje zachowania.

Pesymistyczne wnioski wynikają też z badania B. Grzyb[25]:

> Sytuacje społeczne uczniów niepełnosprawnych w środowiskach szkolnym i klasowym w wyniku koegzystencji z pełnosprawnymi rówieśnikami mają zróżnicowaną formę, jednak dominujący charakter tych relacji jest negatywny.

Uzyskane przez B. Grzyb wyniki pozwalają na stwierdzenie, że

> [...] negatywne sytuacje społeczne współdecydują nie tylko o niskim poziomie adaptacji dziecka niepełnosprawnego do grupy szkolnej/klasowej[26],

lecz także przyczyniają się do swego rodzaju porażki, jaką jest rekwalifikacja. Co trzeci z rodziców dzieci rekwalifikowanych (czyli tych, które przeszły ze szkoły integracyjnej do specjalnej) podaje konflikty z rówieśnikami jako ważny powód takiej decyzji.

Warunkiem udanej integracji są oczywiście nauczyciele. Badania K. Bidzińskiego i współpracowników[27] ujawniły niezaspokojone potrzeby pedagogów

---

21 R. Szczepanik, *Elementy pedagogiki...*, *op. cit.*, s. 211.

22 J. Wiener, *The psychiatric comorbidity hypothesis: A response to San Miguel, Forness, Kavale*, "Learning Disabilities Quarterly" 1998, 21(3), s. 195–201.

23 K. Ćwirynkało, *Pozycja socjometryczna uczniów niepełnosprawnych w a postawa nauczycieli wobec integracji* [w:] Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowolska (red.), *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*, Wyd. UMCS, Lublin 2003, s. 269–276.

24 A. Maciarz, *Integracja edukacyjna w świetle oczekiwań i doświadczeń dzieci niepełnosprawnych*, „Szkoła Specjalna" 2003, nr 4.

25 B. Grzyb, *Uwarunkowania związane z przenoszeniem uczniów niepełnosprawnych ze szkół integracyjnych do specjalnych*, Impuls, Kraków 2013, s. 279.

26 *Ibidem*.

27 K. Bidziński, A. Giermakowska, A. Ozga, M. Rutkowski, *Nauczyciele województwa świętokrzyskiego wobec zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów*, 2014, http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=2557:wyniki-bada-zrealizowanych-przez-zesp-z-zakadu-wspomagania-rozwoju-i-edukacji-dziecka-uniwersytetu-jana-kochanowskiego-w-kielcach&id=77:inne&Itemid=1084 [dostęp: 13.09.2015].

w kwestii specjalistycznego wsparcia. Z *Raportu o SPE i kształceniu integracyjnym*[28] wynika konieczność zmiany w organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkole.

> Pomimo coraz liczniejszej grupy pedagogów specjalnych, psychologów i innych specjalistów zatrudnianych w placówkach z oddziałami integracyjnymi, według relacji dyrektorów szkół i przedszkoli często jest ich za mało w stosunku do potrzeb. Jednak obecność tak dużej rzeszy specjalistów umiejscowionych w szkole, blisko ucznia i nauczycieli wskazuje na nowy kierunek zmian w organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej, tak aby uczniowie, nauczyciele i rodzice mogli otrzymać pomoc i wsparcie na terenie szkoły czy przedszkola. Specjaliści powinni stanowić wsparcie dla nauczycieli przedmiotowych w pracy z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych[29].

Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne

Kształcenie specjalne w warunkach inkluzyjnych (ogólnodostępnych) otworzyło drzwi dla wielu dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, ale równocześnie naraziło je na ryzyko stania się ofiarą bullyingu. Ważnym argumentem przemawiającym za potrzebą podejmowania takiego tematu jest to, że w świetle badań wielu nauczycieli negatywnie ocenia swoje kompetencje w zakresie pracy z uczniami z SPE i co za tym idzie – ponad 75% z nich nie chciałoby mieć w swojej klasie dziecka niepełnosprawnego[30], niemal 47% nauczycieli ze szkół integracyjnych nie wykazuje gotowości do pracy z dzieckiem niepełnosprawnym, a 16,7% boi się, że uczeń taki zostanie przyjęty do klasy, w której uczą[31]. Pesymistyczny obraz dopełnia fakt, że w Polsce nie dysponujemy kompleksowymi, reprezentatywnymi badaniami, które pokazywałyby skalę zjawiska zaangażowania w przemoc rówieśniczą uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi[32]. Kolejną bolączką, nie tylko polską, jest to, że istnieje niewiele zidentyfikowanych tzw. dobrych praktyk w dziedzinie zapobiegania i radzenia sobie ze zjawiskiem

---

28 *Raport o SPE i kształceniu integracyjnym*, http://pomocdziecku.um.warszawa.pl/index.php?wiad=143 [dostęp: 13.09.2015].

29 *Ibidem*.

30 J. Sudar-Malukiewicz, *Nauczyciele szkół specjalnych i masowych wobec integracji społecznej osób upośledzonych umysłowo* [w:] A. Maciarz, Z. Janiszewska-Nieścioruk, H. Ochonczenko (red.), *Człowiek niepełnosprawny w rodzinie i w środowisku lokalnym*, LTN, Zielona Góra 2001.

31 J. Wyczesany, *Rola nauczyciela w procesie rewalidacji dzieci i młodzieży o specjalnych potrzebach edukacyjnych* [w:] C. Kosakowski, A. Krauze, S. Przybyliński (red.), *Pomiędzy teorią a praktyką*, Wyd. UWM, Olsztyn 2006.

32 Do nielicznych wyjątków należą badania (choć nie na reprezentatywnej próbie) A. Mikruta (*Stygmat „upośledzenie umysłowe" a ryzyko zostania ofiarą przemocy*, „Szkoła Specjalna" 2007, nr 3) dotyczące narażenia na agresję rówieśniczą uczniów z niepełnosprawnością intelektualną.

agresji i przemocy rówieśniczej, w którą zaangażowani są uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi[33].

Można wyróżnić trzy typy zaangażowania w przemoc rówieśniczą, w której uczestniczą uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W pierwszym sprawcą jest uczeń typowo rozwijający się (tzn. bez SPE), a ofiarą rówieśnik z SPE. Z taką sytuacją najczęściej będziemy mieli do czynienia w szkołach ogólnodostępnych oraz integracyjnych. W drugim „scenariuszu" zarówno sprawca, jak i ofiara są uczniami z SPE. Wariant taki jest możliwy w różnych typach szkół, przede wszystkim specjalnych. W trzecim przypadku sprawcą jest uczeń z SPE, a ofiarą rówieśnik typowo rozwijający się. Podobnie jak w pierwszym omówionym typie, miejscem występowania takiego rodzaju przemocy mogą być głównie szkoły ogólnodostępne, integracyjne. W niniejszej publikacji skupimy się głównie na pierwszym i trzecim typie zaangażowania w przemoc rówieśniczą uwzględniającego uczniów z SPE.

Literatura dotycząca ryzyka zaangażowana uczniów z SPE w agresję rówieśniczą wskazuje na następujące podejścia do tego problemu:

– przekonanie o zwiększonym w przypadku uczniów z SPE ryzyku stania się ofiarą (i jest to najczęstsze stanowisko);
– przekonanie o zwiększonym w przypadku tych uczniów ryzyku stania się zarówno ofiarą, jak i sprawcą;
– stanowisko niejednoznaczne, z którego wynika, że zaangażowanie w agresję i przemoc zależy od innych czynników niż tylko specjalne potrzeby edukacyjne lub ich brak[34].

Z pewnością zaangażowanie w agresję zależy również od innych czynników niż specjalne potrzeby edukacyjne (np. niewłaściwy sposób pracy z grupą uczniów, brak przyjaciół, brak wśród nauczycieli i rodziców świadomości problemu), jednak panuje ogólna zgoda badaczy w kwestii podwyższonego ryzyka wiktymizacji uczniów z poszczególnymi rodzajami specjalnych potrzeb edukacyjnych:

---

33 Jednym z nielicznych przykładów kompleksowego podejścia do rozwiązywania kwestii bullyingu wobec uczniów z niepełnosprawnością jest WSZECHSTRONNY, WIELOPOZIOMOWY MODEL PROFILAKTYKI I INTERWENCJI I. Oha i J.M. Moss (*School bullying of students with special needs: Counseling issues and effective interventions*, "Journal Of Asia Pacific Counseling" 2012, 2(2), s. 147–160). Zgodnie z nim działania muszą być wielostronne (adresowane do jednostek, grup, klas i realizowane na poziomie szkolnym) z uwagi na złożony charakter problemów takich uczniów (np. fizycznych, poznawczych, społecznych). Wielopłaszczyznowym oddziaływaniom kierowanym do różnych odbiorców (np. nauczycieli, rodziców) powinny towarzyszyć zmiany statutowe dotyczące kwestii bullyingu w szkole. Co ważne, w takim ujęciu podejmowane działania powinny być ukierunkowane na zaspokojenie potrzeb możliwie wszystkich uczniów, a nie tylko tych ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

34 P. Plichta, *Przemoc rówieśnicza i uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – uwarunkowania i propozycje rozwiązań profilaktycznych*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka" 2016, nr 15(1).

– z zaburzeniami poznawczymi[35];
– z zaburzenia emocjonalnymi[36];
– z zaburzeniami zachowania[37];
– z niepełnosprawnością fizyczną[38].

W przypadku uczniów z ADHD i z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi (ODD) wykazano większe prawdopodobieństwo stania się zarówno ofiarą, jak i sprawcą bullyingu (*bully-victim*). Taką sytuację należy uznać za szczególnie niekorzystną ze względu na potencjalne konsekwencje dotyczące zdrowia psychicznego takiego ucznia[39].

C. Rose i L.E. Monda-Amaya[40] zauważają dużą ilość badań pokazujących nadreprezentację uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w populacji zaangażowanych w bullying. Byłoby jednak uproszczeniem stwierdzenie, że podział pełno- i niepełnosprawni w całości wyjaśnia zaangażowanie w ten rodzaj agresji rówieśniczej. Rozpowszechnienie bullyingu w grupie dzieci ze specjalnymi

---

35 Zob. m.in.: L. Little, *Middle-class mothers' perceptions of peer and sibling victimization among children with Asperger's syndrome and nonverbal learning disorders*, "Issues in Comprehensive Pediatric Nursing" 2002, 25; A. Kaukiainen, C. Salmivalli, K. Lagerspetz, M. Tamminen, M. Vauras, H. Mäki, E. Poskiparta, *Learning difficulties, social intelligence, and self-concept: Connections to bully-victim problems*, "Scandinavian Journal of Psychology" 2002, 43(3), s. 269–278.

36 Zob. m.in.: A. West, G. Salmon, *Bullying and depression: A case report*, "International Journal of Psychiatry in Clinical Practice" 2000, 4(1), s. 73–75; F.L. Coolidge, J.W. DenBoer, D.L. Segal, *Personality and neuropsychological correlates of bullying behavior*, "Personality and Individual Differences" 2004, 36, s. 1559–1569; M. Fekkes, F.I.M. Pijpers, A.M. Fredriks, T. Vogels, S.P. Verloove-Vanhorick, *Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms*, "Pediatrics" 2006, 117(5), s. 1568–1574.

37 Zob. np.: K. Kumpulainen, E. Räsänen, K. Puura, *Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying*, "Aggressive Behavior" 2001, 27(2), s. 102–110; J.D. Unnever, D.G. Cornell, *Bullying, self-control, and ADHD*, "Journal of Interpersonal Violence" 2003, 18(2), s. 129–147.

38 Zob. np.: L.J. Griffiths, D. Wolke, A.S. Page, J.P. Horwood, ALSPAC Study Team, *Obesity and bullying: Different effects for boys and girls*, "Archives of Disease in Childhood" 2006, 91(2), s. 121–125; K. Kumpulainen, E. Räsänen, K. Puura, *Psychiatric disorders...*, *op. cit.*; J. Horwood, A. Waylen, D. Herrick, C. Williams, D. Wolke, *Common visual defects and peer victimization in children*, "Investigative Ophthalmology & Visual Science" 2005, 46(4), s. 1177–1181.

39 Więcej o problemie ofiar-sprawców można znaleźć m.in. w: E.V. Kelly, N.C. Newton, L.A. Stapinski, T. Slade, E.L. Barrett, P.J. Conrod, M. Teesson, *Suicidality, internalizing problems and externalizing problems among adolescent bullies, victims and bully-victims*, "Preventive Medicine" 2015, 73, s. 100–105; D.E. Jansen, R. Veenstra, J. Ormel, F.C. Verhulst, S.A. Reijneveld, *Early risk factors for being a bully, victim, or bully/victim in late elementary and early secondary education. The longitudinal TRAILS study*, „BMC Public Health" 2011, 11, 440.

40 C.A. Rose, L.E. Monda-Amaya, *Bullying and victimization among students with disabilities: Effective strategies for classroom teachers*, "Intervention in School and Clinic" 2012, 48(2), s. 99–107.

potrzebami edukacyjnymi ma jednak szeroki zasięg. Według danych z „Archives of Disease in Childhood"[41] (2006) 60% uczniów niepełnosprawnych było ofiarą bullyingu w porównaniu z 25% rówieśników z populacji generalnej. Z kolei z analizy biorącej pod uwagę 10 badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, koncentrujących się na bullyingu i zaburzeniach rozwojowych, wynika, że grupa ta była dwa do trzech razy bardziej narażona na stanie się ofiarą niż uczniowie typowo rozwijający się. Co więcej, w przypadku uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi agresja miała bardziej chroniczny charakter i była bezpośrednio związana z ich niepełnosprawnością[42].

Istnieje znacznie więcej wyników badań ilustrujących trudną szkolną sytuację uczniów z niepełnosprawnościami (m.in. w zakresie narażenia na bullying). Na przykład 75% matek dzieci z zespołem Aspergera przyznało, że ich dziecko zostało uderzone przez rówieśników lub rodzeństwo i było dręczone emocjonalnie[43], a w badaniach D. Thompsona, I. Whitney i P.K. Smitha[44] 100% niesłyszących uczniów stało się ofiarą, a 50% również sprawcami bullyingu. Są to więc wyniki, które powinny budzić niepokój i potrzebę podejmowania stosownych działań.

Zarówno nauczyciele, jak i uczniowie z placówek inkluzyjnych[45] wskazują uczniów niepełnosprawnych jako częstsze ofiary bullyingu. Wyniki takie znajdują potwierdzenie również w innych analizach[46]. Należy jednak zauważyć, że uczniowie i nauczyciele różnią się pod względem szacowania rozmiarów zjawiska (zdaniem uczniów do takich sytuacji dochodzi niemal trzykrotnie częściej, niż wskazują nauczyciele). A. Ellis i R. Shute[47] zauważają, że być może dzieje się tak dlatego, iż nauczyciele reagują na fizyczne, widoczne wrogie działania, a nie rozpoznają np. bullyingu pośredniego.

Warto w tym miejscu zasygnalizować, że w przypadku uczniów z SPE problemem bywa również sprawstwo lub przyjmowanie roli zarówno sprawcy, jak i ofiary (*bully-victim*). Taką sytuację należy uznać za wyjątkowo niekorzystną,

---

41 L.J. Griffiths, D. Wolke, A.S. Page, J.P. Horwood, ALSPAC Study Team, *Obesity and bullying...*, *op. cit.*, s. 121–125.

42 *Walk a mile in their shoes. Bullying and the child with special needs. A Report and Guide from AbilityPath.org*, 2011, http://abilitypath.org/wp-content/uploads/2015/11/walk-a-mile-in-their-shoes.pdf [dostęp: 21.03.2017].

43 L. Little, *Middle-class...*, *op. cit.*, s. 43–57.

44 D. Thompson, I. Whitney, P.K. Smith, *Bullying of children with special needs in mainstream schools*, „Support for Learning" 1994, 9(3), s. 103–106.

45 Szkoły specjalne również nie są wolne od bullyingu, ale aspekt nierównowagi sił w przypadku relacji uczeń niepełnosprawny – uczeń pełnosprawny ma zupełnie inny charakter.

46 D. Nabuzoka, *Teacher ratings and peer nominations of bullying and other behaviour of children with and without learning difficulties*, "Educational Psychology" 2003, 23(3), s. 307–321; D. Nabuzoka, P.K. Smith, *Sociometric status and behaviour of children with and without learning difficulties*, "The Journal of Child Psychology and Psychiatry" 1993, 34(8), s. 1435–1448.

47 A.A. Ellis, R. Shute, *Teacher responses to bullying in relation to moral orientation and seriousness of bullying*, „British Journal of Educational Psychology" 2007, 77(3), s. 649–663.

gdyż w świetle badań grupa ta jest szczególnie narażona na ryzyko występowania poważnych trudności w sferze zdrowia psychicznego. Praktyczną przesłanką powinno być zatem poświęcenie tym uczniom bardzo dużo uwagi.

Często podkreśla się, że widoczność niepełnosprawności, czy to fizycznej, czy intelektualnej, zwiększa ryzyko stania się ofiarą bullyingu. Sami uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, którzy w pewnych sytuacjach reagują agresywnie wobec innych, nierzadko są postrzegani jako sprawcy, a zarazem ofiary (*bully-victim*) bullyingu, podczas gdy w rzeczywistości próbują się chronić w sposób zgodny z ich ograniczonym repertuarem sprawności społecznych[48]. C.A. Rose i współpracownicy[49] zauważają, że te same właściwości, które przyczyniają się do stawania się ofiarą, prowadzą również do sprawstwa. W przypadku uczniów z niepełnosprawnościami sprawstwo bywa często wyuczoną reakcją na przedłużające się, powtarzające stawanie się ofiarą.

Trudniejsza sytuacja i podwyższone ryzyko wiktymizacji nie dotyczą tylko kontekstu szkolnego. Osoby z niepełnosprawnościami są bardziej narażone na ryzyko krzywdzenia także w innych sytuacjach i kontekstach, np. dzieci z niepełnosprawnością intelektualną (w tym dzieci z problemami w uczeniu się, jak też trudnościami komunikacyjnymi) są dwa do trzech razy bardziej narażone na ryzyko wykorzystania (w tym o charakterze seksualnym).

Badania przeprowadzone wśród nauczycieli wspomagających, pracujących w szkołach integracyjnych województwa łódzkiego[50], ujawniły, że niemal każdy nauczyciel wspomagający zna przykłady agresji rówieśniczej wobec dzieci z orzeczeniami o potrzebie kształcenia specjalnego, w tym co piąty mówi o agresji elektronicznej, realizowanej za pomocą telefonów komórkowych, komputerów. W większości akty te wiązały się z publikacją wizerunku ofiary, co potencjalnie stanowi o dodatkowych kosztach psychospołecznych. Około połowa nauczycieli potwierdza występowanie zjawiska bullyingu, czyli systematycznie, intencjonalnie realizowanej agresji wobec niepełnosprawnych uczniów. Podejmowane przez szkoły działania zaradcze należy ocenić jako mało skuteczne, często reaktywne – podejmowane przeważnie w sytuacji wystąpienia bullyingu. Z kolei badanie pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych[51], czyli instytucji powoła-

---

48 J.W. Maag, A. Katsiyannis, *Bullying and students with disabilities: Legal and practice considerations*, "Behavioral Disorders" 2012, 37(2), s. 78–86.

49 C.A. Rose, D.L. Espelage, L.E. Monda-Amaya, K.A. Shogren, S.R. Aragon, *Bullying and middle school students with and without specific learning disabilities: An examination of social-ecological predictors*, "Journal of Learning Disabilities" 2015, 48(3), s. 239–254.

50 P. Plichta, M. Olempska-Wysocka, *Narażenie na agresję rówieśniczą niepełnosprawnych uczniów szkół integracyjnych w relacjach nauczycieli wspomagających*, „Studia Edukacyjne" 2013, nr 28, s. 169–189, https://repozytorium.amu.edu.pl/jspui/bitstream/10593/11563/1/169-190.pdf [dostęp: 13.09.2015].

51 P. Plichta, M. Olempska-Wysocka, *Agresja rówieśnicza wobec uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w relacjach pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych*, „Studia Edukacyj-

nych m.in. do wspierania zarówno uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, jak i pracujących z nimi pedagogów, potwierdziło oraz uzupełniło obraz wyłaniający się z badania nauczycieli wspomagających. Większość pracowników poradni zna przypadki agresji rówieśniczej, w tym bullyingu, ale znajomość ta rzadko wynika ze zgłoszeń do poradni. Częściej źródłem wiedzy są nieformalne, indywidualne kontakty, własna obserwacja, czy też dzieje się to „przy okazji", np. podczas rozmowy z rodzicem. Uwagę zwraca dość pesymistyczna ocena działań poradni (w tym opinie o przeciwskuteczności). Innym ciekawym wątkiem jest często podkreślany przez pracowników poradni prowokujący udział dzieci z SPE w powstawaniu agresji rówieśniczej.

Badania prowadzone w szkołach specjalnych województwa łódzkiego[52] pokazują, że co czwarty rodzic i jego dziecko mają doświadczenia związane z nauką w warunkach szkoły integracyjnej lub ogólnodostępnej. W każdym przypadku, zdaniem respondentów, było to doświadczenie negatywne. W wywiadach rodzice dzieci z niepełnosprawnością mówili na przykład:

> *Nie. Przechodziłam ten etap. Jednak nie. Te dzieci potrzebują więcej czasu. W tamtych szkołach nauczyciele nie są przygotowani do takich dzieci* (R63, SP, IL)[53].

Zdarzały się również wypowiedzi w podobnym duchu, ale wyrażane jeszcze bardziej emocjonalnie:

> *W przedszkolu integracyjnym wszystko było nie tak* [...]. *Przede wszystkim zdrowe dzieci się liczyły.* [...] *Nasze dzieci nie miały prawa bytu* (R44, SP, AS)[54].

> *Jak poszła do 3 klasy, to się wszystko zmieniło i już nie była tolerowana, mieli swoje tematy i ją lekceważyli, ona tego nie rozumiała. Zdarzały się sytuacje, że ją gnębili* (R22, G, IGS)[55].

> [...] *on już był w szkole masowej. Pani wychowawczyni traktowała go jak zwierzę. Wolałabym, żeby nikt nie przeżył tego, co my przeżyliśmy w tamtej szkole* (R19, G, IL)[56].

---

ne" 2014, nr 33, s. 201–225, https://repozytorium.amu.edu.pl/jspui/bitstream/10593/13621/1/SE%2033_2014_Piotr_Plichta_Magdalena_Olempska_Wysocka.pdf [dostęp: 13.09.2015].

52 J. Pyżalski, D. Podgórska-Jachnik (red.), *Badanie potrzeb i satysfakcji z wybranych usług skierowanych do rodzin z dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością w wieku 8–16 lat. Raport końcowy*, zrealizowany przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, RCPS, Łódź 2015.

53 *Ibidem*, s. 92.

54 *Ibidem*, s. 93.

55 *Ibidem*.

56 *Ibidem*, s. 92.

We wspomnianych badaniach uwagę zwraca również całkowity brak preferencji wśród rodziców dzieci z niepełnosprawnościami opcji integracyjnej/inkluzyjnej[57].

Na fasadową czasem integrację i gorszą pozycję społeczną zarówno dzieci z niepełnosprawnościami, jak i ich rodziców w życiu społeczności szkolnej wskazują badania G. Mikołajczyk-Lerman[58]. Z wywiadów indywidualnych i prowadzenia grup fokusowych z młodymi ludźmi ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wynika, że ich zapotrzebowanie na różnego rodzaju wsparcie (w uczeniu się i społeczne) realizuje się w większym stopniu w szkołach specjalnych niż w ogólnodostępnych. Powracającą kwestią jest przyjaźń, która stanowi silny modyfikator sytuacji dziecka w szkole[59].

W obrębie omawianego zjawiska mamy do czynienia z pewnymi charakterystycznymi prawidłowościami. Na przykład na podstawie przeglądu międzynarodowego piśmiennictwa można zauważyć powtarzający się wniosek, że większość działań profilaktycznych w obszarze bullyingu nie uwzględnia specyfiki niepełnosprawności. Uczniowie i nauczyciele znacznie różnią się pod względem wskazywania rozmiarów problemu – ci ostatni w porównaniu z młodzieżą nie doszacowują częstotliwości występowania zjawiska krzywdzenia uczniów odbiegających od normy rozwojowej. Praktycznym wnioskiem wynikającym z tej obserwacji jest regularne badanie opinii uczniów na temat rozpowszechnienia omawianego zjawiska. Uczniowie z bardziej „popularnymi" specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (np. uczniowie z trudnościami w uczeniu się, z zaburzeniami zachowania) częściej niż uczniowie z rzadszymi postaciami zaburzeń (np. z zespołem Aspergera czy z niepełnosprawnością intelektualną) są również sprawcami bullyingu.

Jak już zostało podkreślone, zrozumienie zjawiska bullyingu wśród uczniów niepełnosprawnych wymaga więcej niż prostego dychotomizowania pełnosprawny – niepełnosprawny. Oprócz samej niepełnosprawności znaczenie mają także inne czynniki, np.: jej widoczność, głębokość, środowisko szkolne, otrzymywane wsparcie, właściwości osobiste. Na przykład, co ciekawe, według niektórych badaczy uczniowie z bardziej widocznymi niepełnosprawnościami są mniej narażeni na stanie się ofiarą bullyingu niż ci z bardziej ukrytymi trudnościami, np. natury poznawczej[60]. Czasami badania pokazują, że to nie niepełnosprawność była przyczyną krzywdzenia, ale inne czynniki, takie jak problemy emocjonalne

57 Chodzi tu o odpowiedź rodziców na pytanie, czy chcieliby, żeby ich dzieci uczyły się razem z pełnosprawnymi rówieśnikami.

58 G. Mikołajczyk-Lerman, *Między wykluczeniem a integracją. Realizacja praw dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny. Analiza socjologiczna*, Wyd. UŁ, Łódź 2013.

59 A. Prunty, M. Dupont, R. McDaid, *Voices of students with special educational needs (SEN): Views on schooling*, "Support for Learning" 2012, 27(1), s. 29–36.

60 S.M. Swearer, C. Wang, J.W. Maag, A.B. Siebecker, L.J. Frerichs, *Understanding the bullying dynamic among students in special and general education*, "Journal of School Psychology" 2012, 50(4), s. 503–520.

czy interpersonalne[61]. Trudno jednak w tym miejscu nie zauważyć, że ich występowanie w przypadku niepełnosprawności wydaje się bardzo często naturalną konsekwencją doświadczania zwiększonych trudności.

1.3. Agresja elektroniczna i cyberbullying

Badania na temat zaangażowania uczniów z niepełnosprawnościami i innymi typami specjalnych potrzeb edukacyjnych w zachowania dysfunkcjonalne są w bardzo wstępnej fazie. Równie ograniczona jest wiedza na temat kontekstu krzywdzenia „cyfrowego" (zaangażowania uczniów z SPE w agresję i przemoc z wykorzystaniem nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych, takich jak telefon komórkowy, tablet, komputer podłączone do internetu). Przykładem nielicznych badań w tym zakresie jest analiza rozpowszechnienia agresji elektronicznej wśród uczniów z niepełnosprawnością intelektualną[62]. Wynika z niej, że 53% uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną przynajmniej jeden raz użyło nowych mediów do wyładowania agresji, a 65% uczniów przynajmniej jeden raz stało się jej ofiarą. Rozpowszechnienie cyberbullyingu, czyli sytuacji powtarzalnego krzywdzenia za pomocą nowych mediów, wynosiło 15% próby w przypadku sprawców i 20% w przypadku ofiar. Jest to zatem zjawisko znaczące.

Najczęściej w literaturze podejmuje się wątek dydaktycznego oraz wspomagającego (*assistive technology*) komunikację i rehabilitację wykorzystania komputerów, internetu czy innych urządzeń opartych na nowoczesnych technologiach informacyjno-komunikacyjnych[63]. Wyraźnie niedowartościowana jest zaś analiza nowych mediów pod kątem używania ich przez dzieci i młodzież w czasie wolnym, zastosowania w wymiarze socjalizacyjnym, co do pewnego stopnia można potraktować jako zainteresowanie nowymi mediami w kontekście swego rodzaju „nowego podwórka"[64]. Nie zapominając o ogromnych szansach i nadziejach, jakie

---

61 S. Reiter, N. Lapidot-Lefler, *Bullying among special education students with intellectual disabilities. Differences in social adjustment and social skills*, "Intellectual and Developmental Disabilities" 2007, 45(3), s. 174–181.

62 P. Plichta, *Rozpowszechnienie* cyberbullyingu *i innych form agresji elektronicznej wśród uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną*, „Niepełnosprawność. Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania" 2015, nr 1, http://www.pfron.org.pl/download/5/575/06PiotrPlichta.pdf [dostęp: 13.09.2015].

63 *Information and Communication Technology* (ICT) – w Polsce często określane jako technologie informacyjno-komunikacyjne (TIK). Zamiennie, choć nie do końca precyzyjnie, bywa używane pojęcie nowych mediów.

64 P. Plichta, *Uczniowie niepełnosprawni intelektualnie jako ofiary i sprawcy agresji rówieśniczej – kontekst edukacyjny* [w:] J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne – podręcznik metodyczny*, WSP – Centrum Badań Behawioralnych Uniwersytetu Stavanger, Łódź 2010, https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/5514/4/Bullying_a_specjalne_potrzeby%20edukacyjne.pdf [dostęp: 13.09.2015].

powinniśmy wiązać z korzystaniem przez uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi z nowoczesnych technologii, warto pamiętać o potrzebie ochrony przed różnego rodzaju sytuacjami ryzykownymi związanymi z obecnością w świecie *online* osób, które w rzeczywistości *offline* są tzw. łatwymi, bezpiecznymi dla sprawcy ofiarami[65].

Jak już wspomniano, liczne badania wskazują na podwyższone (zwykle mówi się, że kilkukrotnie) w wypadku osób niepełnosprawnych ryzyko stania się ofiarą agresji. Powstaje zatem ważne pytanie: czy ta zwiększona podatność na zranienie (*vulnerability*) może występować również w rzeczywistości sieciowej?

Jednym z typów agresji elektronicznej jest AGRESJA WOBEC POKRZYWDZONYCH (m.in. alkoholików, bezdomnych, niepełnosprawnych, chorych psychicznie), którą J. Pyżalski[66] opisuje jako wrogie działanie polegające na utrwalaniu i rozpowszechnianiu za pomocą internetu lub telefonów komórkowych wizerunku i zachowań, do których ofiary (często nieświadome kontekstu sytuacji) mogły być sprowokowane.

> *Na początku roku była sytuacja, kiedy to rówieśnicy nagrali „ofiarę"* [...] *podczas tańca wykonywanego przez nią – taniec był ekspresyjny, „zabarwiony erotycznie". Film ten trafił do Internetu* (W17)[67].

Ten rodzaj agresji elektronicznej współwystępuje więc z jej tradycyjną odmianą (np. fizyczne dręczenie kogoś słabszego zostaje nagrane i umieszczone w sieci). Analogicznie do tradycyjnego (*offline*) środowiska, nie każdy pojedynczy akt agresji elektronicznej może być określony jako cyberbullying (mobbing elektroniczny), choć warto zauważyć, że z właściwości nowych mediów (m.in. łatwa kopiowalność) wynika, iż czasami wystarczy jeden akt agresji, by krzywdzenie nabrało powtarzalnego charakteru, przed którym trudno jest się bronić, nawet jeśli sprawca nie miał takich intencji[68].

S. Livingstone i T. Palmer[69] zauważają, że osoby „podwyższonego ryzyka" w świecie *offline* są również bardziej narażone na niebezpieczeństwa związane z obecnością w świecie nowych mediów. Zdaniem badaczy dotyczy to zwłaszcza dzieci, których rodzice nie posiadają wiedzy i umiejętności odnośnie do korzysta-

---

65 C. Williams, *Invisible victims. Crime and abuse against people with learning disabilities*, Jessica Kingsley, London 1995.

66 J. Pyżalski, *Polscy nauczyciele i uczniowie a agresja elektroniczna – zarys teoretyczny i najnowsze wyniki badań* [w:] M. Jędrzejko, D. Sarzała (red.), *Człowiek i uzależnienia*, AH im. Aleksandra Gieysztora, ASPRA-JR, Pułtusk – Warszawa 2010, s. 103–106.

67 Z wywiadu przeprowadzonego z nauczycielem wspomagającym, za: P. Plichta, M. Olempska-Wysocka, *Narażenie na agresję...*, *op. cit.*, s. 179.

68 Więcej na ten temat można znaleźć w pracach J. Pyżalskiego, np.: *Agresja elektroniczna...*, *op. cit.*

69 S. Livingstone, T. Palmer, *Identifying vulnerable children online and what strategies can help them. Report of a seminar arranged by the UKCCIS Evidence Group on 24th January, 2012*, LSE, London 2012.

nia z internetu, dzieci z zaburzeniami w zachowaniu, z problemami psychicznymi oraz pochodzących z mniejszości etnicznych.

Wyjątkowa atrakcyjność świata nowych mediów (oraz wszystkie zagrożenia i szanse z tym związane) dla uczniów z SPE wynika m.in. z interakcji między właściwościami środowiska elektronicznego a specyfiką funkcjonowania, potrzebami, cechami charakterystycznymi dla tej grupy. W tabeli 1 (oczywiście z zastrzeżeniem nieuchronnych uproszczeń, gdyż w przypadku wielu dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi nie zawsze będzie to miarodajne) przedstawiono pewne charakterystyki dotyczące funkcjonowania uczniów z SPE *offline* i to, jak właściwości świata nowoczesnych technologii wychodzą im naprzeciw.

Tabela 1. Zestawienie specyfiki funkcjonowania dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w środowisku tradycyjnym (*offline*) i środowisku cyfrowym

Funkcjonowanie w środowisku *offline*	Funkcjonowanie w środowisku cyfrowym
Brak poczucia sprawstwa i kontroli	Stosunkowo łatwe wywoływanie zmian
Ufność, łatwowierność	Nieograniczona/niewidzialna publiczność
Brak sukcesów	Natychmiastowa gratyfikacja
Słabość, zależność	Poczucie kontroli, mocy (np. w grach komputerowych)
Trudności w zagospodarowaniu czasu wolnego	Łatwe wypełnianie czasu wolnego, sposób na nudę
Labilność emocjonalna	Tendencja do podejmowania ryzykownych decyzji

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 2 zamieszczono wybrane wyniki badań empirycznych prowadzonych wśród młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Badania dotyczyły aktywności z użyciem nowych mediów w czasie wolnym.

Tabela 2. Wybrane wyniki badań nad korzystaniem z nowych mediów przez uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną w czasie wolnym

Agresja elektroniczna – wiktymizacja	65% respondentów co najmniej raz w życiu doświadczyło przynajmniej jednej nieprzyjemnej sytuacji przez internet lub telefon komórkowy. Najczęstszą formą wiktymizacji elektronicznej było otrzymanie przykrego SMS-a (43%). Według badanych sprawcami byli ich przyjaciele/przyjaciółki (21% zdarzeń)
Agresja elektroniczna – sprawstwo	Ponad połowa badanych uczniów (53%) przyznała, że co najmniej raz w życiu była sprawcą nieprzyjemnej dla innych sytuacji z użyciem komputera lub telefonu komórkowego. Najczęstszą formą realizacji agresji elektronicznej było wysłanie przykrego SMS-a (34%). Według badanych ofiarami najczęściej byli ich przyjaciele/przyjaciółki (23% zdarzeń)

Tabela 2. Wybrane wyniki badań nad korzystaniem z nowych mediów... cd.

Cyberbullying	Co piąty badany uczeń był sprawcą cyberbullyingu (dla porównania – w grupie uczniów ze szkół ogólnodostępnych[67] wynik ten wyniósł 12,67%). Spośród badanych młodych ludzi 15% stało się ofiarą tej formy agresji elektronicznej (w grupie uczniów ze szkół ogólnodostępnych – 25,61%)
Kontekst rodzinny	W wypowiedziach niemal 80% respondentów, pytanych wprost o udział rodziców w ich aktywnościach *online*, rodzina nie pojawia się wcale – zarówno w kontekście wspólnego korzystania, jak i biernego nadzoru czy ustalania bądź egzekwowania norm korzystania z komputera
Rozumienie niebezpieczeństw	Częste ograniczanie ryzyka związanego z korzystaniem z nowych mediów do zagrożeń o charakterze technicznym (np. awaria sprzętu, porażenie prądem, wirusy komputerowe). Wskazywanie, że korzystanie z nowych mediów może powodować trudności w zakresie myślenia abstrakcyjnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie P. Plichta, *Młodzi użytkownicy nowych mediów z niepełnosprawnością intelektualną. Między korzyściami i zagrożeniami*, „Dziecko Krzywdzone" 2013, t. 12, nr 1, s. 129, http://dzieckokrzywdzone.fdn.pl/sites/default/files/file/kwartalnik/Vol_12_Nr_1_42/Plichta_P_2013_Mlodzi_uzytkownicy_nowych_mediow.pdf [dostęp: 13.09.2015].

Funkcjonowanie *offline* i *online* nie są rozłącznymi zjawiskami, tylko dwoma aspektami tej samej rzeczywistości. Bardzo często zdarza się, że dysfunkcjonalnemu korzystaniu z internetu towarzyszą również trudności w działaniu poza nim. Używanie nowych mediów jest ściśle związane z kontekstem społecznym oraz cechami, wartościami i potrzebami jednostki. W praktyce oznacza to potrzebę zwracania uwagi na funkcjonowanie ucznia zarówno w tradycyjnym, jak i cyfrowym środowisku.

1.4. Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi a przemoc rówieśnicza – wybrane aspekty zapobiegania i interwencji

Trudności w radzeniu sobie przez współczesną szkołę z przemocą rówieśniczą angażującą uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wynikają z wielu czynników. Na pierwszym miejscu można wymienić wszystkie trudności i błędy dotyczące zapobiegania i rozwiązywania takich problemów, nawet wtedy gdy nie dotyczą uczniów posiadających orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Zaliczyć do

70 Ogólnopolskie reprezentatywne badania młodzieży gimnazjalnej (N = 2143) – zob. J. Pyżalski, *Agresja elektroniczna...*, *op. cit.*

nich można np. przewagę działań reaktywnych nad zapobiegawczymi, ograniczanie się do ukarania sprawcy, niechęć do ujawniania zaistniałych incydentów[71].

W świetle badań[72] działania profilaktyczne mają ograniczony wpływ z uwagi na swoją „odświętność", wspomnianą już reaktywność (podejmowanie ich dopiero wtedy, kiedy coś poważnego się wydarzy) i brak całościowej wizji zjawiska przemocy rówieśniczej. W opiniach badanych pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych wyizolowane działania, które sami podejmują, nie przynoszą pożądanych rezultatów. W przypadku wystąpienia bullyingu w klasie szkolnej często przeprowadza się jednorazowe zajęcia grupowe poświęcone temu „wydarzeniu". Jednak wiedza na temat profilaktyki i działań zaradczych dotyczących przemocy w szkole wskazuje na potrzebę uwzględniania wielu powiązanych ze sobą elementów.

Uważam pogląd, że zajęcia grupowe załatwiają problem agresji, za błędny, bo jeśli są kierowane do wszystkich w jednakowym stopniu, to znaczy, że są kierowane do nikogo (W5)[73].

Czy zatem można się pokusić o stwierdzenie, że w pewnych przypadkach profilaktyka może szkodzić? Wydaje się, że tak, i właśnie z tego powodu należy pogłębiać wiedzę dotyczącą skutecznych interwencji o charakterze społecznym, zamiast stosować „rytualne" sposoby, takie jak pogadanki czy zaproszenie policjanta.

Pogadanki, np. z policją czy kimś innym na terenie szkoły, moim zdaniem przynoszą czasem wręcz odwrotny skutek, bo potencjalny agresor namacalnie odczuwa niemoc tych instytucji wobec patologicznych zjawisk. Przyjdzie kto, pogada sobie i nic nie może zrobić (W8)[74].

Oczywiście nie chodzi o to, by dezawuować takie środki, jednak powinny one być elementem całościowej strategii, a nie wyspami na morzu bezradności, nieskutecznymi w szerszym wymiarze, ale znakomicie nadającymi się do „odhaczenia" w spisie podejmowanych aktywności.

---

71 P. Plichta, *Przemoc rówieśnicza...*, *op. cit.*, s. 33–34.

72 P. Plichta, M. Olempska-Wysocka, *Agresja rówieśnicza wobec uczniów...*, *op. cit.*, s. 201–225.

73 Z wywiadu przeprowadzonego z pracownikiem poradni psychologiczno-pedagogicznej, za: *ibidem*, s. 214.

74 Z wywiadu przeprowadzonego z pracownikiem poradni psychologiczno-pedagogicznej, za: *ibidem*.

1.5. Ogólne zasady w działaniach profilaktycznych i interwencyjnych

Ponieważ większość znanych działań profilaktycznych w obszarze bullyingu nie uwzględnia specyfiki niepełnosprawności, specjalnych potrzeb edukacyjnych[75], szkoły najczęściej potrzebują wsparcia w tym obszarze. Warto zatem dokonać przeglądu zasad, przesłanek, które powinno się wziąć pod uwagę w sytuacji konstruowania i realizacji działań profilaktycznych oraz zaradczych. Działania antybullyingowe w przypadku uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi powinny się inspirować znanymi i stosowanymi zasadami postępowania w tym zakresie, m.in. zawartymi w programach o sprawdzonej skuteczności (np. ZERO[76], KiVa[77]). Należy jednak pamiętać, że nie mogą być ich kopią, bo nie ma jednej skutecznej interwencji. Zatem projektowane działania profilaktyczne i zaradcze wobec szkolnej przemocy mają spełniać ogólne zasady działań w obszarze agresji rówieśniczej, o których m.in. pisze J. Pyżalski[78]. Powinny być przede wszystkim spójne (tworzyć pewną całość), systematycznie realizowane oraz mieć zespołowy charakter. W konkretnych działaniach warto zwrócić uwagę na takie kwestie, jak:

1. Integracja nowej grupy. Warto organizować zajęcia tak, by uczniowie pracowali w niewielkich, zróżnicowanych, zmieniających składy zespołach, aby wchodzili ze sobą w interakcje i mogli się poznawać w toku codziennych, nawet najprostszych czynności, jak wspólne wykonywanie pracy, pożyczanie, przekazywanie sobie niezbędnych przedmiotów.
2. Uaktywnienie świadków. Świadkowie stanowią bardzo zróżnicowaną grupę, w której są zarówno ci, którzy wspierają sprawcę, bierni obserwatorzy, jak i osoby gotowe do pomocy ofierze. Często nie wiedzą, jak zareagować. Ważne, by mieli świadomość, że nawet jeśli nie są w stanie aktywnie przeciwstawić się sprawcy, to powinni – w wygodny i bezpieczny dla siebie sposób – poinformować osobę dorosłą o krzywdzie, która się komuś dzieje.
3. Praca zarówno ze sprawcą, jak i z ofiarą (często w praktyce działania ograniczają się jedynie do ukarania sprawcy, podczas gdy on sam również często potrzebuje pomocy).

---

75 J. Raskauskas, S. Modell, *Modifying anti-bullying programs to include students with disabilities*, "Teaching Exceptional Children" 2011, 44(1), s. 60–67.

76 Opisany w materiałach projektu ROBUSD.

77 A. Kärnä, M. Voeten, T.D. Little, E. Poskiparta, A. Kaljonen, C. Salmivalli, *A large-scale Evaluation of the KiVa antibullying program. Grades 4–6*, "Child Development", Special Issue: "Raising Healthy Children" 2011, 82(1), s. 311–330.

78 J. Pyżalski, *Co działa w przeciwdziałaniu przemocy rówieśniczej?*, ORE 2014, https://www.youtube.com/watch?v=IyDoDpK-MBg [dostęp: 13.09.2015].

4. Współpraca z rodzinami obejmująca działania w zakresie zapobiegania przemocy rówieśniczej, jak też podejmowane w sytuacji jej występowania. W pierwszym przypadku chodzi na przykład o edukację na temat rozpoznawania u dziecka symptomów bycia ofiarą bullyingu, w drugim – o respektowanie uzgodnionych wcześniej z rodzicem zasad postępowania w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej.
5. Nauka umiejętności społecznych, np. rozwijanie zachowań asertywnych, poczucia humoru, dystansu do siebie, umiejętności zachowania się w trudnych społecznie sytuacjach. Część reakcji ofiar, w tym osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, wynika z wcześniejszych negatywnych doświadczeń, pewnej nadwrażliwości, „przeczulenia" na swoim punkcie i oczekiwania negatywnych zachowań ze strony innych. D. Nabuzoka[79] zwraca uwagę na brak kompetencji społecznych, takich jak umiejętność obrócenia czegoś w żart czy zdolność do sarkazmu. Czynnikiem ryzyka bywa również poszukiwanie w trudnych sytuacjach wsparcia dorosłych. E.J. Sabornie[80] wskazuje też na pasywne, „słabe" odpowiedzi na czyjeś zaczepki, błędy w odczytywaniu czyichś intencji, zachowań, nawet niezagrażających.
6. Edukacja dotycząca bullyingu. Uczniowie powinni być świadomi wagi zjawiska i jego konsekwencji, rozumieć je oraz znać obowiązujące zasady postępowania w przypadku jego wystąpienia.
7. Raportowanie przypadków bullyingu i kontrola. Chodzi tu m.in.: o prowadzenie wewnątrzszkolnej dokumentacji, badanie skuteczności podejmowanych działań, diagnozę zjawiska, kontrolowanie wprowadzanych rozwiązań.
8. Rozwiązania prawne, statutowe. Szkolna dokumentacja powinna zawierać jasne, klarowne, znane całej społeczności szkolnej zasady postępowania, rozwiązywania problemów, potencjalne konsekwencje.

Wymienione wyżej zasady należy potraktować jako elementy swego rodzaju układanki. Żaden z nich w oderwaniu od innych nie może stanowić skutecznego lekarstwa na złożone zjawisko, jakim jest przemoc rówieśnicza. Przykładem takiej sytuacji może być ograniczanie się wyłącznie do działań edukacyjnych, np. w formie pogadanki nauczyciela. J. Pyżalski[81] wskazuje również na kilka innych aspektów, o których warto pamiętać w trakcie radzenia sobie z problemami związanymi z przemocą rówieśniczą, a wynikających z często popełnianych w tej praktyce błędów:

---

79 D. Nabuzoka, *Teacher ratings...*, *op. cit.*, s. 307.

80 E.J. Sabornie, *Social-affective characteristics in early adolescents identified as learning disabled and nondisabled*, "Learning Disability Quarterly" 1994, 17(4), s. 268–279.

81 J. Pyżalski, *Przemoc rówieśnicza – o czym musimy pamiętać a często zapominamy*, 2014, http://ore.edu.pl/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=2712:przemoc-rwienicza-o-czym-musimy-pamita-a-czsto-zapominamy&id=55:profilaktyka-agresji-i-przemocy&Itemid=1148 [dostęp: 13.09.2015].

– wzbogacenie działań kontrolnych wychowawczymi i profilaktycznymi;
– przedefiniowanie roli nauczyciela: zamiana z „policjanta", kontrolera w profesjonalistę z pogłębioną wiedzą na temat zjawiska agresji rówieśniczej;
– wykorzystywanie innych, poza nauczycielami, wychowawcami, „aktorów" w działaniach antyprzemocowych (np. personelu pomocniczego);
– przejście od akcyjności, „odświętności" do codziennych działań (zwykle wzmożona uwaga dorosłych pojawia się dopiero w chwili wystąpienia agresji);
– postrzeganie przemocy w szerszym kontekście (m.in. zarządzania klasą, dyscypliny, klimatu szkoły), a nie jako wyizolowanego zjawiska;
– zmiana akcentów – trzeba odejść od tradycyjnej koncentracji wyłącznie na ofiarach i sprawcach i zacząć w większym stopniu uwzględniać świadków oraz nastawić się na ich aktywizację;
– zmiana w podejściu do sprawcy – zamiast skupienia się wyłącznie na rozliczeniu go, wymierzeniu sprawiedliwości, trzeba się skoncentrować na szeroko rozumianej pracy z taką osobą.

Warto zauważyć, że skuteczne przeciwdziałanie i reagowanie na sytuację nękania uczniów z SPE wymagają również działań wykraczających poza pracę konkretnych nauczycieli czy szkoły jako organizacji (można je określić jako „poziom makro" w profilaktyce i interwencji). Można tutaj wymienić choćby postulat kształcenia i doskonalenia zawodowego nauczycieli uwzględniającego problematykę specjalnych potrzeb edukacyjnych, niepełnosprawności i bullyingu. Niezbędne jest także dobre ustawodawstwo dotyczące organizacyjnych aspektów włączania uczniów z SPE, np. ułatwiające zatrudnianie w placówkach ogólnodostępnych specjalistów służących wsparciem innym nauczycielom, uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i ich rodzicom.

1.6. Szkoły wobec zaangażowania uczniów z SPE w przemoc rówieśniczą – specyfika działań profilaktycznych i zaradczych realizowanych na poziomie instytucjonalnym[82]

Pierwszą, ogólną przesłanką jest tworzenie w szkole środowiska wyczulonego na kwestię potrzeb i krzywdzenie uczniów z SPE. Decydujące znacznie zdają się tu mieć determinacja kadry zarządzającej oraz świadomość całego personelu, przede wszystkim pedagogicznego, jakiego rodzaju ryzyko wiąże się z obecnością takich uczniów w szkole. Potrzeba zatem skoncentrowania uwagi na uczniach

82 Podrozdział ten w zbliżonym brzmieniu został opublikowany w: P. Plichta, *Przemoc rówieśnicza...*, *op. cit.*

znajdujących się w sytuacji podwyższonego ryzyka zarówno pod względem stania się ofiarą, jak i radzenia sobie w takim położeniu. Nauczycielska świadomość dotycząca zjawiska bullyingu wobec uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi ma, zdaniem C.A. Rose'a i L.E. Monda-Amayi[83], podstawowe znaczenie – jeśli nauczyciele są nieświadomi problemu, mogą być czynnikiem wzmacniającym bullying (np. „powierzając" ucznia niepełnosprawnego na przerwie opiece innych uczniów i nie sprawdzając dyskretnie, jak ta opieka jest realizowana).

Kolejnym postulatem są ciągłe (stałe), w przeciwieństwie do „akcyjnego", kompleksowe, uwzględniające zróżnicowanie populacji uczniów z SPE działania na różnych poziomach (na poziomie całej szkoły, klasy, jednostkowe – nakierowane na uczniów z SPE, skoncentrowane na pracy z rodziną).

Pomoc potrzebna jest również uczniom typowo rozwijającym się, np. poprzez zajęcia dotyczące rozumienia nietypowych zachowań rówieśników z SPE, tego, jak się z nimi komunikować, zasad swego rodzaju savoir-vivre'u wobec osób z niepełnosprawnościami. Często negatywne zachowania, np. izolowanie ich w grupie społecznej, nie wynika ze złej woli, a z braku pewności siebie, poczucia kompetencji w określeniu, „jak powinienem/powinnam się zachować wobec konkretnego zachowania niepełnosprawnego rówieśnika".

W skutecznych programach dotyczących bullyingu wymienia się najczęściej następujące działania:

1. W warunkach placówki edukacyjnej nacisk powinien zostać położony na podejmowanie działań możliwie jak najwcześniej – zarówno w zapobieganiu zjawisku bullyingu (np. poprzez integrację nowej grupy, klasy, przygotowanie grupy do pojawienia się nowego dziecka), jak i w interwencji (np. identyfikowanie odrzucanych dzieci[84], reagowanie na niepokojące symptomy, na używanie niewłaściwego języka w stosunku do rówieśników). Często popełnianym błędem jest zbyt późna reakcja – kiedy przemoc ma już miejsce i gdy możliwości skutecznego przeciwdziałania są ograniczone.
2. Niezbędne jest również tworzenie zrozumiałych norm, reguł, swoistego kodu postępowania, np. w jaki sposób uczniowie powinni się do siebie odnosić. Wiąże się z tym potrzeba uczenia prawidłowych zachowań (wspomniana wcześniej pomoc uczniom typowo rozwijającym się, np. w kwestii tego, jak powinni się zachować wobec trudnych zachowań swoich rówieśników z SPE).
3. Kolejnym składnikiem „przepisu" na skuteczną interwencję jest aktywne wsparcie ze strony dorosłych, szczególnie w miejscach, gdzie nauczyciele rzadziej bywają, na których mniej koncentrują swoją uwagę (np. szatnie, korytarze,

83 C.A. Rose, L.E. Monda-Amaya, *Bulling...*, *op. cit.*, s. 99–107.

84 Z zastrzeżeniem, że niektóre metody stosowane niewłaściwie (np. socjometria) mogą wywoływać lub potęgować zjawisko. Dlatego należy tu zachować ostrożność i nie wykorzystywać w badaniach popularności pytań dotyczących wprost identyfikacji nielubianego dziecka.

toalety, imprezy, boiska, place zabaw). Istnieje silna potrzeba badania rozmiarów zjawiska bullyingu na poziomie szkoły i monitorowania podejmowanych działań. Uczniowie z SPE rzadko sami mówią o takim doświadczeniu – wynika to zarówno z tych samych powodów, które podają pozostali uczniowie, jak i z ograniczonych kompetencji komunikacyjnych.

> *To dziewczyna słabosłysząca w szkole ogólnodostępnej. Agresorami wobec niej była tzw. grupa wiodąca w klasie. Dokuczali jej, szykanowali, naśmiewali się z niej. Dziewczyna długo starała się być silna i chciała im pokazać, że nie da się złamać. Nic nie mówiła ani w szkole, ani w domu. Nie szukała sama pomocy. Pozostali uczniowie byli przyzwalającymi świadkami dręczenia* (W8)[85].

Wiąże się z tym również inny aspekt działalności diagnostycznej szkoły, a mianowicie dokonywanie oceny klimatu szkoły, który może być wskaźnikiem panującej kultury – sprzyjającej, względnie neutralnej lub niekorzystnej dla uczniów, zwłaszcza tych ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Ciekawym przykładem poszukiwań w omawianym obszarze są jakościowe badania J.J. Holzbauera i C.F. Conrada[86] prowadzone zarówno wśród dzieci niepełnosprawnych, jak i ich rodziców. Zidentyfikowano w nich trzy rodzaje kultury szkolnej (kultura marginalizacji, kultura poniżania i kultura zastraszania), które prowadzą do stosowania przemocy względem uczniów z niepełnosprawnościami, głównie do nękania i zachowań mieszczących się w tych kategoriach, począwszy od tych mniej oczywistych, pośrednich aż po otwartą wrogość i krzywdzenie, np.: protekcjonalizm, „gapienie się", pogardzanie, ignorowanie, zaniedbywanie, unikanie, nabieranie, prowokowanie, szkalowanie, dokuczanie, wyzywanie, plotkowanie, przedrzeźnianie, „polowanie", groźby, męczenie, kradzież, bicie. Praktycznym wnioskiem płynącym z tych badań jest zwrócenie uwagi na stopniowalność występowania zjawiska otwartej przemocy wobec uczniów z niepełnosprawnościami, które zwykle poprzedzone zostaje trudniejszymi do zaobserwowania działaniami marginalizującymi i aktami poniżania.

W podejmowanych działaniach należy się również kierować ogólnymi zasadami stosowanymi w profilaktyce. Oznacza to m.in. potrzebę ich różnicowania ze względu na rodzaj i powagę problemu. Poziom podstawowy (zapobiegawczy) to działania kierowane do wszystkich, np. mające na celu wzrost świadomości odnośnie do przemocy i jej konsekwencji, poziom uzupełniający adresowany jest do osób znajdujących się w sytuacji podwyższonego ryzyka (np. dostrzeganie pierwszych oznak występowania bullyingu), poziom zaawansowany, wymagający specjalistycznej wiedzy, dotyczy poważnych sytuacji związanych z przemocą

---

85 Z wywiadu przeprowadzonego z pracownikiem poradni psychologiczno-pedagogicznej, za: P. Plichta, M. Olempska-Wysocka, *Agresja rówieśnicza wobec uczniów...*, *op. cit.*, s. 218.

86 J.J. Holzbauer, C.F. Conrad, *A typology of disability. Harassment in secondary schools*, "Career Development for Exceptional Individuals" 2010, 33(3), s. 143–154.

rówieśniczą, często wymagających już pomocy specjalistów, np. w formie terapii, mediacji, treningu zastępowania agresji.

Podejście „na całą szkołę" (*whole school approach*) oznacza, że działania samego nauczyciela nie są wystarczające – istnieje potrzeba zaangażowania w kwestię rozwiązywania problemów każdego lub przynajmniej przedstawicieli wszystkich grup składających się na społeczność szkoły – dyrekcji, kadry pedagogicznej, personelu pomocniczego, rodziców, a także samych uczniów. Czasem bywa tak, że o niepokojących zjawiskach w szkole więcej wiedzą np. kucharki czy osoba pracująca w szatni. Cała społeczność szkolna powinna znać procedury/sposoby postępowania, radzenia sobie z konsekwencjami wynikającymi ze zjawiska nękania.

Niezbędne jest tworzenie i wdrażanie klarownych polityk nakierowanych na zjawisko nękania, a także rozpowszechnienie i upublicznienie zasad z nich wynikających. W przypadku wystąpienia bullyingu powinna następować szybka, profesjonalna reakcja. Zdecydowanie nie warto przyjmować polityki zamiatania pod dywan, choćby ze względu na to, że prędzej czy później wiedza o krzywdzeniu zostanie upubliczniona ze szkodą dla wszystkich aktorów tej sytuacji – również dla wizerunku szkoły. Niezbędne jest powiadamianie o takich zdarzeniach rodziców zarówno sprawców, jak i ofiar[87].

W IPET-ach (indywidualnych programach edukacyjno-terapeutycznych) lub w innych dokumentach dotyczących pracy z dzieckiem z SPE powinno się poświęcić miejsce NA DIAGNOZĘ ZAANGAŻOWANIA W BULLYING (np. opis typowych sytuacji, przyjmowane role, częstotliwość, strategie uczenia się umiejętności społecznych, podjęte interwencje, ich skuteczność, możliwości zapobiegania lub radzenia sobie z nękaniem). Ponieważ dokument taki „idzie za uczniem", może być pomocny dla innych osób i na bieżąco rejestrować zarówno samo zjawisko krzywdzenia, jak i podejmowane działania.

SZKOŁY OGÓLNODOSTĘPNE POWINNY KORZYSTAĆ Z DOŚWIADCZEŃ SZKÓŁ SPECJALNYCH oraz zatrudnionych tam nauczycieli i wychowawców dysponujących specjalistyczną wiedzą. Może się to odbywać w drodze szkoleń, konsultacji, zapraszania gości na rady pedagogiczne itp. Inne rekomendowane działanie na tym poziomie to PROMOWANIE ZATRUDNIANIA PEDAGOGA SPECJALNEGO W SZKOŁACH jako swoistego eksperta, źródła wsparcia zarówno dla samych uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, jak i nauczycieli. Pewne nadzieje można wiązać z nowym rozporządzeniem w sprawie organizowania warunków kształcenia, opieki i wychowania dla dzieci niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym[88]. Wedle tego doku-

87 Więcej informacji na temat ogólnych zasad profilaktyki i interwencji w przypadku bullyingu można znaleźć m.in. w modułach 2, 3 i 4 projektu ROBUSD.

88 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedosto-

mentu od 1 stycznia 2016 roku obowiązkowe będzie zatrudnienie nauczyciela wspomagającego w przedszkolach i szkołach, do których uczęszczają uczniowie z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego ze względu na autyzm, zespół Aspergera czy niepełnosprawności sprzężone. Warto jednak zaznaczyć, że akt ten zawiera pewne zapisy będące przedmiotem kontrowersji, dlaczego akurat takie specjalne potrzeby edukacyjne zostały uwzględnione, a pozostałe nie (np. niepełnosprawność intelektualna).

Bardzo ważne jest UWZGLĘDNIANIE ZRÓŻNICOWANIA GRUPY OKREŚLANEJ JAKO „UCZNIOWIE ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI", jej specyfiki, rozumienie jej znaczenia dla zaangażowania w agresję rówieśniczą. Ograniczanie przyczyn krzywdzenia do cech jednostkowych, wynikających z niepełnosprawności czy specjalnych potrzeb edukacyjnych, należy uznać za daleko idące uproszczenie, niemniej jednak, kiedy podejmujemy temat bullyingu, należy zdawać sobie sprawę z pewnych uwarunkowań czy ogólnych czynników predysponujących do bycia narażonym na to zjawisko[89]. Należy do nich zaliczyć m.in.: zaburzoną komunikację, ograniczenia motoryczne i izolację utrudniające uniknięcie lub wycofanie się z sytuacji krzywdzenia, znaczną zależność fizyczno-psychologiczną dziecka od opiekunów, zwiększoną potrzebę bycia akceptowanym, lubianym oraz nasilenie zaburzeń zachowania (zachowań nietypowych). Niektórzy twierdzą, że najsilniejszym pojedynczym czynnikiem wiktymizacyjnym jest brak przyjaciół[90]. Z kolei według C.A. Rose'a i współpracowników[91] najważniejszy czynnik chroniący to wsparcie rówieśników.

1.7. Wybrane typy specjalnych potrzeb edukacyjnych w kontekście ryzyka zaangażowania w agresję rówieśniczą

Praktycznym sposobem realizacji postulatu uwzględniania zróżnicowania grupy określanej jako „uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi" jest poświęcenie uwagi specyficznej sytuacji poszczególnych grup. W tabelach 3–7,

---

sowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym, Dz.U. z 2015 r., poz. 1113, http://dziennikustaw.gov.pl/du/2015/1113/D20150001113 01.pdf [dostęp: 13.09.2015].

89 C.J. Hobbs, H.G.I. Hanks, J.M. Wynne, *Child abuse and neglect. A Clinician's handbook*, Churchill Livingstone, Edinburgh 1999; D.P. Schor, *Sex and sexual abuse in developmentally disabled adolescents*, "Seminars in Adolescent Medicine" 1987, 3(1), s. 1–7; V. Sinason, *The special vulnerability of the handicapped child and adult: with special reference to mental handicap* [w:] C.J. Hobbs, J.M. Wynne (eds.), *Bailliere's Clinical Pediatrics. International Practice and Research*, vol. 1: *Child abuse*, Balliere Tindall, London 1993.

90 E. Hodges, D. Perry, *Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers*, „Journal of Personality and Social Psychology" 1999, 76(4), s. 677–685.

91 C.A. Rose, D.L. Espelage, L.E. Monda-Amaya, K.A. Shogren, S.R. Aragon, *Bullying...*, *op. cit.*, s. 239–254.

odnoszących się do wybranych typów niepełnosprawności/specjalnych potrzeb edukacyjnych, znajdują się „hasłowe" opisy, charakterystyki, właściwości przyczyniające się do zaangażowania w agresję rówieśniczą, również w roli sprawców. Oczywiście same cechy dziecka nie wyjaśniają w pełni ryzyka stawania się ofiarą. Znaczenie mają również inne czynniki, np. sposób reakcji nauczycieli dostarczający często swoistego wzorca postępowania wobec „innego" ucznia.

Uwarunkowania zaangażowania osób z niepełnosprawnością intelektualną w agresję rówieśniczą

W przypadku uczniów z niepełnosprawnością intelektualną warto zauważyć, że deficyt intelektu połączony z poważnymi trudnościami w zakresie funkcjonowania społecznego oraz problemami komunikacyjnymi sprawiają, iż najczęściej charakteryzują się oni niską pozycją społeczną, małą popularnością w grupie rówieśniczej. Można się zatem spodziewać, że w pewnych okolicznościach ich zaangażowanie w agresję rówieśniczą będzie wynikać właśnie z tego faktu, np. wymienione w tabeli 3 zachowania agresywne jako efekt „aspirowania" do bycia popularnym lub stawanie się „łatwą" ofiarą.

Tabela 3. Wybrane charakterystyki funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście ryzyka zaangażowania w agresję rówieśniczą

Zachowanie agresywne jako efekt namowy i nacisku (silna potrzeba akceptacji może prowadzić do angażowania się w różne niewłaściwie zachowania, uleganie tzw. podpuszczaniu)
Zachowanie agresywne jako potrzeba zwrócenia na siebie uwagi
Zachowania agresywne jako reakcja obronna, odwetowa (w odpowiedzi na wcześniejszą krzywdę)
Mała atrakcyjność towarzyska, brak przyjaciół, którzy w trudnej sytuacji mogą stanowić wsparcie
Słabo rozwinięte poczucie humoru, brak dystansu do siebie, błędy w odczytywaniu intencji innych
„Lgnięcie" do innych, nieświadome naruszanie sfery związanej z cielesnością, intymnością innych (przytulanie się, dotykanie itp.)
Częste uznawanie świadków/ofiar za osoby niewiarygodne (ich relacje bywają traktowane z przymrużeniem oka)
Trudności w kontrolowaniu emocji, niestabilność emocjonalna
Zależność od dorosłych

Źródło: opracowanie własne.

Więcej danych na temat zaangażowania osób z niepełnosprawnością intelektualną w agresję rówieśniczą można znaleźć w module 6 projektu ROBUSD[92].

92 P. Plichta, *Uczniowie niepełnosprawni intelektualnie...*, *op. cit.*

Uwarunkowania zaangażowania osób ze spektrum zaburzeń autystycznych w agresję rówieśniczą

Uczniowie z zespołem Aspergera są coraz częściej obecni w systemie kształcenia w szkołach ogólnodostępnych. Ich prawidłowemu rozwojowi intelektualnemu towarzyszą jednak nietypowe zachowania, specyficzne upodobania, narażające na niezrozumienie, śmieszność, izolacje społeczną. Warto się zatem przyjrzeć pewnym cechom i ich potencjalnym konsekwencjom wynikającym z istoty problemu, jakiego doświadcza dziecko.

Tabela 4. Wybrane charakterystyki funkcjonowania uczniów z zespołem Aspergera w kontekście ryzyka zaangażowania w agresję rówieśniczą

Unikanie spontanicznych kontaktów
Niewłaściwe inicjowanie zabaw z innymi dziećmi (np. lizanie, bicie, wąchanie)
Nietypowe reakcje werbalne
Niedostrzeganie potrzeb i emocji innych dzieci
Brak umiejętności dostosowania swoich zachowań do danej sytuacji
Zbyt gwałtowne reakcje, huśtawki nastroju
Specyficzne, obsesyjne zainteresowania
Unikanie kontaktu wzrokowego
Stereotypie, nietypowe zachowania
Trudności z kontynuowaniem rozmowy
Sztywność w przestrzeganiu instrukcji, reguł, np. w zabawie
Nieumiejętność odczytywania sygnałów niewerbalnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie P. Plichta, M. Olempska-Wysocka, *Agresja rówieśnicza – dzieci i młodzież o specjalnych potrzebach edukacyjnych* [w:] *Materiały szkoleniowe Ośrodka Rozwoju Edukacji. Szkolenie pt. „Liderzy profilaktyki agresji i przemocy", 2014*, zadanie sfinansowane z Rządowego Programu na lata 2014–2016 „Bezpieczna i przyjazna szkoła", niepublikowane.

W przypadku dziecka z autyzmem zwykle dochodzi jeszcze deficyt w sferze intelektualnej, a nasilenie zaburzeń podanych w tabeli 4 jest większe. Tak więc w przypadku tej grupy dzieci często mamy do czynienia z trudnościami w podporządkowaniu się regułom społecznym, słabym radzeniem sobie w relacjach z innymi osobami, stereotypiami, rytuałami. Czasami nie panują one nad swoim zachowaniem, nie potrafią tworzyć dłuższych wypowiedzi, wykazują trudności z inicjowaniem i podtrzymywaniem rozmów. Współwystępują również zaburzenia w odbiorze i integracji bodźców sensorycznych oraz wybiórcze, „dziwne" z punktu widzenia typowo rozwijających się dzieci zainteresowania. Brak zrozumienia dla ich wyjątkowej sytuacji i specyfiki funkcjonowania, np. nadwrażliwości na bodźce, może się objawiać zachowaniami agresywnymi i autoagresywnymi.

Uwarunkowania zaangażowania uczniów z ADHD w agresję rówieśniczą

Uczniowie z ADHD często stają się w klasie kozłami ofiarnymi[93], ponieważ rówieśnicy zdają sobie sprawę, że stosunkowo łatwo jest przerzucić odpowiedzialność na ofiarę, co w konsekwencji może prowadzić do zbiorowej agresji grupy wobec ofiary ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Tabela 5. Wybrane charakterystyki funkcjonowania uczniów z ADHD w kontekście ryzyka zaangażowania w agresję rówieśniczą

Odbieranie zachowań ucznia jako celowych, „niegrzecznych", zakłócających
Trudności w przestrzeganiu reguł, zasad
Prowokowanie, „zaczepianie"
Negatywny obraz siebie, niska samoakceptacja i samoocena
Przerywanie innym, nadmierna gadatliwość, niecierpliwość
Trudności z oczekiwaniem na swoją kolej, wprowadzanie chaosu, dezorganizacji
Szybkie nudzenie się
Trudności w nawiązywaniu relacji z innymi
Trudności z odczytywaniem sygnałów od innych

Źródło: opracowanie własne na podstawie P. Plichta, M. Olempska-Wysocka, *Agresja rówieśnicza – dzieci i młodzież...*, *op. cit.*

Wymienione wyżej trudności wynikające z objawów ADHD powodują pojawianie się zachowań społecznie nieakceptowanych, którym towarzyszy brak zrozumienia i napiętnowanie ze strony rówieśników. B. Jachimczak zauważa, że stygmatyzowanie i izolowanie ucznia z ADHD jest tym większe, im mniejsza jest wiedza wszystkich członków wspólnoty edukacyjnej na temat tego zaburzenia. Może to prowadzić do budowania negatywnego obrazu własnej osoby, a pod wpływem ciągłych porażek i nieporozumień może dochodzić do problemów z samooceną[94].

Uwarunkowania zaangażowania uczniów z trudnościami w uczeniu się w agresję rówieśniczą

Spośród wszystkich specjalnych potrzeb edukacyjnych trudności w uczeniu się stanową około 40%. Płeć w ich przypadku nie jest czynnikiem różnicującym

93 E.M. Hallowell, J.J. Ratey, *W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*, tłum. I. Sowa, Media Rodzina, Poznań 2004.

94 B. Jachimczak, *Uczeń z ADHD w roli sprawcy i ofiary zachowań agresywnych* [w:] J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying...*, *op. cit.*

zaangażowanie w agresję. Paradoksalnie sprawcy bullyingu czasami otrzymują więcej wsparcia niż ofiary. W przypadku uczniów z trudnościami w uczeniu się istnieje dwukrotnie większe prawdopodobieństwo, że będą zarówno ofiarami, jak i sprawcami.

Tabela 6. Wybrane charakterystyki funkcjonowania uczniów z trudnościami w uczeniu się w kontekście ryzyka zaangażowania w agresję rówieśniczą

Zaniżona samoocena, osamotnienie, izolacja
Trudności w odnalezieniu się w otoczeniu szkolnym
Kłopoty w kontaktach interpersonalnych, trudności w nawiązywaniu znajomości
Trudności we właściwym reagowaniu na komunikaty rówieśników oraz osób dorosłych
Trudności w dostosowywaniu się do norm i zasad obowiązujących w grupie
Hiperaktywność, wybuchy złości, agresja, niecierpliwość, impulsywność, długotrwały płacz z pozornie błahych powodów
Hipoaktywność, bierność, duża lękliwość

Źródło: opracowanie własne na podstawie P. Plichta, M. Olempska-Wysocka, *Agresja rówieśnicza – dzieci i młodzież...*, *op. cit.*

Z relacji rówieśników wynika, że jednym z bardziej charakterystycznych zachowań dzieci z trudnościami w uczeniu się jest ich dążenie do bycia zauważonym. I. Chrzanowska[95] sądzi, że z braku innych (pozytywnych) środków, z powodu ograniczonego repertuaru umiejętności społecznych wykorzystują one zachowania niewłaściwe zaspokajające tę właśnie potrzebę. Konstatacja ta powinna prowadzić do praktycznych działań nauczycieli polegających na takim aranżowaniu sytuacji społecznych, by dać upust potrzebie zaistnienia na forum w sposób społecznie akceptowany.

Uwarunkowania zaangażowania dziecka z uszkodzonym słuchem w agresję rówieśniczą

Oprócz potencjału wiktymizacyjnego D. Podgórska-Jachnik[96] dostrzega wśród dzieci głuchych problem sprawstwa agresji rówieśniczej.

> Paradoksalnie może to być reakcja, która ma zapewnić [...] ochronę przed bullyingiem. Czynnikiem niekorzystnym w szkołach jest również duże zróżnicowanie wiekowe – uczeń głuchy jest często starszy od kolegów w klasie ze względu na opóźnienia edukacyjne. Różni się nie tylko głuchotą, ale również wiekiem i – często – wynikami

95 I. Chrzanowska, *Trudności w uczeniu się jako źródło problemów w przystosowaniu szkolnym uczniów i agresji rówieśniczej* [w:] J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying...*, *op. cit.*

96 D. Podgórska-Jachnik, *Uczeń z uszkodzonym słuchem jako agresor i jako ofiara agresji* [w:] J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying...*, *op. cit.*, s. 11.

w nauce. Sprawę z pewnością komplikuje znacząco interaktywny mechanizm negatywnego sprzężenia zwrotnego zależności między niepowodzeniami w nauce a procesem nieprzystosowania społecznego, którego przejawem są też zachowania agresywne.

Tabela 7. Wybrane charakterystyki funkcjonowania uczniów z uszkodzonym słuchem w kontekście ryzyka zaangażowania w agresję rówieśniczą

Zaburzenia komunikacji językowej, trudności w rozumieniu mowy
Trudności w komunikowaniu się ze słyszącymi uczniami
Nierozumienie sytuacji, reagowanie nieadekwatnie do kontekstu
„Fizyczne" zwracanie uwagi na siebie, np. poszarpywanie
Tzw. stygmaty fizykalne – komunikacja w języku migowym, aparat słuchowy lub zewnętrzna część implantu ślimakowego za uchem
Niereagowanie na dźwięki, „zagapianie się"
Przekręcanie wypowiedzi
Niska samoocena
Czasem zaburzone mechanizmy kontrolowania emocji

Źródło: opracowanie własne na podstawie P. Plichta, M. Olempska-Wysocka, *Agresja rówieśnicza – dzieci i młodzież...*, *op. cit.*

Wśród dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem występuje zjawisko charakterystyczne również dla innych ofiar ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, a mianowicie nieujawnianie doznanej krzywdy dorosłym. Badania pokazują, że niemal 46% ofiar nigdy o tym nikomu nie mówi, co dziesiątemu spośród tych, którzy decydują się ujawnić prawdę, otoczenie nie wierzy[97]. Głucha ofiara przeważnie nie mówi o wykorzystaniu czy skierowanej przeciwko niej agresji, a jeśli się na to zdecyduje, to często nie jest rozumiana, nie wierzy się jej lub nie potrafi ona precyzyjnie wytłumaczyć, o co chodzi. W tym przypadku zaburzona komunikacja i milczenie ofiary wydają się mieć w procesie wiktymizacji zasadnicze znaczenie.

Warto w tym miejscu zauważyć, że dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi są w podwójnie trudnej sytuacji. Po pierwsze doświadczają samej niepełnosprawności, zaburzeń czy poczucia bycia innym, po drugie często ponoszą negatywne konsekwencje tego, kim są. Ich specyficzne funkcjonowanie, pewna odmienność to nie tylko zaburzenie, lecz także istotna część ich samych, coś, co zwykle pozostaje poza ich kontrolą.

97 *Ibidem*.

1.8. Działania nauczyciela ukierunkowane na jednostkę z SPE[98]

Sposobem na przeciwdziałanie zjawisku nękania, poprzez redukcję nierównowagi sił, może być wzmacnianie ofiary, rozumiane np. jako praca opierająca się na mocnych stronach dziecka z SPE, jego zainteresowaniach, tzw. punkcie archimedesowym. Wzmacnianie niezależności od dorosłych w przypadku uczniów z SPE może być osiągnięte np. poprzez stwarzanie okazji do doświadczeń, umożliwienie dokonywania wyborów, podejmowania decyzji, uwzględnianie preferencji i akceptację oporu wychowanka.

Ćwiczenie umiejętności społecznych, zarówno uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, jak i typowo rozwijających się, powinno mieć miejsce w codziennych aktywnościach. W poważniejszych przypadkach problem bullyingu powinno się rozwiązywać przez celowane (ukierunkowane) interwencje. Najlepiej skorzystać wtedy z pomocy specjalisty, np. doświadczonego pedagoga specjalnego czy pracownika poradni psychologiczno-pedagogicznej. Przykładem takiego podejścia może być wspieranie pozytywnych zachowań (*positive behavior support*). Naturalnie silniej koncentrujemy się na negatywnych zachowaniach dziecka, dostarczając często w ten sposób „paliwa" np. dla jego potrzeby bycia zauważanym. Warto więc rozważyć, co kryje się za niepokojącymi zachowaniami, spróbować rozpoznać funkcje, jakie pełnią te zachowania, i stosownie do tego dobrać interwencję polegającą na zaspokojeniu potrzeb w społecznie akceptowany sposób. Szczególnie skuteczne wydaje się to w przypadku tzw. ofiar prowokujących.

C. Garrity ze współpracownikami[99] zaproponowali strategię postępowania ofiary w przypadku zagrożenia jako część antybullyingowego programu (*Bully-Proofing Your School*). Opracowali prostą mnemotechnikę *HA HA SO*, żeby pomóc uczniom łatwiej zapamiętać, co zrobić w konfrontacji ze sprawcą[100]. Istnieje wiele przekonujących dowodów, że w pracy z uczniami niepełnosprawnymi, z SPE (szczególnie w przypadku zaburzeń uwagi, trudności z pamięcią) mnemotechniki są skutecznym środkiem wykorzystywanym w nabywaniu pożądanych umiejętności, zachowań.

---

98 Podrozdział ten jest rozszerzoną wersją rozdziału, który ukazał się w: P. Plichta, *Przemoc rówieśnicza...*, *op. cit.*

99 C. Garrity, K. Jens, W. Porter, N. Sager, C. Short-Camilli, *Bully-proofing your school: A comprehensive approach for elementary schools*, second edition, Sopris West, Longmont 2000.

100 O możliwości zastosowania mnemotechnik w pracy z uczniami z trudnościami w uczeniu się można przeczytać w: M.A. Mastropieri, T.E. Scruggs, *Enhancing school success with mnemonic strategies*, 1998, http://www.ldonline.org/article/5912/ [dostęp: 23.09.2015].

1. *Help* (H): Poszukaj pomocy, jeśli możesz.
2. *Assert yourself* (A): Bądź asertywny (wyrażaj się asertywnie) w konfrontacji ze sprawcą. Mów o swoich odczuciach.
3. *Humor* (H) – Użyj poczucia humoru, nie eskaluj sytuacji.
4. *Avoid* (A) – Unikaj, jak możesz, niebezpiecznych miejsc, sytuacji.
5. *Self talk* (S) – Mów w myślach – Prowadź (pozytywny) monolog (np. „to nieprawda, nie jestem głupi", „to jego/jej problem").
6. *Own it* (O) – Przyznaj rację i spróbuj się oddalić z nieprzyjemnej sytuacji.

Żeby strategie te mogły być skuteczne, należy zdaniem autorów ćwiczyć je w dowolnej kolejności, we wszystkich możliwych sytuacjach. Ponadto wspierające otoczenie (*caring community*) powinno być świadome potrzeby ćwiczenia takich strategii i pomagać ofierze w ich używaniu. Jeśli okażą się nieskuteczne, należy poszukać innego rozwiązania[101].

Przykładem podobnego podejścia jest program *No, Go, Tell* polegający na uczeniu (przy wykorzystaniu mnemotechniki) dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, np. niepełnosprawnych intelektualnie, następującej zasady: jeśli znajdziesz się w sytuacji niejasnej, niebezpiecznej – powiedz „nie", spróbuj się oddalić z tego miejsca i powiedz o tym komuś dorosłemu, do kogo masz zaufanie.

Wzmacnianie ofiary może przybierać różne formy. W ramce opisano technikę foggingu, podobną do komponentu *Own it* strategii *HA HA SO*.

Fogging (ang. *fog* – 'mgła') – nie posiada precyzyjnego odpowiednika w języku polskim. Do pewnego stopnia terminem takim jest „rozmydlanie". Technika propagowana i opisywana przez Kena Rigby'ego, może być stosowana przez ofiarę wobec werbalnego ataku sprawcy agresji rówieśniczej. Idea foggingu polega na takiej nieoczekiwanej przez sprawcę reakcji ofiary (do pewnego stopnia potwierdzeniu tego, co mówi sprawca), która nie jest ani wycofaniem, ani werbalnym atakiem.

Stosowanie tej techniki musi być poprzedzone treningiem w obecności nauczyciela lub innej wspierającej osoby. Ograniczeniem w jej wykorzystywaniu są m.in. trudności komunikacyjne i deficyty intelektualne.

Przykład zastosowania techniki foggingu:

Sprawca: „Masz wielkiego nochala".
Ofiara: „Fakt, jest spory".
Sprawca: „Wygląda jak dziób".
Ofiara: „Rzeczywiście wystaje trochę".
Sprawca: „Jesteś najbrzydszy w szkole".
Ofiara: „To twoja opinia".
Sprawca: „Nosisz tanie buty".
Ofiara: „Nie mylisz się"[102].

101 B.E. McNamara, *HA HA SO strategies*, 2013, http://www.bayschools.com/Portals/24/Bullying/hahaso.pdf [dostęp: 19.03.2017].

102 Za: *Fogging*, http://www.kenrigby.net/07c-Fogging (tłumaczenie własne).

Kolejną strategią w pracy z uczniami z SPE jest zatem ZAPOBIEGANIE WYUCZONEJ BEZRADNOŚCI. Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, którzy stają się ofiarami wiktymizacji, często mają rozwinięte poczucie zależności od innych osób (dorosłych, rówieśników).

> *Jeśli dziecko doświadcza braku sprawczości, to jest bezradne i staje się ofiarą, albo reaguje nadmiarowo i staje się „katem" poprzez absorbowanie sobą innych albo „dowalanie" innym. I tak powstaje mechanizm kręcenia się w kółko* (W19)[103].

Wspomniane zjawisko polega na tym, że uczeń nie przypisuje społecznych sukcesów czy porażek swoim niezależnym reakcjom, odpowiedziom, zachowaniom, tylko uzależnia osobisty sukces lub porażkę od czynników zewnętrznych. W wyniku tego postrzega, że wiele rzeczy, sytuacji znajduje się poza jego kontrolą. Społeczna wyuczona bezradność może być odbierana przez otoczenie jako słabość, co w konsekwencji (jako jeden z czynników) może doprowadzić do stania się ofiarą. Aby wzmocnić niezależność, nauczyciele mogą pracować z uczniami nad stworzeniem zindywidualizowanych, określonych, „tajnych" znaków (np. gesty), których użycie ma wskazywać, że uczeń potrzebuje pomocy. Dzieje się to m.in. poprzez:
– zidentyfikowanie sytuacji, które wymagają pomocy, wsparcia;
– pracę mającą na celu ustalenie określonych sygnałów;
– praktyczne ćwiczenia w środowisku szkolnym.

Warto pamiętać, że wraz ze wzrostem niezależności uczniów należy się wycofywać z tej strategii i używać sygnałów coraz rzadziej.

Strategie klasowe

> Skuteczność programów antybullyingowych jest wprost związana ze świadomością nauczycieli dotyczącą tego zjawiska, jego dynamiki, oraz poczuciem kompetencji w tej mierze. Kluczowe znaczenie wydają się tu mieć kierownicza rola nauczyciela i działania zapobiegawcze polegające na tworzeniu ustrukturyzowanego środowiska klasowego. Należy pamiętać, że nauczyciele mogą utrwalać proces wiktymizacji w swojej klasie, jeśli nie są świadomi istniejącego problemu, a także jeśli ich wiedza na temat bullyingu (uwarunkowania, objawy, sposoby postępowania) jest niewystarczająca. Ważne jest uznanie, że systematyczne zajmowanie się tą kwestią i trudnościami związanymi z zachowaniem uczniów wymaga stworzenia i utrzymania ustrukturalizowanej grupy z jasno określonymi zasadami i procedurami postępowania w określonych sytuacjach[104].

Strategie powinny uwzględniać:
– ogólną operacjonalizację bullyingu – zdefiniowanie zjawiska;
– określenie, jakich zachowań można się spodziewać;

---

103 Z wywiadu przeprowadzonego z nauczycielem wspomagającym, za: P. Plichta, M. Olempska-Wysocka, *Agresja rówieśnicza wobec uczniów*..., *op. cit.*, s. 215.

104 P. Plichta, *Przemoc rówieśnicza*..., *op. cit.*, s. 39.

– ustalenie i opisanie procedur dotyczących ujawnienia problemu, sposobu postępowania;
– określenie procedur odnośnie do wzmacniania pozytywnych zachowań;
– określenie sposobu diagnozowania, raportowania i obserwowania bullyingu.

Tworzenie okazji do pozytywnych interakcji i podnoszenia społecznych kompetencji może się również odbywać za pomocą historyjek społecznych, tzw. *social stories*[105], których celem jest wzrost poziomu rozumienia społecznych sytuacji poprzez rozwijanie umiejętności demonstrowania odpowiednich zachowań, reakcji, odpowiedzi. *Social stories* mogą nawiązywać do wielu społecznych sytuacji (np. codziennego funkcjonowania dzieci, konfliktów, prawidłowego zachowania się w sytuacjach społecznych) i uwzględniać:
– rozpoznawanie indywidualnych umiejętności dzieci (potencjałów, trudności), z którymi chcemy pracować z wykorzystaniem historyjek;
– tworzenie odpowiedniego scenariusza;
– zaprezentowanie *social story*;
– dyskusję dotyczącą konsekwencji, implikacji wynikających z *social story*;
– stosowanie modelowania własnych zachowań;
– ćwiczenie i wzmacnianie umiejętności społecznych w realnych sytuacjach, w środowisku[106].

Aby osiągnąć cele SPOŁECZNEGO UCZENIA SIĘ poprzez pracę w grupach, nauczyciel musi systematycznie je budować, biorąc pod uwagę następujące aspekty:
– ocenę mocnych i słabych stron uczniów w sferze społecznej;
– zbieranie informacji dotyczących zachowań uczniów i poziomu ich społecznych kompetencji;
– świadome łączenie w pary ucznia prezentującego pozytywny model zachowania z uczniem o obniżonym poziomie kompetencji społecznych;
– przygotowanie jednoznacznych, zrozumiałych zadań dla grupy;
– bezpośrednie wzmacnianie właściwych społecznie zachowań.

Niezwykle ważnym obszarem działań na poziomie klasy jest pomoc w przezwyciężaniu izolacji uczniów z SPE. W świetle danych okazuje się, że mają oni mniej kolegów, przyjaciół, co w konsekwencji może doprowadzać do tego, że w sytuacji krzywdzenia nikt się za nimi nie wstawia, nie broni takich osób. Brak przyjaciół stanowi również czytelną informację dla potencjalnych sprawców, że taką osobę łatwej skrzywdzić. Ważne jest jednak, żeby nauczyciele pamiętali o tym, iż rówieśnicy – potencjalni kandydaci na osoby wspierające swoich

105 Są to krótkie, słowno-obrazkowe „instrukcje" rozumienia i postępowania w trudnych społecznie sytuacjach (np. konfliktach interpersonalnych) adresowane głównie do uczniów ze spektrum autystycznego.
106 Za: P. Plichta, M. Olempska-Wysocka, *Agresja rówieśnicza wobec uczniów...*, *op. cit.*

niepełnosprawnych kolegów powinni mieć silną pozycję w grupie, tak by sami nie stali się ofiarą żartów czy dokuczania ze względu na zajmowanie się „innym".

Warto się również zatrzymać nad rekomendacjami C. Rose'a i współpracowników[107] dotyczącymi działań profilaktycznych i zaradczych, takich jak:

– włączenie działań wspierających zarówno na poziomie szkoły, jak i jednostkowym;
– promowanie kompetencji kulturowych i kształtowanie świadomości zróżnicowania;
– promowanie współpracy uwzględniającej personel administracyjny, nauczycieli, rodziców, polityków oświatowych;
– włączenie działań zapewniających natychmiastowe bezpieczeństwo fizyczne poprzez stosowne zapisy oraz reguły postępowania.

Szczególnie ta ostatnia rekomendacja wydaje się stanowić nową jakość w stosunku do omówionych wcześniej propozycji działań i zasad obowiązujących w tym względzie.

1.9. Zakończenie

Istnieje wiele potencjalnych działań, które można wykorzystać w pracy w omawianym obszarze. Najważniejsze elementy, powtarzające się w różnych podejściach, konceptualizacjach, to m.in.: diagnoza sytuacji, systematyczność, zespołowość i wszechstronność działań zorientowanych na wszystkich aktorów szkolnej rzeczywistości. Warto zauważyć, że nie są to zasady unikalne, a raczej ogólne warunki skutecznego działania. Trzeba również pamiętać o błędach popełnianych w dobrej wierze. Do takich należy m.in. nadmiar wsparcia – swego rodzaju nadopiekuńczość wobec dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (np. ciągła obecność przy dziecku czy nadwrażliwość na traktowanie takiego dziecka przez pełnosprawnych rówieśników skutkująca nadmierną surowością w stosunku do rzeczywistych bądź domniemanych sprawców).

> *Czasami, chcąc uniknąć kontaktu z trudnymi sytuacjami, chłopiec chowa się w bibliotece i przebywa tam całe przerwy* (W7)[108].

> [...] *gabinet miał być dla niego azylem. Niestety, skutek był taki, że uczeń w ogóle się nie socjalizował i większość czasu spędzał w/lub pod gabinetem pedagożki* (W15)[109].

---

107 C.A. Rose, D.L. Espelage, L.E. Monda-Amaya, K.A. Shogren, S.R. Aragon, *Bullying...*, *op. cit.*, s. 239–254.

108 Z wywiadu z nauczycielem wspomagającym, za: P. Plichta, M. Olempska-Wysocka, *Agresja rówieśnicza wobec uczniów...*, *op. cit.*, s. 218.

109 *Ibidem*, s. 217.

Taka – widoczna dla innych – zależność od dorosłych może również być czynnikiem ryzyka w opisywanym obszarze. Nie zawsze więc „więcej" znaczy „lepiej". W pewnym sensie warto stosować (przynajmniej w pierwszej kolejności) działania minimalne, zanim przejdziemy do tych bardziej zaawansowanych, np. bezpośredniej ingerencji nauczyciela w rozstrzyganie konfliktów z udziałem dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Poszukiwanie i wprowadzanie skutecznych rozwiązań wymaga niewątpliwie profesjonalizmu zawodowego nauczycieli. Znajomość metod, podejść musi być połączona z krytycyzmem w ich stosowaniu. Warto na koniec, choćby hasłowo, wspomnieć o możliwości wykorzystywania w odniesieniu do problemu agresji rówieśniczej strategii opartej na sprawiedliwości naprawczej, mediacji. Zadośćuczynienie, „naprawienie" krzywdy powinno częściej zajmować poczesne miejsce w repertuarze działań stosowanych w interwencji. Trzeba nadmienić, że najczęściej stosowanym podejściem jest ograniczenie się do karania sprawcy, które dość zgodnie uznaje się za nieskuteczne. Innym realizowanym na poziomie placówki rozwiązaniem mogą być grupy wsparcia dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi lub dla ich rodziców. Cyfrowa rzeczywistość to nie tylko przestrzeń ujawniania się dysfunkcjonalnych zachowań młodych ludzi. Nowe media to również szansa na zapobieganie różnym problemom i rozwiązywanie ich (np. wykorzystywanie możliwości, jakie daje e-wolontariat, w przezwyciężaniu izolacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi).

Nie zawsze niepełnosprawność czy specjalne potrzeby edukacyjne stanowią sytuację podwyższonego ryzyka dla dziecka. Jako optymistyczny należy ocenić wniosek płynący z niektórych badań[110], że kiedy jednostka z niepełnosprawnością wykazuje adekwatne do wieku umiejętności społeczne i ma pozytywny obraz siebie, jest aktywnie zaangażowana w życie klasy, to nie znajduje się w sytuacji podwyższonego ryzyka krzywdzenia, a nawet można mówić, że ryzyko takie jest mniejsze.

Trudno mówić o budowie społeczeństwa wrażliwego, otwartego na potrzeby słabszych, tych, którym się gorzej powodzi, bez szkoły, która potrafi skutecznie włączać różnych uczniów. Tym zdrowym, typowo rozwijającym się młodym ludziom umie stwarzać okazję do otwierania się na słabszych, chorych, niepełnosprawnych, do rozumienia ich sytuacji oraz kształtowania postaw opiekuńczych i wspierających. Z kolei tym z tzw. specjalnymi potrzebami edukacyjnymi potrafi dostarczać ogólnego poczucia, że są wśród, że są ważni, potrzebni, że mają swoje mocne strony, że są wartościowymi jednostkami świadomymi swoich praw. Bez zbędnego sentymentalizmu, litości i nadopiekuńczości. Ze zrozumieniem. To

110 S.W. Flynt, M.R. Collins, *Bullying and children with disabilities*, „Journal of Instructional Psychology" 2004, 31(4), s. 330–333; F. Mishna, *Learning disabilities and bullying: Double jeopardy*, „Journal of Learning Disabilities" 2003, 36(4), 336–347.

bardzo poważne zadanie, do realizacji którego szkoły jako instytucje i nauczyciele powinni się dobrze przygotować. Żeby tak się stało, potrzebują wsparcia, a czasem daleko idącej pomocy.

Dla osób chcących pogłębić swoją wiedzę w opisywanym temacie pomocne będą bezpłatne materiały edukacyjne projektu ROBUSD łączące zagadnienia bullyingu i specjalnych potrzeb edukacyjnych

Polscy i norwescy naukowcy przygotowali 10 modułów edukacyjnych, np. *Działania interwencyjne nastawione na przerwanie bullyingu* (Erling Roland i Grete S. Vaaland), *Agresja elektroniczna i cyberbullying – stary dom z nową fasadą? Nowe technologie komunikacyjne w życiu młodzieży* (Jacek Pyżalski), *Uczniowie niepełnosprawni intelektualnie jako ofiary i sprawcy agresji rówieśniczej – kontekst edukacyjny* (Piotr Plichta).

Każdy z modułów zawiera:
– tekst dotyczący omawianych zagadnień,
– film ilustrujący podjęte zagadnienia,
– scenariusze zajęć – pomysły praktycznego zastosowania tekstów i filmów do szkolenia zawodowego nauczycieli i studentów kierunków społecznych,
– zestaw pytań sprawdzających, które obejmują treści przedstawione w module.

Podręcznik zawierający teksty z modułów edukacyjnych: J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne – podręcznik metodyczny*, WSP – Centrum Badań Behawioralnych Uniwersytetu Stavanger, Łódź 2010.

Z całością materiałów można się zapoznać online i ściągnąć je na dysk swojego urządzenia z następującej lokalizacji:
https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/5514/4/Bullying_a_specjalne_potrzeby%20edukacyjne.pdf [dostęp: 22.03.2017].

Projekt współfinansowany przez Fundusz Stypendialny i Szkoleniowy Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweskiego Mechanizmu Finansowego

Bibliografia

Aronson E., *Człowiek istota społeczna*, tłum. J. Radzicki, WN PWN, Warszawa 1997.

Bidziński K., Giermakowska A., Ozga A., Rutkowski M., *Nauczyciele województwa świętokrzyskiego wobec zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów*, http://www.ore.edu.pl/strona-ore/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=2557:wyniki-bada-zrealizowanych-przez-zesp-z-zakadu-wspomagania-rozwoju-i-edukacji-dziecka-uniwersytetu-jana-kochanowskiego-w-kielcach&id=77:inne&Itemid=1084 [dostęp: 13.09.2015].

Chrzanowska I., *Trudności w uczeniu się jako źródło problemów w przystosowaniu szkolnym uczniów i agresji rówieśniczej* [w:] J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne – podręcznik metodyczny*, WSP – Centrum Badań Behawioralnych Uniwersytetu Stavanger, Łódź 2010, https://repozytorium.amu.edu.pl/jspui/bitstream/10593/5514/4/Bullying_a_specjalne_potrzeby%20edukacyjne.pdf [dostęp: 13.09.2015].

Coolidge F.L., DenBoer J.W., Segal D.L., *Personality and neuropsychological correlates of bullying behavior*, "Personality and Individual Differences" 2004, 36, s. 1559–1569.

Ćwirynkało K., *Pozycja socjometryczna uczniów niepełnosprawnych a postawa nauczycieli wobec integracji* [w:] Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowolska (red.), *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*, Wyd. UMCS, Lublin 2003.

Deptuła M., *Odrzucenie rówieśnicze*, WN PWN, Warszawa 2013.

Ellis A.A., Shute R., *Teacher responses to bullying in relation to moral orientation and seriousness of bullying*, "British Journal of Educational Psychology" 2007, 77(3), s. 649–663.

Espelage D.L., Anderman E.M., Brown V.E., Jones A., Lane K.L., McMahon S.D., Reddy L.A., Reynolds C.R., *Understanding and preventing violence directed against teachers: Recommendations for a national research, practice, and policy agenda*, "American Psychologist" 2013, 68(2), s. 75–87.

Fekkes M., Pijpers F.I.M., Fredriks A.M., Vogels T., Verloove-Vanhorick S.P., *Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms*, "Pediatrics" 2006, 117(5), s. 1568–1574.

Ferguson C.J., San Miguel C., Kilburn J.C., Sanchez P., *The effectiveness of school-based anti-bulling programs: A meta-analytic review*, "Criminal Justice Review" 2007, 32(4), s. 401–414.

Flynt S.W., Collins M.R., *Bullying and children with disabilities*, „Journal of Instructional Psychology" 2004, 31(4), s. 330–333.

Fogging, http://www.kenrigby.net/07c-Fogging [dostęp: 21.03.2017].

Gajdzica Z., *O wychowaniu i kształceniu dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych w szkole ogólnodostępnej* [w:] J. Wyczesany, Z. Gajdzica, *Uwarunkowania edukacji i rehabilitacji uczniów o specjalnych potrzebach w rozwoju*, WN AP, Kraków 2006.

Garrity C., Jens K., Porter W., Sager N., Short-Camilli C., *Bully-proofing your school. A comprehensive approach for elementary schools, second edition*, Sopris West, Longmont 2000.

Griffiths L.J., Wolke D., Page A.S., Horwood J.P., ALSPAC Study Team, *Obesity and bullying: Different effects for boys and girls*, "Archives of Disease in Childhood" 2006, 91(2), s. 121–125.

Grzyb B., *Uwarunkowania związane z przenoszeniem uczniów niepełnosprawnych ze szkół integracyjnych do specjalnych*, Impuls, Kraków 2013.

Hallowell E.M., Ratey J.J., *W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*, tłum. I. Sowa, Media Rodzina, Poznań 2004.

Hobbs C.J., Hanks H.G.I., Wynne J.M., *Child abuse and neglect. A Clinician's handbook*, Churchill Livingstone, Edinburgh 1999.

Hodges E., Perry D., *Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers*, „Journal of Personality and Social Psychology" 1999, 76(4), s. 677–685.

Holzbauer J.J., Conrad C.F., *A typology of disability. Harassment in secondary schools*, "Career Development for Exceptional Individuals" 2010, 33(3), s. 143–154.

Horwood J., Waylen A., Herrick D., Williams C., Wolke D., *Common visual defects and peer victimization in children*, "Investigative Ophthalmology & Visual Science" 2005, 46(4), s. 1177–1181.

Jachimczak B., *Uczeń z ADHD w roli sprawcy i ofiary zachowań agresywnych* [w:] J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne – podręcznik metodyczny*, WSP – Centrum Badań Behawioralnych Uniwersytetu Stavanger, Łódź 2010, https://

repozytorium.amu.edu.pl/jspui/bitstream/10593/5514/4/Bullying_a_specjalne_potrzeby%20edukacyjne.pdf [dostęp: 13.09.2015].

Jansen D.E., Veenstra R., Ormel J., Verhulst F.C., Reijneveld S.A., *Early risk factors for being a bully, victim, or bully/victim in late elementary and early secondary education. The longitudinal TRAILS study*, „BMC Public Health" 2011, 11, 440.

Kärnä A., Voeten M., Little T.D., Poskiparta E., Kaljonen A., Salmivalli C., *A large-scale evaluation of the KiVa antibullying program. Grades 4–6*, "Child Development", Special Issue: "Raising Healthy Children" 2011, 82(1), s. 311–330.

Kaukiainen A., Salmivalli C., Lagerspetz K., Tamminen M., Vauras M., Mäki H., Poskiparta E., *Learning difficulties, social intelligence, and self-concept: Connections to bully-victim problems*, "Scandinavian Journal of Psychology" 2002, 43(3), s. 269–278.

Kelly E.V., Newton N.C., Stapinski L.A., Slade T., Barrett E.L., Conrod P.J., Teesson M., *Suicidality, internalizing problems and externalizing problems among adolescent bullies, victims and bully-victims*, "Preventive Medicine" 2015, 73, s. 100–105.

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz.U. z 2012 r., poz. 1169, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120001169 [dostęp: 23.09.2015].

Kummant M. (oprac.), *Tendencje w kształceniu integracyjnym w Polsce w latach 2003–2008. Raport przygotowany na podstawie bazy danych o przedszkolach i szkołach z oddziałami integracyjnymi prowadzonej w Centrum Metodycznym Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej*, Pracownia Wspomagania Rozwoju i Integracji CMPPP, Warszawa 2008, http://docplayer.pl/2376278-Raport-tendencje-w-ksztalceniu-integracyjnym-w-polsce-w-latach-2003-2008.html [dostęp: 20.03.2017].

Kumpulainen K., Räsänen E., Puura K., *Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying*, "Aggressive Behavior" 2001, 27(2), s. 102–110.

Little L., *Middle-class mothers' perceptions of peer and sibling victimization among children with Asperger's syndrome and nonverbal learning disorders*, "Issues in Comprehensive Pediatric Nursing" 2002, 25, s. 43–57.

Little L., *Victimization of children with disabilities* [w:] K.A. Kendall-Tackett (ed.), *Health consequences of abuse in the family: A clinical guide for evidence-based practice*, APA, Washington 2004.

Livingstone S., Palmer T., *Identifying vulnerable children online and what strategies can help them. Report of a seminar arranged by the UKCCIS Evidence Group on 24th January, 2012*, LSE, London 2012.

Maag J.W., Katsiyannis A., *Bullying and students with disabilities. Legal and practice considerations*, "Behavioral Disorders" 2012, 37(2), s. 78–86.

Maciarz A., *Integracja edukacyjna w świetle oczekiwań i doświadczeń dzieci niepełnosprawnych*, „Szkoła Specjalna" 2003, nr 4.

Mastropieri M.A., Scruggs T.E., *Enhancing school success with mnemonic strategies*, 1998, http://www.ldonline.org/article/5912 [dostęp: 23.09.2015].

McNamara B.E., *Bullying and students with disabilities. Strategies and techniques to create a safe learning environment for all*, Sage, Thousand Oaks 2013 [Kindle Edition].

McNamara B.E., *HA HA SO strategies*, 2013, http://www.bayschools.com/Portals/24/Bullying/hahaso.pdf [dostęp: 19.03.2017].

Mellibruda J., *Pułapka nie wybaczonej krzywdy*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1999.

Mikołajczyk-Lerman G., *Między wykluczeniem a integracją. Realizacja praw dziecka niepełnosprawnego i jego rodziny. Analiza socjologiczna*, Wyd. UŁ, Łódź 2013.

Mikrut A., *Stygmat „upośledzenie umysłowe" a ryzyko zostania ofiarą przemocy*, „Szkoła Specjalna" 2007, nr 3.

Mishna F., *Learning disabilities and bullying. Double jeopardy*, „Journal of Learning Disabilities" 2003, 36(4), s. 336–347.

Mock D.R., Kauffman J.M., *The delusion of full inclusion* [w:] J.W. Jacobson, R.M. Foxx, J.A. Mulick (eds.), *Controversial therapies for developmental disabilities: Fad, fashion, and science in professional practice*, Routledge, New York 2010.

Nabuzoka D., *Teacher ratings and peer nominations of bullying and other behaviour of children with and without learning difficulties*, "Educational Psychology" 2003, 23(3), s. 307–321.

Nabuzoka D., Smith P.K., *Sociometric status and behaviour of children with and without learning difficulties*, "The Journal of Child Psychology and Psychiatry" 1993, 34(8), s. 1435–1448.

Oh I., Moss J.M., *School bullying of students with special needs: Counseling issues and effective interventions*, "Journal Of Asia Pacific Counseling" 2012, 2(2), s. 147–160.

Olweus D., *Bullying at school: What we know and what we can do*, Blackwell, Oxford 1993.

Plichta P., *Młodzi użytkownicy nowych mediów z niepełnosprawnością intelektualną. Między korzyściami i zagrożeniami*, „Dziecko Krzywdzone" 2013, t. 12, nr 1, http://dziecokrzywdzone.fdn.pl/sites/default/files/file/kwartalnik/Vol_12_Nr_1_42/Plichta_P_2013_Mlodzi_uzytkownicy_nowych_mediow.pdf [dostęp: 13.09.2015].

Plichta P., *Przemoc rówieśnicza i uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – uwarunkowania i propozycje rozwiązań profilaktycznych*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka" 2016, nr 15(1).

Plichta P., *Rozpowszechnienie* cyberbullyingu *i innych form agresji elektronicznej wśród uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną*, „Niepełnosprawność. Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania" 2015, nr 1, http://www.pfron.org.pl/download/5/575/06PiotrPlichta.pdf [dostęp: 13.09.2015].

Plichta P., *Uczniowie niepełnosprawni intelektualnie jako ofiary i sprawcy agresji rówieśniczej – kontekst edukacyjny* [w:] J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne – podręcznik metodyczny*, WSP – Centrum Badań Behawioralnych Uniwersytetu Stavanger, Łódź 2010, https://repozytorium.amu.edu.pl/bitstream/10593/5514/4/Bullying_a_specjalne_potrzeby%20edukacyjne.pdf [dostęp: 22.03.2017].

Plichta P., Olempska-Wysocka M., *Agresja rówieśnicza – dzieci i młodzież o specjalnych potrzebach edukacyjnych* [w:] *Materiały szkoleniowe Ośrodka Rozwoju Edukacji. Szkolenie* pt. *„Liderzy profilaktyki agresji i przemocy", 2014*, zadanie sfinansowane z Rządowego Programu na lata 2014–2016 „Bezpieczna i przyjazna szkoła", niepublikowane.

Plichta P., Olempska-Wysocka M., *Agresja rówieśnicza wobec uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w relacjach pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych*, „Studia Edukacyjne" 2014, nr 33, https://repozytorium.amu.edu.pl/jspui/bitstream/10593/13621/1/SE%2033_2014_Piotr_Plichta_Magdalena_Olempska_Wysocka.pdf [dostęp: 13.09.2015].

Plichta P., Olempska-Wysocka M., *Narażenie na agresję rówieśniczą niepełnosprawnych uczniów szkół integracyjnych w relacjach nauczycieli wspomagających*, „Studia Edukacyjne" 2013, nr 28, https://repozytorium.amu.edu.pl/jspui/bitstream/10593/11563/1/169-190.pdf [dostęp: 13.09.2015].

Podgórska-Jachnik D., *Uczeń z uszkodzonym słuchem jako agresor i jako ofiara agresji* [w:] J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne – podręcznik metodyczny*, WSP – Centrum Badań Behawioralnych Uniwersytetu Stavanger, Łódź 2010, https://repozytorium.amu.edu.pl/jspui/bitstream/10593/5514/4/Bullying_a_specjalne_potrzeby%20edukacyjne.pdf [dostęp: 13.09.2015].

Prunty A., Dupont M., McDaid R., *Voices of students with special educational needs (SEN): Views on schooling*, "Support for Learning" 2012, 27(1), s. 29–36.

Pyżalski J., *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*, Impuls, Kraków 2012.

Pyżalski J., *Co działa w przeciwdziałaniu przemocy rówieśniczej?*, ORE 2014, https://www.youtube.com/watch?v=IyDoDpK-MBg [dostęp: 13.09.2015].

Pyżalski J., *Polscy nauczyciele i uczniowie a agresja elektroniczna – zarys teoretyczny i najnowsze wyniki badań* [w:] M. Jędrzejko, D. Sarzała (red.), *Człowiek i uzależnienia*, AH im. Aleksandra Gieysztora – ASPRA-JR, Pułtusk – Warszawa 2010.

Pyżalski J., *Przemoc rówieśnicza – o czym musimy pamiętać a często zapominamy*, 2014, http://ore.edu.pl/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=2712:przemoc-rwienicza-o-czym-musimy-pamita-a-czsto-zapominamy&id=55:profilaktyka-agresji-i-przemocy&Itemid=1148 [dostęp: 13.09.2015].

Pyżalski J., Podgórska-Jachnik D. (red.), *Badanie potrzeb i satysfakcji z wybranych usług skierowanych do rodzin z dziećmi z orzeczoną niepełnosprawnością w wieku 8–16 lat. Raport końcowy*, zrealizowany przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, RCPS, Łódź 2015.

Raport o SPE i kształceniu integracyjnym, http://pomocdziecku.um.warszawa.pl/index.php?wiad=143 [dostęp: 13.09.2015].

Raskauskas J., Modell S., *Modifying anti-bullying programs to include students with disabilities*, "Teaching Exceptional Children" 2011, 44(1), s. 60–67.

Reiter S., Lapidot-Lefler N., *Bullying among special education students with intellectual disabilities. Differences in social adjustment and social skills*, "Intellectual and Developmental Disabilities" 2007, 45(3), s. 174–181.

Rose C.A., Espelage D.L., Monda-Amaya L.E., Shogren K.A., Aragon S.R., *Bullying and middle school students with and without specific learning disabilities: An examination of social-ecological predictors*, "Journal of Learning Disabilities" 2015, 48(3), s. 239–254.

Rose C.A., Monda-Amaya L.E., *Bullying and victimization among students with disabilities: Effective strategies for classroom teachers*, "Intervention in School and Clinic" 2012, 48(2), s. 99–107.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, Dz.U. z 2008 r. nr 173, poz. 1072, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20081731072 [dostęp: 23.09.2015].

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 2013 r., poz. 532, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000532 [dostęp: 13.09.2015].

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnospraw-

nych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym, Dz.U. z 2015 r., poz. 1113, http://dziennikustaw.gov.pl/du/2015/1113/D20150001113 01.pdf [dostęp: 13.09.2015].

Sabornie E.J., *Social-affective characteristics in early adolescents identified as learning disabled and nondisabled*, "Learning Disability Quarterly" 1994, 17(4), s. 268–279.

Salmivalli C., *Consequences of school bullying and violence*, 2010, http://www.oecd.org/edu/skills-beyond-school/33866604.pdf [dostęp: 13.09.2015].

Schor D.P., *Sex and sexual abuse in developmentally disabled adolescents*, "Seminars in Adolescent Medicine" 1987, 3(1), s. 1–7.

Sinason V., *The special vulnerability of the handicapped child and adult: with special reference to mental handicap* [w:] C.J. Hobbs, J.M. Wynne (eds.), *Bailliere's Clinical Pediatrics. International Practice and Research*, vol. 1: *Child abuse*, Balliere Tindall, London 1993.

Sudar-Malukiewicz J., *Nauczyciele szkół specjalnych i masowych wobec integracji społecznej osób upośledzonych umysłowo* [w:] A. Maciarz, Z. Janiszewska-Nieścioruk, H. Ochonczenko (red.), *Człowiek niepełnosprawny w rodzinie i w środowisku lokalnym*, LTN, Zielona Góra 2001.

Swearer S.M., Wang C., Maag J.W., Siebecker A.B., Frerichs L.J., *Understanding the bullying dynamic among students in special and general education*, "Journal of School Psychology" 2012, 50(4), s. 503–520.

Szczepanik R., *Elementy pedagogiki specjalnej*, WSHE, Łódź 2007.

Szumski G., *Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych. Sens i granice zmiany edukacyjnej*, WN PWN, Warszawa 2012.

Thompson D., Whitney I., Smith P.K., *Bullying of children with special needs in mainstream schools*, „Support for Learning" 1994, 9(3), s. 103–106.

Unnever J.D., Cornell D.G., *Bullying, self-control, and ADHD*, "Journal of Interpersonal Violence" 2003, 18(2), s. 129–147.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz.U. z 1997 r. nr 123, poz. 776, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19971230776 [dostęp: 13.09.2015].

Vreeman R.C., Carroll A.E., *A systematic review of school-based interventions to prevent bullying*, "Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine" 2007, 161, s. 78–88.

Walk a mile in their shoes. Bullying and the child with special needs. A Report and Guide from AbilityPath.org, 2011, http://abilitypath.org/wp-content/uploads/2015/11/walk-a-mile-in-their-shoes.pdf [dostęp: 21.03.2017].

West A., Salmon G., *Bullying and depression: A case report*, "International Journal of Psychiatry in Clinical Practice" 2000, 4(1), s. 73–75.

Wiener J., *The psychiatric comorbidity hypothesis: A response to San Miguel, Forness, Kavale*, "Learning Disabilities Quarterly" 1998, 21(3), s. 195–201.

Williams C., *Invisible victims. Crime and abuse against people with learning disabilities*, Jessica Kingsley, London 1995.

Wyczesany J., *Rola nauczyciela w procesie rewalidacji dzieci i młodzieży o specjalnych potrzebach edukacyjnych* [w:] C. Kosakowski, A. Krauze, S. Przybyliński (red.), *Pomiędzy teorią a praktyką*, Wyd. UWM, Olsztyn 2006.

2. Specyfika pracy z uczniem z niepełnosprawnością intelektualną oraz z zaburzeniami ze spektrum autyzmu[1]

2.1. Niepełnosprawność intelektualna – aspekty definicyjno-klasyfikacyjne

Niepełnosprawność intelektualna (NI) jest definiowana w Polsce zgodnie z wytycznymi opracowanymi przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, 1997). Zastosowano w nich określenie „upośledzenie umysłowe", które oznacza zahamowanie lub niepełny rozwój umysłowy, wyrażający się przede wszystkim w upośledzeniu umiejętności, które ujawniają się w okresie rozwojowym i stanowią o ogólnym poziomie inteligencji, tzn. zdolności poznawczych, mowy, motorycznych i umiejętności społecznych. Może występować samodzielnie lub z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi. Ujawnia się do 18. roku życia[2].

Wśród specjalistów znane jest również podejście Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) wyrażone w klasyfikacji Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Podobnie jak we wcześniej wskazanej klasyfikacji międzynarodowej (obecnie oczekuje się kolejnej rewizji ICD-11), mamy do czynienia z okresową weryfikacją jej treści i w związku z tym opracowaną w 1994 roku DSM-IV[3] zastąpiła wersja piąta (DSM-5, 2013)[4], w której zaleca

---

1 Termin zgodny z tłumaczeniem zastosowanym w: J. Morrison, *DSM-5® bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, tłum. R. Andruszko, Wyd. UJ, Kraków 2016.

2 B. Cytowska, *Drogi edukacyjne dzieci niepełnosprawnych intelektualnie*, IP UW – ITE, Wrocław – Radom 2002, s. 8–9.

3 Zgodnie z DSM-IV zasadniczą cechą upośledzenia umysłowego jest znacząco niższy poziom ogólnego funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszy obniżenie funkcjonowania przystosowawczego związane z co najmniej dwoma obszarami, takimi jak: komunikacja, troska o siebie, życie w domu, zdolność nawiązywania kontaktów interpersonalnych na płaszczyźnie społecznej, kierowanie sobą, zdolność uczenia się i pracy, czas wolny, zdrowie oraz bezpieczeństwo. Ujawnia się przed ukończeniem 18. roku życia.

4 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*DSM-5*), http://www.dsm5.org/Documents/Intellectual%20Disability%20Fact%20Sheet.pdf [dostęp: 20.11.2015].

się zmianę nazewnictwa z „upośledzenia umysłowego" na „niepełnosprawność intelektualną" (*intellectual disability*). Kryteria diagnostyczne wyznaczające rozumienie terminu są jednak analogiczne i dotyczą ogólnego osłabienia zdolności umysłowych (mierzonych ilorazem inteligencji), które oddziałują na trzy domeny codziennego życia:

– koncepcyjną, obejmującą: umiejętności językowe, czytanie, pisanie, matematykę, rozumowanie, wiedzę i pamięć;
– społeczną, dotyczącą: empatii, osądu społecznego, umiejętności komunikacji interpersonalnej, zdolności do nawiązywania i utrzymywania relacji przyjaźni oraz podobnych zdolności;
– praktyczną, skoncentrowaną na zarządzaniu sobą w takich obszarach, jak: dbanie o siebie, odpowiedzialność zawodowa, zarządzanie pieniędzmi, wypoczynek, uczęszczanie do szkoły i wykonywanie zadań.

Wskazane dziedziny życia i szczegółowe zakresy utrudnionego funkcjonowania muszą się ujawnić w okresie rozwojowym. Niepełnosprawność intelektualna może współwystępować z depresją, deficytami uwagi, nadaktywnością oraz ze spektrum zaburzeń autystycznych.

W Polsce doczekaliśmy się wreszcie formalnej zmiany w nomenklaturze[5]. W ustawie z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty wprowadzono, przez art. 1, pkt 2, litera c ustawy z dnia 20 lutego 2015 roku o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw[6], korektę polegającą na dodaniu w art. 3 nowego punktu (18b) określającego upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym lub głębokim jako niepełnosprawność intelektualną w stopniu odpowiednio lekkim, umiarkowanym, znacznym lub głębokim. Być może taka zmiana w nazewnictwie to tylko słowa, jednak skoro język konstruuje „duchową" rzeczywistość człowieka[7], to można oczekiwać, że myślenie o osobach z NI także się zmieni – z upośledzającego ich całe jestestwo na takie, w którym nie należy oceniać ich jedynie przez pryzmat deficytów rozwojowych, tylko warto dostrzegać ich mocne strony i doceniać możliwości, a co najistotniejsze wreszcie trzeba przyznać im takie same prawa jak innym obywatelom naszego kraju.

Już w konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych – ratyfikowanej przez Polskę w 2012 roku – uznano, że niepełnosprawność jest wynikiem interakcji pomiędzy osobami z dysfunkcjami a barierami środowiskowymi i ogra-

---

5 Zalecenia przekazywane były wielokrotnie przez światowe organizacje, takie jak: WHO, ONZ, Rada Europy, IASSIDD (International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities), AAIDD (American Association on Intellectual Developmental Disabilities).

6 Ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2015 r., poz. 357, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150000357 [dostęp: 19.03.2017].

7 M. Wendland, *Konstruktywizm komunikacyjny*, WN IF UAM, Poznań 2011, s. 222.

niczeniami wynikającymi z postaw ludzkich, co stanowi przeszkodę w pełnym uczestnictwie osób niepełnosprawnych w życiu społecznym, na równych zasadach z innymi obywatelami. W art. 1 konwencji doprecyzowano:

> Do osób niepełnosprawnych zalicza się te osoby, które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami[8].

W polskim systemie prawnym korzystanie osób z NI z praw obywatelskich modyfikuje jedynie procedura ubezwłasnowolnienia. Ubezwłasnowolnienie całkowite wiąże się z orzeczonym przez sąd brakiem możliwości samostanowienia o sobie, samodzielnego podejmowania decyzji oraz zwalnia z odpowiedzialności za swoje czyny w sytuacji prawnej. Ubezwłasnowolnienie częściowe, jak sama nazwa wskazuje, działa w wybranych zakresach funkcjonowania i jest określane indywidualnie. Obie procedury wprowadza się w celu ochrony osób – nie tylko z niepełnosprawnością intelektualną – przed czyhającymi niebezpieczeństwami związanymi z ich słabymi umiejętnościami (lub ich brakiem) w rozpoznawaniu i unikaniu zagrożeń[9]. Jednak w obu przypadkach osoby z NI nie tracą prawa do edukacji, opieki i wsparcia (pomocy).

W literaturze przedmiotu funkcjonowanie osób z NI wciąż jest opisywane w odniesieniu do deficytów zauważalnych w obszarach wskazanych przez przytaczane definicje – najbardziej precyzyjnie określonych w klasyfikacji DSM-5.

Tabela 1. Różnice w podejściu do niepełnosprawności intelektualnej w ICD-10 i DSM-5

ICD-10	DSM-5
Upośledzenie umysłowe	Niepełnosprawność intelektualna (zaburzenia rozwoju intelektualnego)
Dominuje kryterium funkcjonowania poznawczego (wyrażone IQ)	Dominuje kryterium funkcjonowania adaptacyjnego (wyrażone w trzech domenach: koncepcyjnej, społecznej i praktycznej)
Kryterium rozwojowe	Kryterium rozwojowe

Źródło: opracowanie własne.

8 Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz.U. z 2012 r., poz. 1169, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120001169 [dostęp: 19.03.2017].

9 Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 r. nr 16, poz. 93, http://prawo.money.pl/kodeks/cywilny/dzial-i-osoby-fizyczne/rozdzial-i-zdolnosc-prawna-i-zdolnosc-do-czynnosci-prawnych [dostęp: 20.03.2017].

2.2. Charakterystyka rozwoju i funkcjonowania dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną

W związku z założeniami niniejszego rozdziału odniosę się do specyfiki funkcjonowania dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście ich możliwości oraz wskażę, jak można wykorzystać dla dobra jednostki jej mocne i słabe strony albo przeciwnie – zablokować lub utrudnić jej rozwój.

Z informacji przekazywanych przez rodziców i nauczycieli oraz danych z licznych opracowań medycznych i psychologicznych wynika, że w okresie wczesnodziecięcym rozwój psychomotoryczny tej grupy, która z czasem nabędzie etykietę osób z niepełnosprawnością intelektualną, jest całościowo opóźniony[10]. Modyfikacje dotyczą tempa i jakości dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego, co może być widoczne w lokomocji i działaniu (motoryka duża i mała) oraz we wczesnych fazach rozwoju mowy. Dziecko, które nie radzi sobie z zadaniami rozwojowymi, może wyzwalać w opiekunach zachowania pomocowe bądź irytację. Dobrze pojęta pomoc nie musi oznaczać zależności od rodziców i ukształtowania się u nich postawy nadopiekuńczości, irytacja zaś niekoniecznie prowadzi do nabycia postaw negatywnych lub obojętnych. Natomiast utrwalone reakcje rodziców – zablokowane na dostrzeganie czasami powolnych, ale jednak postępujących zmian w rozwoju ich dziecka – mogą się przyczynić do „programowania" jego zachowań jako nieporadnych, zdominowanych lękiem i nastawionych na uzyskanie wsparcia. Przeciwstawienie się skryptowi jest w przypadku tej grupy dzieci niemal niemożliwe, gdyż nawet jeśli się buntują – szczególnie wówczas, gdy są starsze – może to być odbierane jako nieradzenie sobie z emocjami, jako zachowania trudne, czy też zaburzenia w zachowaniu, które wymagają nierzadko interwencji terapeutycznej o charakterze medycznym. Teoria transakcji międzypokoleniowej[11] czy teorie ról społecznych jednoznacznie wskazują na przeniesienie rozczarowania rodziców na zachowanie ich dzieci i odwrotnie (jako cykl zwrotny) – granie roli słabszego kształtuje się w odpowiedzi na postawę rodzica: albo nadopiekuńczą, albo wycofującą się, unikającą czy wręcz wrogą. Opiekun z czasem przestaje stawiać wymagania, zwłaszcza gdy pozwolił sobie wmówić winę za stan potomka, zaczyna wątpić w swoje dziecko, w siebie jako opiekuna i wychowawcę.

Taka sytuacja może też mieć miejsce w przedszkolu i szkole. Postrzeganie dziecka/ucznia zgodnie z sugestią opracowań pedagogicznych i psychologicznych z jednej strony pomaga wyjaśniać jego problemy (wówczas nauczyciel czuje się usprawiedliwiony, gdy nie może zrealizować założeń programowych), z drugiej –

---

10 Por. J. Wyczesany, *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Impuls, Kraków 2004.

11 Por. R. Dehner, U. Dehner, *W co oni grają. Manipulacje w codziennym życiu*, tłum. W. Chyżyńska, Helion, Warszawa 2009.

nastawia pedagoga na sprawdzenie, czy uczeń, którego ma w klasie/grupie, działa zgodnie ze wzorcem „upośledzonego". Konsekwencje wspomnianych zależności mogą się wyrażać w ograniczeniu lub wręcz braku samodzielności jednostki, pomysłowości, inicjatywy i przemyślanego planu działania, w zmniejszonym poczuciu odpowiedzialności, nieadekwatnej, często zaniżonej samoocenie, słabszej samokontroli.

Dziecku w uczeniu najbardziej przeszkadzają trudności wynikające z osłabionych procesów myślenia[12]. Jeśli opóźnione jest myślenie przyczynowo-skutkowe, co odbija się nie tylko na edukacji, lecz także przenosi na codzienne życie, to jednostce trudno przewidzieć skutki swojego działania, co może prowadzić do popełniania błędów, nieprzewidywalnych, wręcz niebezpiecznych zachowań, których często bolesne następstwa mogą w konsekwencji blokować penetrację otoczenia, spontaniczność i aktywność poznawczą, a także skutkować (jak już wyżej wspomniałam) rozwojem postaw lękowych i zachowawczych.

W niektórych charakterystykach rozwoju i funkcjonowania osób z niepełnosprawnością intelektualną można się spotkać z określeniem „brak logicznego myślenia"[13]. W stosunku do dzieci i młodzieży z lżejszymi postaciami NI jest to zbyt radykalne stwierdzenie, natomiast trudno się z nim nie zgodzić w odniesieniu do głębszych stopni NI. Pierwsza grupa wymaga czasu i dojrzałości społecznej, ciągłego praktykowania planowania działania, wyciągania wniosków i określania przyczyn oraz podejmowania prób generalizowania efektów na inne obszary funkcjonowania. Połączenie działania matematycznego z jego przydatnością życiową daje najlepsze efekty. Druga grupa, u której zwykle stwierdza się poważniejsze uszkodzenia organiczne ośrodkowego układu nerwowego (na skutek niedotlenienia, niedokrwienia, infekcji bakteryjnych lub wirusowych, obciążeń metabolicznych lub nieprawidłowości uwarunkowanych genetycznie), wykazuje znaczące ograniczenia w wyższych czynnościach mózgowych. Tradycyjne uczenie się nie przynosi u nich rezultatów. Jednak niejednokrotnie może zadziwić doskonała, choć wybiórcza, pamięć np. miejsca, osoby, sytuacji. Dzięki stałości i schematyczności pewnych aktywności, w powiązaniu z emocjami i przyjemnymi doznaniami osoby z najgłębszą nawet niepełnosprawnością intelektualną potrafią wiele zapamiętać i zrozumieć. U dzieci i młodzieży z umiarkowanym i znacznym stopniem NI zauważa się dobrą pamięć mechaniczną. Łatwo przychodzi im zapamiętywanie wierszy, rymowanek, ciągów czy szeregów elementów, zdarzeń, co warto uwzględnić w edukacji.

Pamięć i myślenie wymagają dobrej koncentracji uwagi. Ta umiejętność, niezbędna w procesach poznawczych, bywa poważnie zakłócona u charakteryzowa-

---

12 Por. I. Obuchowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1999.

13 Zob. np. L. Bobkowicz-Lewartowska, *Niepełnosprawność intelektualna. Diagnozowanie, edukacja i wychowanie*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2011.

nej grupy[14]. Można spróbować spojrzeć na to utrudnienie z perspektywy samego dziecka/ucznia. Poczucie ciągłego napływu bodźców o podobnej sile oddziaływania bez strukturalnie uwarunkowanych mechanizmów ich selekcji czasem jest nie do zniesienia, męczy, co wyzwala procesy obronne, które w odbiorze społecznym postrzegane są jako zachowania trudne, takie jak: autoagresja lub agresja wobec otoczenia, stereotypie, wycofanie, apatia. Dziecko zdekoncentrowane potrzebuje więcej czasu na odbiór i przetwarzanie bodźców. Jeśli ta jego potrzeba jest niezrozumiana i niezaspokojona przez otoczenie, to pojawia się frustracja, a wraz z nią brak wiary w siebie, poczucie niepowodzenia i niezrozumienia przez ważne dla niego osoby.

Fizyczny rozwój i funkcjonowanie dziecka z NI zależą również od stanu ośrodka czuciowo-ruchowego w mózgu[15]. Większość dzieci i młodzieży z lżejszymi postaciami niepełnosprawności intelektualnej, bez sprzężeń z innymi zaburzeniami, chorobami czy niepełnosprawnościami, nie różni się znacząco od pozostałych rówieśników w danej populacji. Jest tak samo sprawna lokomocyjnie i w zakresie ogólnej aktywności, czasami jednak w czynnościach wymagających precyzji wykazuje deficyty, np. w koordynacji w zakresie motoryki dużej (częściej jednak małej), w sprawności manualnej, a szczególnie w grafomotoryce. Wspomniane problemy wiążą się z niewspółmiernym napięciem mięśniowym, czasami wzmożonym, czasami osłabionym, a jeszcze trudniej jednostce skoordynować precyzję ruchów, gdy napięcie jest mieszane, np. na obwodzie osłabione, a w centrum ciała wzmożone lub odwrotnie. I znów warto sobie wyobrazić, ile energii i czasu traci organizm na wyrównywanie tego typu dysfunkcji, i zrozumieć, dlaczego dziecko jest przemęczone, a przy głębszych deficytach wręcz wyczerpane po kilku godzinach pobytu w szkole lub przedszkolu, dlaczego wolniej pracuje w sytuacji zadaniowej.

Jeżeli niepełnosprawność intelektualna występuje jako objaw towarzyszący pierwotnym zaburzeniom, jak to jest w przypadku mózgowego porażenia dziecięcego, zespołu Downa, czy innych chorób/wad genetycznych, to deficyty w funkcjonowaniu motoryki dużej i małej mogą także utrudniać dziecku osiągnięcie samodzielności w różnych sferach życia i uzależnić je od pomocy innych.

Zmaganie się z dysfunkcjami w sferze fizycznej oraz utrudnieniami procesu poznawczego wiąże się zwykle z problemami z utrzymaniem równowagi emocjonalnej. Oczywiście, o intensywności okazywania przeżywanych emocji decydują osobnicze właściwości charakterologiczne, jednak na te genetyczne uwarunko-

---

14 Por. I. Chrzanowska, *Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności*, Impuls, Kraków 2015.

15 R.J. Kijak, *Niepełnosprawność intelektualna. Między diagnozą a działaniem*, CRZL, Warszawa 2013, http://irss.pl/wp-content/uploads/2013/11/Niepe%C5%82nosprawno%C5%9B%C4%87%20intelektualna.pdf [dostęp: 12.01.2016].

wania mogą się nakładać deficyty intelektualne. Osoba z niepełnosprawnością intelektualną, przejawiając słabsze zdolności analizy oraz syntezy kognitywnej, z utrudnieniem wyciągając wnioski i jeszcze słabiej generalizując zdobytą wiedzę oraz umiejętności, ma kłopoty z kontrolą emocji, rozumieniem społeczno-kulturowych norm zachowania i ich respektowaniem. Czy w tym przypadku można użyć określenia z opracowań z zakresu pedagogiki specjalnej opisującego wspomniane trudności jako „niedorozwój uczuć wyższych" (społecznych, moralnych, patriotycznych, estetycznych)? Czy to jednak nie jest zbytnie uogólnienie, uproszczenie, które dyskredytuje całą populację? Znałam kobietę z głęboką NI, która nie potrafiła wyrazić swojego gustu muzycznego, jednak słuchanie *Czterech pór roku* Vivaldiego, szczególnie *Wiosny*, wywoływało u niej łzy wzruszenia, przyśpieszony oddech i gęsią skórkę na ramionach.

2.3. Autyzm – terminologia

Terminologia charakteryzująca autyzm jest ciągle modyfikowana. Można przypuszczać, że wiąże się to z coraz lepszym poznaniem sedna tego zaburzenia oraz wnikliwszą i bardziej precyzyjną jego diagnozą. E. Pisula dokonała zestawienia określeń, które były i są stosowane zamiennie[16]:

– „autyzm klasyczny" zwany zespołem Kannera (od nazwiska odkrywcy) – nomenklatura dziś już nieużywana, „autyzm wczesnodziecięcy" (termin również wprowadzony przez L. Kannera);
– „autyzm dziecięcy" – nazwa zastosowana przez WHO w klasyfikacji ICD, skrytykowana za sugestię jakoby autyzm dotyczył jedynie dzieci;
– „autyzm atypowy" – termin wprowadzony przez ICD-10; wskazuje, że nie wszystkie objawy mogą czy muszą wystąpić w przebiegu zaburzenia;
– cechy, tendencje, zachowania autystyczne – pojęcie stosowane w sytuacji niejasności etiologii oraz braku typowego przebiegu zaburzeń;
– „zaburzenia autystyczne" – określenie wprowadzone przez DSM-IV.

Kolejne wersje klasyfikacji DSM wciąż modyfikowały wykorzystywaną terminologię. W DSM-IV-TR wprowadzono termin „całościowe zaburzenia rozwojowe", który obejmował: zaburzenia autystyczne, zespół Aspergera, zespół Retta, dziecięce zaburzenia dezintegracyjne. Najnowsza wersja zestawienia, DSM-5, przygotowana przez American Psychiatric Association (APA), poszerza pojęcie i zaleca jego powszechne użycie. Zaproponowana w DSM-5 nomenklatura, czyli „spektrum zaburzeń autystycznych" (ang. *autistic spectrum disorder*, ASD), wiąże się również ze zmianą kryteriów diagnostycznych, które dotyczą obecnie tylko

16 E. Pisula, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Gdańsk 2012, s. 13–15.

dwóch domen, będących scaleniem obowiązujących wcześniej trzech sfer[17]: deficytów społeczno-komunikacyjnych oraz uporczywych zainteresowań i powtarzalnych zachowań.

W DSM-5 wyróżniono cztery kryteria diagnostyczne autyzmu. Aby potwierdzić wystąpienie zaburzeń ze spektrum autyzmu, musi się ujawnić co najmniej sześć cech wymienionych w poszczególnych punktach (w tym co najmniej dwie wspomniane w punkcie 1 i po jednej z punktu 2)[18]:

1. Klinicznie znaczące, stałe nieprawidłowości w obrębie komunikacji społecznej i interakcji wyrażające się przez:
   – wyraźne deficyty w komunikacji werbalnej i niewerbalnej wykorzystywanej w interakcjach społecznych,
   – brak wzajemności społecznej,
   – nieumiejętność rozwijania i utrzymywania relacji z rówieśnikami właściwej dla poziomu rozwoju.
2. Ograniczone, powtarzalne wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności objawiające się poprzez co najmniej dwa z poniższych objawów:
   – stereotypowe zachowania motoryczne/werbalne lub nietypowe zachowania sensoryczne,
   – nadmierne przywiązanie do rutyny i zrytualizowanych wzorców zachowania,
   – ograniczone zainteresowania.
3. Objawy muszą wystąpić we wczesnym dzieciństwie (ale mogę się nie manifestować w pełni dopóty, dopóki oczekiwania społeczne nie przekroczą ograniczonych możliwości dziecka).
4. Symptomy razem wzięte ograniczają i upośledzają codzienne funkcjonowanie.

W Polsce wciąż obowiązuje klasyfikacja WHO, czyli ICD-10, w ramach której autyzm (dziecięcy i atypowy) zaliczany jest do całościowych zaburzeń rozwoju, wraz z zespołem Aspergera, Retta oraz dziecięcymi zaburzeniami dezorientacji. W tabeli 2 porównano klasyfikacje ICD-10 i DSM-5 w odniesieniu do kryteriów opisujących autyzm.

---

17 R. Stefańska-Klar, [*Autyzm i jego spektrum*], http://www.autyzm.wroclaw.pl/images/art_img/renata%20stefanska.pdf [dostęp: 3.02.2016].

18 Na podstawie: *Klasyfikacje diagnostyczne DSM-V i ICD-10 – kryteria diagnostyczne autyzmu*, 18.06.2015, http://polskiautyzm.pl/klasyfikacje-diagnostyczne-autyzmu/ [dostęp: 2.02.2016]; R. Stefańska-Klar, [*Autyzm i jego spektrum*], *op. cit*.

Tabela 2. Porównanie ICD-10 i DSM-5 w odniesieniu do autyzmu

ICD-10	DSM-5
Całościowe zaburzenia rozwoju (CZR, ang. *pervasive developmental disorder*, PDD)	Spektrum zaburzeń autystycznych (ang. *autistic spectrum disorder*, ASD)
Jednostki chorobowe: autyzm dziecięcy, zespół Aspergera, zespół Retta, dziecięce zaburzenie dezintegracyjne	Stopnie nasilenia zaburzeń od L1 do L3 oraz współwystępujące zaburzenia i choroby (np. niepełnosprawność intelektualna, choroby genetyczne)
Zaburzenia (opóźnienia) rozwoju mowy jako objaw autyzmu dziecięcego	Brak tego kryterium, występowanie opóźnień rozwoju mowy jest natomiast czynnikiem wpływającym na stopień nasilenia zaburzeń
Triada objawów: – zaburzenia interakcji społecznych – zaburzenia komunikacji – stereotypy	Dwie grupy objawów: – zaburzenia relacji społecznych – stereotypowe zachowania/zainteresowania
Wystąpienie zaburzeń przed 3. rokiem życia	Początek objawów we wczesnym dzieciństwie
Oddzielna grupa zaburzeń	Zaburzenia neurorozwojowe

Źródło: M. Burzyńska, *ICD-11 – co nowego w klasyfikacji*, http://www.poradnikautystyczny.pl/post/artykuly/icd_11_co_nowego_w_klasyfikacji [dostęp: 19.03.2017].

W DSM-5 termin „całościowe zaburzenia rozwoju" zastąpiono określeniem „spektrum zaburzeń autystycznych". Usunięto jednostki zaliczane do całościowych zaburzeń rozwoju, tj. zespół Retta i dziecięce zaburzenia dezintegracyjne, natomiast zespół Aspergera został włączony do spektrum jako jeden z rodzajów autyzmu o słabszym natężeniu symptomów, wedle wyodrębnionej trójstopniowej klasyfikacji nasilenia objawów oraz stopnia ich wpływu na codzienne funkcjonowanie i wymagane w tym zakresie wsparcie (skala od L1 do L3)[19].

W najnowszej wersji klasyfikacji wykreślono obszar związany z zaburzeniami języka i komunikacji, motywując to tym, że nie jest on charakterystyczny wyłącznie dla zaburzeń należących do spektrum autyzmu i pokrywa się z trudnościami o charakterze wyłącznie językowym i związanym z mową (np. afazja), podczas gdy część osób z autyzmem (autyzm wysokofunkcjonujący i zespół Aspergera) nie doświadcza większych trudności w tym zakresie. Zalecono natomiast uwzględnienie w diagnozie: zdolności poznawczych (uchwycenie niepełnosprawności intelektualnej, jej stopnia), zdolności językowych (ewentualne wystąpienie zaburzeń rozwoju mowy) oraz chorób współistniejących[20].

Ponadto dodano nową grupę zaburzeń – zaburzenia neurorozwojowe, do których zalicza się: niepełnosprawność intelektualną (zaburzenia rozwoju intelektualnego), zaburzenia komunikacji/rozwoju mowy, ADHD, specyficzne za-

19 M. Burzyńska, *ICD-11...*, *op. cit.*
20 Na podstawie: *Klasyfikacje diagnostyczne...*, *op. cit.*

burzenia umiejętności szkolnych (dysleksja, dyskalkulia, dysgrafia), zaburzenia motoryczne[21].

Wykluczono również dotychczas obowiązujące kryterium wieku, w którym pojawiają się pierwsze objawy choroby, a zastąpiono je określeniem „początek we wczesnym dzieciństwie"[22]. Zaburzenia ze spektrum autyzmu są zaburzeniami neurorozwojowymi i muszą być obecne od niemowlęctwa lub wczesnego dzieciństwa, ale mogą nie być rozpoznane w tym okresie z powodu minimalnych wymagań społecznych i wsparcia ze strony rodziców oraz opiekunów dostarczanego we wczesnych latach życia człowieka.

2.4. Specyfika zachowania dzieci i młodzieży z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD)

Wspomniane kryteria diagnostyczne zawarte w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wskazują na specyfikę funkcjonowania osoby/dziecka w poszczególnych obszarach branych pod uwagę w trakcie diagnozy.

Odwołując się do domeny dotyczącej zaburzeń komunikacji społecznej i interakcji międzyludzkich w różnych sytuacjach codziennych, należy zwrócić uwagę na[23]:

- deficyty w zakresie społeczno-emocjonalnej wzajemności; od anormalnego podejścia społecznego i niepowodzenia w zwykłej dwustronnej konwersacji, przez zredukowanie dzielenia zainteresowań, emocji i afektu oraz reakcji aż po całkowity brak inicjowania interakcji społecznej;
- deficyty w zakresie zachowań o charakterze komunikacji niewerbalnej, używanych w celu interakcji społecznej; począwszy od słabo zintegrowanej komunikacji werbalnej i niewerbalnej, przez anormalność kontaktu wzrokowego i języka ciała lub deficytów w zakresie rozumienia i stosowania komunikacji niewerbalnej aż do całkowitego braku ekspresji twarzy lub gestów;
- deficyty dotyczące rozumienia i utrzymywania relacji, odpowiednio do poziomu rozwojowego (oprócz tych związanych z opiekunami); ich stopień może być różny: od trudności w doborze zachowania w odpowiednich kontekstach społecznych, przez trudności w dzieleniu zabawy wyobrażeniowej i nawiązywaniu przyjaźni po widoczny brak zainteresowania ludźmi.

---

21 *Klasyfikacje diagnostyczne...*, *op. cit.*
22 M. Burzyńska, *ICD-11...*, *op. cit.*
23 R. Stefańska-Klar, [*Autyzm i jego spektrum*], *op. cit.*

Z kolei w obszarze zachowań, zainteresowań i aktywności można zaobserwować[24]:

– STEREOTYPOWĄ LUB POWTARZALNĄ MOWĘ, RUCHY LUB POSŁUGIWANIE SIĘ PRZEDMIOTAMI, np.: proste stereotypie ruchowe, echolalia, powtarzalne używanie przedmiotów lub idiosynkratyczne frazy;
– NADMIERNE WYKORZYSTANIE RUTYNY, ZRYTUALIZOWANYCH WZORCÓW ZACHOWAŃ WERBALNYCH LUB NIEWERBALNYCH LUB NADMIERNY OPÓR WOBEC ZMIANY, np.: rytuały ruchowe, naciskanie na pójście tą samą drogą lub na spożywanie tego samego jedzenia, powtarzanie tego samego pytania lub skrajny dystres w odpowiedzi na małe zmiany;
– WYSOCE OGRANICZONE, UPORCZYWE ZAINTERESOWANIA, ANORMALNE POD WZGLĘDEM INTENSYWNOŚCI LUB PRZEDMIOTU UWAGI, takie jak: silne przywiązanie do lub zajmowanie się niezwykłymi obiektami, zainteresowania, które są nadmiernie zawężone lub powtarzające się/persewerujące;
– HIPER- LUB HIPOREAKTYWNOŚĆ NA SENSORYCZNY WKŁAD LUB NIEZWYKŁE ZAINTERESOWANIE SENSORYCZNYMI ASPEKTAMI OTOCZENIA, m.in.: widoczna obojętność na ból/gorąco/zimno, negatywna reakcja na specyficzne dźwięki lub powierzchnie, intensywne wąchanie lub dotykanie przedmiotów, fascynowanie się błyskami światła lub wirującymi przedmiotami.

Opisując codzienne funkcjonowanie dzieci z ASD, niewątpliwie należy się odnieść do rozwoju mowy i komunikacji społecznej. U większości mowa pojawia się z opóźnieniem, część może w ogóle nie mówić, u innych werbalizacja może być mniej płynna, niż oczekuje się tego od dziecka w tym samym wieku.

Dziecko uczęszczające do szkoły ze względu na specyficzny przebieg rozwoju językowego w młodszym wieku może mieć inaczej rozwiniętą mowę niż jego rówieśnicy. Na przykład: powtarza usłyszane słowa lub wyrażenia, zamiast na nie reagować, określa siebie jako „ty", „ona" lub „ono" w wieku starszym niż 3 lata, stosuje słowa nietypowe dla własnego wieku albo używa ograniczonego zasobu językowego lub mówi swobodnie tylko o rzeczach, którymi się interesuje[25].

W późniejszym wieku problemy z komunikacją mogą się utrzymywać, choć w innym wymiarze. Nawet jeśli zasób słownictwa i znajomość gramatyki są na dobrym poziomie, to młody człowiek może mówić niechętnie albo przeciwnie – zalewać słowami, zamiast uczestniczyć w komunikacji dwukierunkowej, co często wiąże się ze specyficznymi zainteresowaniami, o których – szczególnie osoby wyżej funkcjonujące poznawczo i komunikacyjnie – mogą mówić bez ograniczeń. Jednak sposób wysławiania się wykazuje słabe nachylenie na komunikację

24 *Ibidem*.
25 *Spektrum zaburzeń autystycznych. Broszura dla rodziców i opiekunów*, SIGN 2008, http://www.poregizycko.pl/images/PPP/do_pobrania/spektrum_asd.pdf [dostęp: 20.02.2016].

społeczną, a zarazem może być niezgodny z wiekiem – zbyt dorosły lub zbyt poufały, bez rozumienia żartów, ironii i sarkazmu.

W obszarze zachowań społecznych już w niemowlęctwie zauważa się pierwsze symptomy autyzmu, takie jak: niedostrzeganie wokół siebie innych osób, brak lub słaba reakcja na mimikę dorosłego, słaby kontakt wzrokowy, brak naśladownictwa mimiki emocjonalnej (nie pojawia się uśmiech społeczny) oraz słabe reagowanie na emocje rodziców i bliskich (dziecko nie wyciąga rączek, nie odpowiada ożywieniem na zachętę dorosłego, nie wchodzi w dialog naprzemienny na poziomie niewerbalnym)[26]. Te przejawy są szczególnie trudne dla rodziców.

Z wiekiem zakłócenia w relacjach społecznych zaczynają narastać. Dziecko nie wykazuje zainteresowania rówieśnikami, nie bawi się z nimi, a przede wszystkim nie potrafi się bawić w zabawy symboliczne wymagające wyobraźni, samo nie inicjuje zabawy. Nie umie albo słabo wskazuje dorosłemu interesujące go obiekty, nie dzieli zainteresowania z dorosłym, kiedy ten wskazuje mu przedmiot, może mieć problem z lokalizacją miejsca, na które patrzy inna osoba. Nie umie się cieszyć razem z innymi.

W szkole dziecko zachowuje się w sposób często niezrozumiały dla rówieśników, np.: przyłącza się do zabawy innych dzieci w niestosowny sposób, przez co sprawia wrażenie agresywnego, nie potrafi współpracować w trakcie zabawy, czekać na swoją kolej, dostosować się do przyjętej konwencji. Łatwiej zaprzyjaźnia się z dorosłymi lub młodszymi dziećmi niż z osobami w swoim wieku, często też wykazuje zachowania odmienne od rówieśników[27].

Także w stosunku do nauczycieli i innych dorosłych może postępować niestosownie, co trudno zrozumieć rówieśnikom, np.: krytykuje nauczycieli lub nie słucha ich poleceń i zakazów, jest zbyt emocjonalne lub nie nawiązuje żadnych relacji. Kiedy czuje się przytłoczone przebywaniem wśród innych osób, wtedy może się denerwować, zwłaszcza gdy ktoś narusza jego przestrzeń osobistą lub gdy jest ponaglane.

Osoby z zaburzeniami ze spektrum autyzmu także w dorosłości mogą wykazywać trudności w nawiązywaniu kontaktu fizycznego z innymi ludźmi, unikają bliskości innych, a przy tym nie zdają sobie sprawy z tego, jaki kontakt fizyczny w stosunku do innej osoby jest właściwy[28].

W zakresie zainteresowań i codziennych aktywności pierwsze symptomy wskazujące na zaburzenia ze spektrum autyzmu dotyczą preferencji lub awersji zmysłowych, nazwanych przez badaczy sensoryzmami[29]. Już niemowlę może pła-

---

26 Por. B. Winczura, *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Impuls, Kraków 2008, s. 25.

27 *Ibidem*, s. 29.

28 E. Pisula, *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Harmonia, Gdańsk 2010.

29 C.H. Delacato, *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, tłum. M. Główczak, Fundacja Synapsis, Gdańsk 1995.

kać i wyrywać się rodzicowi, który chce je przytulić. Dziecku mogą przeszkadzać zapach (nadwrażliwość węchowa) lub dotyk (nadwrażliwość taktylna lub/i proprioceptywna). Przy nadwrażliwości węchowej (a także smakowej) pojawiają się liczne problemy ze spożywaniem posiłków, np.: preferowanie tylko wybranych smaków, wypluwanie pokarmów, torsje i wymioty. Jeśli przewrażliwiony (obniżony próg wrażliwości) jest dotyk, to dziecko unika noszenia niektórych tkanin, mogą je denerwować metka lub szew w ubraniu. Źle znosi dotyk innej osoby, nawet rodziców.

Często spotykane są też nadwrażliwość słuchowa i wzrokowa. Odczuwaniu pierwszej awersji często towarzyszą płacz, pisk i krzyk lub, u starszego dziecka, buczenie, głośne mówienie do siebie, zatykanie uszu – po to, żeby zagłuszyć lub odizolować się od źródła nieprzyjemnych bodźców. Drugi typ nadwrażliwości utrudnia dziecku kontakt ze światłem dziennym i sztucznym (głównie białym, jasnym) oraz niektórymi kolorami i kontrastowym ich zestawieniem. Dziecko może łzawić, mrużyć i pocierać oczy, w skrajnych przypadkach protestuje przeciwko wychodzeniu na zewnątrz.

Nadwrażliwość przedsionkowa paraliżuje dziecko przed zmianą pozycji ciała. Występuje preferencja pozycji leżącej lub siedzącej, w trakcie poruszania się osoba może się zataczać, chodzić niepewnie.

Z kolei nadmierna preferencja bodźców, zwana podwrażliwością lub niedowrażliwością, jest niejako zapotrzebowaniem na intensywne doznania zmysłowe spowodowanym podwyższeniem progu wrażliwości[30]. U dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu bardzo często występuje potrzeba wzmożonej autostymulacji czucia głębokiego i płytkiego, gdyż bodźce o zwykłym natężeniu nie docierają do centralnego układu nerwowego lub są odbierane zbyt słabo. W ich zachowaniu brakuje typowych reakcji na ból i zbyt wysoką czy zbyt niską temperaturę. Czasami obniżony próg obronny może spowodować zranienia, otarcia, poparzenia, odmrożenia.

Innego rodzaju podwrażliwość może dotyczyć smaku i węchu, co wiąże się z poszukiwaniem ostrych, przykrych czy nieprzyjemnych zapachów (w ogólnym odbiorze), słabe doznania smakowe wyzwalają zaś potrzebę poszukiwania środków coraz intensywniejszych, gdyż zwykłe nie są satysfakcjonujące. Dziecko może być narażone na niebezpieczeństwo wynikające z konsumowania środków nieprzeznaczonych do spożycia, a nawet toksycznych, gdyż nie ma mechanizmów obronnych, które pozwalają chronić organizm przed utratą zdrowia (a nawet życia), takich jak kontrola zapachu i odrzucenie substancji niebezpiecznych, czy też kontrola smaku i wyplucie, zwymiotowanie środków szkodliwych.

---

30 M. Piszczek, *Autyści. Jak odbierają i rozumieją świat. Kilka uwag o wychowaniu i terapii*, Kompendium, Warszawa 2013.

Podwrażliwość wzrokowa i słuchowa także wyzwalają dążenie do zaspokojenia potrzeb obu zmysłów w sposób nienaturalny. Aby bodźce wzrokowe dotarły do ośrodka percepcji, muszą być zwielokrotnione, dlatego dziecko poszukuje intensywnych doznań, np.: ekspozycja na słońce czy inne źródło światła przy obniżonym progu uruchamiania obronnych odruchów ocznych; wytwarzanie doznań ruchowych (wirujące, błyszczące przedmioty, poruszanie dłońmi czy przedmiotami przed oczami). Z kolei w celu zaspokojenia potrzeby doznań słuchowych przy podwyższonym progu wrażliwości dziecko może wytwarzać głośne, często monotonne, rytmiczne, powtarzające się dźwięki za pomocą przedmiotów (uderzanie, pocieranie, stukanie itp.) lub samoistnie (piski, buczenie, krzyki), a także fascynować się głośnymi dźwiękami wydawanymi przez urządzenia (odkurzacz, pralka, mikser itp.)[31].

Podwyższony próg stymulacji westybularnej (przedsionkowej) wyzwala potrzebę zaspokojenia czucia równowagi poprzez ciągłą zmianę pozycji, bujanie się i kołysanie, kręcenie dookoła osi ciała. Towarzyszy temu fascynacja huśtawkami i trampoliną.

C.H. Delacato[32] wyodrębnił jeszcze jeden typ zaburzeń w odbiorze zmysłowym u osób z ASD, mianowicie „biały szum", czyli wewnętrzne zakłócenia sensoryczne przez odgłosy z własnego ciała lub wytwory układu nerwowego (wrażenia zmysłowe niezwiązane z percepcją bodźców z otoczenia). Dziecko może odbierać, jako dominujące, doznania związane z pracą serca (bicie serca), pracą jelit (burczenie, przelewanie), wtedy podejmuje zachowania, które pozwolą na zagłuszenie tych odgłosów, np. wzmożone oddychanie (hiperwentylacja), wkładanie drobnych przedmiotów do ucha, albo wręcz przeciwnie – na ich intensyfikację, np. wykonywanie ruchów wzmagających bicie serca (szybki bieg), a następnie zastyganie w bezruchu i wsłuchiwanie się w rytmiczną pracę serca.

W zakresie zmysłu wzroku biały szum wiąże się ze specyficznymi doznaniami wzrokowymi, prawdopodobnie urojeniami w postaci błysków, mroczków, olśnień, na co dziecko może reagować pocieraniem i uciskaniem gałki ocznej, szczypaniem i rozciąganiem powieki, może patrzyć jakby „przez obiekt", mieć „szklisty" wzrok.

Z kolei zafałszowane doznania czucia taktylno-proprioceptywnego mogą mieć charakter drętwienia, swędzenia, pieczenia, a nawet bólu. Podejmowanie działań, które każdy z nas realizuje, doświadczając tego typu odczuć, jak: pocieranie, drapanie, uderzanie, potrząsanie kończyną, powoduje, że wygląda się nienaturalnie, dziwnie. Niekiedy zintensyfikowanie podobnych zachowań, szczególnie gdy dziecko jest zdenerwowane z powodu ciągłych, niepokojących odczuć, może

31 Por. J. Bluestone, *Materia autyzmu. Łączenie wątków w spójną teorię*, tłum. M. Dąbrowska-Jędral, A. Kimek, Fundacja „Rozwiązać Autyzm", Warszawa 2010, s. 31–32.

32 C.H. Delacato, *Dziwne, niepojęte...*, *op. cit.*

wyglądać jak autoagresja (np. uderzanie się w głowę, gryzienie ręki, rozdrapywanie ciągle świeżych ran czy strupków na skórze).

Kiedy biały szum dotyczy zmysłu węchu, mogą się pojawiać zachowania wskazujące na chęć neutralizowania doświadczanego zapachu własną wonią, np. wąchanie zapachu z ust (przesłanianie ręką ust i dmuchanie w kierunku nosa, kierowanie dolnej wargi w kierunku nosa, składanie ust tak, aby wydech kierować do nosa, ślinienie dłoni, a potem wąchanie jej) albo wyhamowanie doznań węchowych przez wkładanie przedmiotów do nosa lub dłubanie w nosie.

Deformacje wrażeń smakowych wiążą się z ciągłym poczuciem smaku w ustach, co może niepokoić i w związku z tym dziecko dąży do jego neutralizacji przez takie czynności, jak: ssanie języka, zasysanie policzków do wnętrza jamy ustnej, zagryzanie języka lub wewnętrznej strony policzków (język może być obrzmiały, co skutkuje protestem przed przyjmowaniem posiłków), zwracanie pożywienia i ponowne jego przeżuwanie, wkładanie wszystkiego do ust lub niechęć do jedzenia (jako – wprost przeciwnie – potrzeba pozostawienia niezmienionych fantomów smakowych).

Dość często, także u dorosłych, mogą się pojawić odczucia z ucha środkowego, bez stanów chorobowych, takie jak szumy i zawroty głowy. Odbiór takich wrażeń wywołuje niepewność grawitacyjną, zataczanie się i potykanie, zatykanie uszu, uderzanie w nie, aby zmienić ciągłe, męczące doznania.

Deformacje zmysłowe mogą modyfikować zachowanie dziecka czy młodego człowieka z autyzmem w różnych sytuacjach codziennych. Takie osoby mogą mieć problem z przebywaniem na dużych, otwartych przestrzeniach, nie radzą sobie ze zmianami oraz w sytuacjach nietypowych, nawet takich, w których inne dzieci czują się swobodnie (np. wycieczki szkolne lub nieobecność nauczyciela); z chęcią wykonują rutynowe i dobrze sobie znane czynności lub wykazują powtarzalność zachowań[33].

Wraz z wiekiem progi wrażliwości mogą się zmieniać[34], szczególnie gdy poddane są terapii regulacyjnej, choć zdarzają się osoby, u których pozostają niezmienione, jednak w procesie socjalizacji i dojrzewania społecznego dorośli z autyzmem zaczynają lepiej siebie rozumieć i radzić sobie z doznaniami oraz dostosowywać zachowanie do oczekiwań społecznych.

Zainteresowania osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu charakteryzują się swoistą specyfiką. Już w dzieciństwie tacy ludzie mogą wykazywać nieprzeciętne zdolności (doskonała pamięć, szczególnie wzrokowa, czy talent matematyczny i/lub muzyczny). W ich zachowaniu dostrzega się wiele dychotomii wynikających z dobrego funkcjonowania poznawczego i deficytów w kompetencjach społecznych, na przykład mogą ze skupieniem i sprawnie pracować na lekcji, w sytuacji

33 M. Burzyńska, *ICD-11*..., *op. cit*.
34 Por. E. Pisula, *Autyzm*..., *op. cit*., s. 48.

zadaniowej lub jako dorośli w pracy, a na przerwach zupełnie sobie nie radzić. Mogą być niezaradni, zależni od innych, podczas gdy ich preferencje w zainteresowaniach i hobby fascynują otoczenie. Poważne podejście do kolekcjonowania, katalogowania zbiorów zadziwia, natomiast brak wyobraźni i umiejętności planowania wskazuje, że trudno jest pozostawić ich bez kontroli.

Opisane pokrótce zachowania mogące wystąpić u osób z autyzmem upodobniają je do siebie, a zarazem różnicują: przejawy zaburzeń ze spektrum autyzmu u jednej osoby mogą bowiem mieć inne podłoże niż u drugiej, mogą więc mieć różne znaczenie. M. Piszczek jako przykład podała głośne mówienie, które może się wiązać z utrwalaniem nowej umiejętności wypowiadania określonych słów, może być próbą ucieczki przed dialogiem z drugą osobą, może wynikać z potrzeby zagłuszania nieprzyjemnych bodźców słuchowych lub stanowić przejaw echolalii – powtarzania zasłyszanych wcześniej słów ze względu na przeżywany dyskomfort emocjonalny, a nawet lęk przed zmianą. W każdym przypadku postępowanie terapeutyczne powinno być inne[35].

2.5. Niepełnosprawność intelektualna jako zaburzenie towarzyszące zaburzeniom ze spektrum autyzmu

Zaburzenia ze spektrum autyzmu i niepełnosprawność intelektualna stanowią dwa różne problemy – jeśli współwystępują, to zwykle dlatego, że łączy je podobna przyczyna. U części dzieci z autyzmem stwierdza się obniżone funkcjonowanie intelektualne, ale także część osób z poważniejszymi uszkodzeniami centralnego ośrodka mózgowego (przejawiającymi się zwykle znaczną lub głęboką niepełnosprawnością intelektualną) wykazuje cechy wspólne z autyzmem w zakresie zaburzeń przetwarzania bodźców sensorycznych (sensoryzmy, o których pisałam wcześniej).

Funkcje poznawcze, takie jak: uwaga, pamięć, myślenie, wyobraźnia, percepcja i rozumienie, składają się na ocenę poziomu pracy umysłowej dziecka. U osób, u których rozwój wspomnianych funkcji jest globalnie opóźniony, z czasem diagnozuje się niepełnosprawność intelektualną. U dzieci ze spektrum autyzmu deficyty poznawcze mają inny charakter. Najczęściej nie są na jednym poziomie opóźnienia, lecz współwystępują z wyspami talentów i nieprzeciętnymi możliwościami poznawczymi. Jeżeli w tej dysharmonii przeważają niedobory, to całokształt aktywności intelektualnej może zostać w znacznym stopniu utrudniony

35 M. Piszczek, *Autyści...*, *op. cit.*, s. 30.

i wtedy orzeka się niepełnosprawność intelektualną. Pokrótce scharakteryzuję zaburzenia funkcji poznawczych typowe dla uczniów ze spektrum autyzmu.

Uwagę można rozpatrywać w kategorii procesów samoregulacji aktywności jednostki, dzięki którym stojące przed nią zadania mogą być wykonane najlepiej, przy najmniejszej stracie energii, czyli przy zachowaniu i podtrzymaniu optymalnego dla niej poziomu aktywacji[36]. Wszystkie cechy uwagi – jej natężenie, dynamika, zakres, selektywność i stabilność – w przypadku orzeczenia niepełnosprawności intelektualnej są zaburzone, choć w różnych sytuacjach i okresach życia może się to zmieniać. U uczniów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu szczególnie utrudnione bywają selektywność i dynamika (podzielność, przemienność, przerzutność), a także zakres (pole uwagi)[37].

Pamięć dzieci z ASD wydaje się ich mocną stroną, zwłaszcza ta oparta na percepcji wzrokowej. Być może preferowanie poznawania wielozmysłowego wzmacnia pamięć.

U osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu myślenie, w różnych wymiarach: przyczynowo-skutkowe, pojęciowe, logiczne i abstrakcyjne, bywa słabo rozwinięte. Dziecko ma trudności z przewidywaniem następstw zdarzeń, dlatego może zrobić nieświadomie krzywdę sobie lub innym. Z trudnościami wkracza w świat symboliczny, co wiąże się z brakiem umiejętności naśladowania i zabawy symbolicznej. Nie rozumie pojęć i wyrażeń abstrakcyjnych, stąd dosłowne odczytywanie znaczenia przenośni oraz porównań. Jego myślenie jest pełne luźnych skojarzeń, dziwnego porządkowania świata według sobie tylko znanej logiki.

Wyobraźnia u dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych, u których orzeczono niepełnosprawność intelektualną, jest ograniczona, często zniekształcona przez zburzenia percepcyjne. Czasami u wyżej funkcjonujących uczniów z autyzmem może się rozwinąć wyobraźnia, której przejawy są trudne do zrozumienia w codziennym odbiorze, być może dlatego fascynujące. Pamiętam pięcioletniego chłopca, który rysował rzuty figur przestrzennych wyglądające zgoła na bazgroty. Kiedy jednak pokazał mi jak patrzyć (kąt nachylenia kartki, światło), wtedy moim oczom ukazały się kula i dysk, kształty trójwymiarowe na dwuwymiarowej płaszczyźnie.

Przy wielorakich utrudnieniach poznawania otaczającej rzeczywistości rozumienie świata i ludzi u uczniów z ASD, szczególnie tych z orzeczoną niepełnosprawnością intelektualną, jest zniekształcone. Tym bardziej że procesy poznawcze nie powinny być analizowane w oderwaniu od emocji. Być może dla dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu świat ma swoistą logikę, jest przez nie konstruowany zgodnie z potrzebami zmysłowymi (sensoryzmy) i emocjonalnymi (niwelowanie lęku w kierunku poczucia bezpieczeństwa). Jednak otoczenie

36 *Ibidem*, s. 32.
37 *Ibidem*.

tworzą też inni ludzie, a nie tylko przedmioty, z którymi dzieci z ASD radzą sobie lepiej. Najbardziej zakłócone w konstruowaniu relacji z człowiekiem w wypadku tych osób są procesy mentalizacji[38] i przywiązania.

> Mentalizacja jest typowo ludzką wyobrażeniową aktywnością umysłową umożliwiającą spostrzeżenie, uświadomienie sobie i interpretowanie ludzkiego zachowania w kategoriach intencjonalnych stanów umysłu, takich jak potrzeby, pragnienia, uczucia, wierzenia, przekonania, cele, zamiary, przyczyny, powody itp. Zdolność do mentalizacji odgrywa fundamentalną rolę w codziennym życiu, przede wszystkim umożliwiając i ułatwiając rozumienie zdarzeń społecznych i tworzenie więzi interpersonalnych [...][39].

Na zdolność rozumienia zachowania innych ludzi, w kategoriach ich prawdopodobnych myśli, uczuć, życzeń, pragnień (mentalizacji), wpływają jakość relacji przywiązania rozwijająca się od wczesnego dzieciństwa oraz doświadczanie przez dziecko adekwatności odzwierciedlania afektu ze strony rodziców. Jakość więzi i właściwa odpowiedź emocjonalna matki czy ojca mają także znaczenie w kształtowaniu się procesów regulacji emocji i samokontroli oraz mechanizmów uwagi i kontroli wysiłkowej[40].

Według S. Barona-Cohena osoba z zaburzeniami ze spektrum autyzmu nie odczytuje pragnień i myśli innych, co powoduje wiele trudności, m.in.:

- Dosłowne rozumienie komunikatów.
- Brak rozumienia fikcji.
- Problemy z interpretacją emocji oraz stanów mentalnych innych osób na podstawie mimiki.
- W mowie spontanicznej osoby z ASD rzadko używają słów odnoszących się do stanu umysłu, tj. myśleć, wyobrażać sobie, wiedzieć.
- Nierozumienie udawania, nieumiejętność udawania.
- Brak identyfikacji obszaru oczu i twarzy jako ważnego źródła informacji na temat emocji, a także stanów umysłu.
- Rozumienie jedynie prostych związków między emocjami a wydarzeniami, brak zrozumienia bardziej złożonych przyczyn emocji.
- Brak różnicowania między tym, że coś stało się przypadkiem, a tym, co ktoś zrobił celowo.
- Brak zrozumienia, kiedy ktoś zwodzi, oszukuje, manipuluje.
- Trudności z empatią, rozumieniem motywacji oraz przekonań innych ludzi[41].

---

38 W latach 80. XX wieku podjęto badania nad procesem mentalizacji, nazwanym „teorią umysłu", upatrując w zaburzeniach jego rozwoju sedno problemów osób z autyzmem.

39 L. Adamczyk, *Mentalizacja*, cz. 1: *Wprowadzenie do zagadnienia, wymiary mentalizacji*, „Psychoterapia" 2013, nr 3(166), s. 26.

40 *Ibidem*, s. 29.

41 *Teoria umysłu u osób z ASD*, 5.08.2015, http://www.polskiautyzm.pl/teoria-umyslu-u-osob-z-asd [dostęp: 2.02.2016].

Wymienione oraz opisane problemy świadczą o zagubieniu osób z ASD w sieci relacji i interakcji społecznych, niezrozumieniu niuansów i gier toczących się w teatrze życia.

2.6. Diagnoza ułatwiająca konstruowanie indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych

Przyczyn niepełnosprawności intelektualnej jest wiele, podobnie jak w przypadku zaburzeń ze spektrum autyzmu. Najczęściej są to wrodzone, genetycznie uwarunkowane modyfikacje właściwości centralnego układu nerwowego (zespoły wad wrodzonych, wady genetyczne, mutacje chromosomalne, zaburzenia metaboliczne itp.), mogą to jednak również być sytuacje związane z zaniedbaniami kulturowymi (deprywacja kulturowa) i wychowawczymi (deprywacja rozwojowa) ze strony środowiska rodzinnego. Kolejna grupa przyczyn dotyczy czynników uszkadzających centralny układ nerwowy, takich jak: urazy okołoporodowe (jako efekt niedotlenienia, niedokrwienia, zamartwicy), niedobory prenatalne (hypotrofia) wynikające z wad łożyska, z nieprawidłowego odżywiania matki lub ze świadomego lub nie przyjmowania toksyn (papierosy, alkohol, narkotyki, zatrucia środowiska, wody, żywności itp.), infekcje bakteryjne lub wirusowe (np. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych)[42].

Przyczyn zaburzeń ze spektrum autyzmu wciąż się poszukuje, brakuje jednoznacznego ich określenia. Współcześnie uważa się, że autyzm jest zaliczany do zaburzeń neurorozwojowych o skomplikowanej, wieloczynnikowej etiologii, a wśród nich najczęściej podkreśla się uwarunkowania biologiczne (np. nieprawidłowości w budowie mózgu, zburzenia autoimmunologiczne, mikrobiom jelitowy, nieswoiste zapalenie jelit), środowiskowe (np. działanie toksyn) i genetyczne (dziedziczenie skłonności do występowania cech autystycznych zauważane wśród rodzeństwa, głównie bliźniąt jednojajowych)[43].

Określenie przyczyny niepełnosprawności intelektualnej i ASD to kwestia diagnozy medycznej (nozologicznej lub kazualnej[44]). Z kolei wskazanie stopnia

---

42 Por. I. Chrzanowska, *Pedagogika specjalna...*, *op. cit.*, s. 262; D.D. Smith, *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*, t. 1, tłum. A. Firkowska-Mankiewicz, G. Szumski, Wyd. APS – WN PWN, Warszawa 2009, s. 236.

43 E. Pisula, *Autyzm...*, *op. cit.*

44 Diagnoza nozologiczna jest stosunkowo często stosowana w praktyce medycznej (i innej specjalistycznej). Polega na zakwalifikowaniu zgłaszanych przez pacjenta i obserwowanych przez specjalistę objawów do określonej jednostki zaburzeń czy chorób. Diagnoza ma charakter etykiety i stygmatyzuje człowieka. Inne założenia ma diagnoza genetyczna, która może mieć wartość: kauzalną – wiąże się z wyjaśnieniem źródeł zaistniałego stanu, wyliczeniem możliwych jego przyczyn, na podstawie objawów oraz znanych prawidłowości o jego przebiegu; a także

głębokości należy do zadań psychologów. Metodami diagnozującymi niższy niż przeciętny poziom inteligencji są testy do badania ilorazu inteligencji, np. Skala Wechslera, Test Matryc Ravena. Są to specjalistyczne, standaryzowane narzędzia przeznaczone do użytku poradni psychologiczno-pedagogicznych lub innych specjalistycznych placówek.

Diagnoza pedagogiczna polega na ustaleniu poziomu wiadomości i umiejętności dziecka/ucznia (czyli aktualnego poziomu funkcjonowania w sytuacji szkolnej), a także na wskazaniu możliwości jednostki (czyli tego, co potencjalnie może ona osiągnąć w najbliższym czasie). Tego typu rozpoznanie określa się mianem diagnozy funkcjonalnej. Do stosunkowo prostych narzędzi, które mogą być przydatne w rozpoznawaniu poziomu funkcjonowania dziecka/ucznia, można zaliczyć: Profil Osiągnięć Ucznia[45], Arkusz poznania ucznia szkoły specjalnej dla upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim – ocena wrażliwości edukacyjnej[46], inwentarze H.C. Gunzburga (PAC-1, PAC-2)[47].

Do oceny rozwoju dziecka ze ASD przydatne mogą być: Profil Psychoedukacyjny (PEP-R)[48], Skala Oceny Autyzmu Dziecięcego (Childhood Autism Rating Scale – CARS)[49], Lista Zachowań Autystycznych (Autism Behaviour Checklist – ABC)[50], Protokół Obserwacji do Diagnozy Autyzmu (Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS)[51].

---

znaczeniową – polegającą na określeniu ograniczeń psychofizycznych danej osoby i ich znaczenia w procesie autoregulacji oraz w zestawieniu z cechami otoczenia. Za: B. Cytowska, *Podejście diagnostyczne wobec dzieci z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne*, Impuls, Kraków 2005, s. 54–55.

45 J. Kielin, *Profil osiągnięć ucznia*, GWP, Gdańsk 2009.

46 J. Głodkowska, *Poznanie ucznia szkoły specjalnej. Wrażliwość edukacyjna dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim*, WSiP, Warszawa 1999.

47 T. Witkowski (oprac.), *Podręcznik do inwentarza PAC-1 Gunzburga do oceny postępu w rozwoju społecznym upośledzonych umysłowo*, CMPPP MEN, Warszawa 1988; T. Witkowski (oprac.), *Podręcznik do inwentarza PAC-2 Gunzburga do oceny postępu w rozwoju społecznym upośledzonych umysłowo*, CMPPP MEN, Warszawa 1988.

48 E. Schopler, R.J. Reichler, M.D. Lansing, L.M. Marcus, *Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju*, t. 1: *Profil psychoedukacyjny PEP-R: (wersja poprawiona)*, tłum. A. Witkowska, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym, Gdańsk 1995.

49 E. Schopler, R.J. Reichler, B.R. Renner, *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*, WPS, Los Angeles 2008, za: E. Pisula, *Małe dziecko z autyzmem – diagnoza i terapia*, GWP, Gdańsk 2005.

50 D.A. Krug, J.R. Arick, P. Almond, *ABC. Autism Behavior Checklist*, ASIEP Education, Oregon 1988, za: E. Pisula, *Małe dziecko...*, *op. cit.*

51 C. Lord, M. Rutter, S. Goode, J. Heemsbergen, H. Jordan, L. Mawhood, E. Schopler, *Austism diagnostic observation schedule: A standardized observation of communicative and social behavior*, "Journal of Autism and Developmental Disorders" 1989, 19(2), s. 185–112, za: E. Pisula, *Małe dziecko...*, *op. cit.*

Zaletą większości z wymienionych metod diagnostycznych jest to, że nauczyciel posługuje się techniką obserwacji – podczas zabawy, wykonywania czynności samoobsługowych, zadań edukacyjnych. Czasami dla upewnienia może wykonać z uczniem próbki zadań diagnostycznych.

W praktyce szkolnej nauczyciel powinien dążyć do zdiagnozowania ucznia pod kątem trudności wykazywanych w nauce określonego przedmiotu czy danych treści oraz wyznaczenia jego strefy najbliższego rozwoju / możliwych osiągnięć. Pojęcia strefy aktualnego rozwoju oraz strefy najbliższego rozwoju wprowadził do literatury i praktyki diagnostycznej L.S. Wygotski[52]. Pomiędzy jedną a drugą strefą jest miejsce na oddziaływania terapeutyczne, wspierające, pomocowe, gdyż to one mają doprowadzić do antycypowanego stanu. Zwykle strefę najbliższego rozwoju wyznaczają zadania, których dziecko nie potrafi jeszcze dobrze wykonać, ale lokują się w obszarze jego możliwości, interesuje się nimi, podejmuje próby rozwiązania, choć tylko czasami udane. Obie strefy muszą być co pewien czas aktualizowane, żeby proces pomocowy weryfikować i dostosowywać do obecnych potrzeb i możliwości rozwojowych dziecka[53].

Określenie strefy najbliższego rozwoju ułatwia stawianie celów w edukacji i terapii oraz pisanie indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych (IPET), które są podstawą pracy z uczniami z orzeczoną potrzebą kształcenia specjalnego (wśród nich dzieci z NI i z ASD). Opracowanie IPET należy do obowiązków nauczycieli i specjalistów (przy współpracy z rodzicami i samym dzieckiem). Każdy program powinien uwzględniać rodzaj i zakres połączonych działań nauczycieli i specjalistów oraz ustalać ramy dostosowania wymagań edukacyjnych tak, aby w maksymalnym stopniu zintegrować nauczanie i wychowanie oparte na podstawie programowej z indywidualnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi, a także możliwościami i właściwościami psychofizycznymi ucznia[54].

W programie indywidualnym dla każdego ucznia z niepełnosprawnością podkreśla się jego mocne i słabe strony, co można odnieść do dwojakiego ujęcia

---

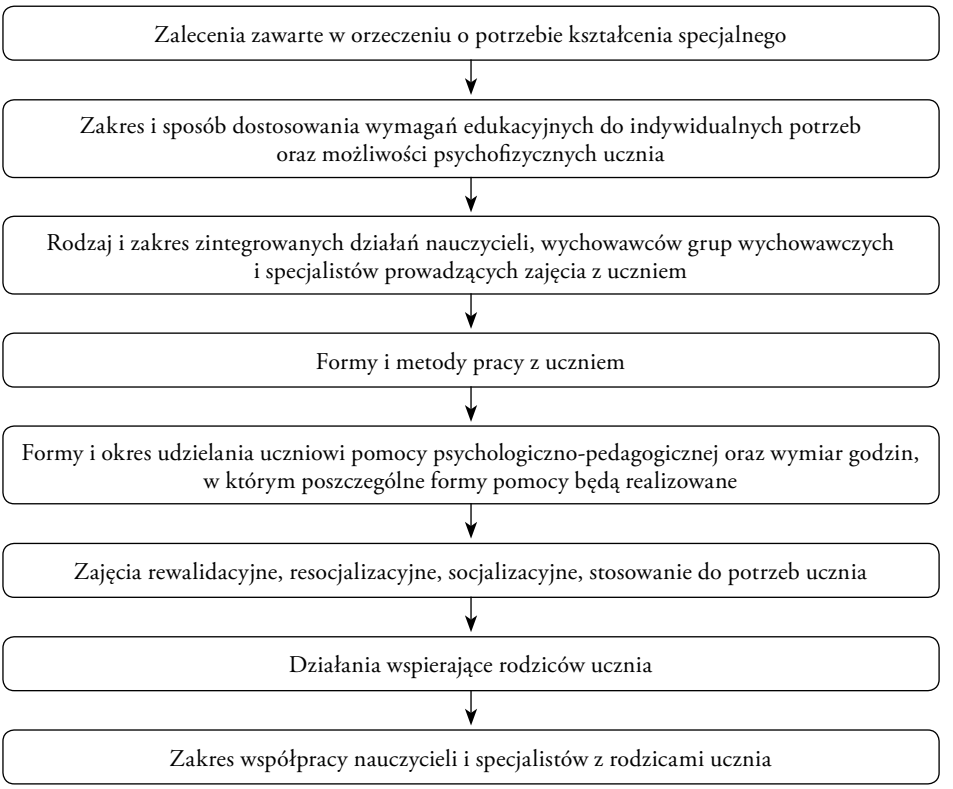
52 L.S. Wygotski, *Problem nauczania i rozwoju umysłowego w wieku szkolnym* [w:] L.S. Wygotski (red.), *Wybrane prace psychologiczne*, tłum. E. Fleszerowa, J. Fleszner, PWN, Warszawa 1971.

53 B. Cytowska, *Sposoby diagnozowania i pracy z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w przedszkolach i szkołach ogólnodostępnych* [w:] J. Malinowska, T. Neckar-Ilnicka (red.), *Uczenie się dzieci. Myślenie i działanie*, Epideixis, Kraków 2015.

54 Por. 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 2013 r. poz. 532, § 21, pkt 1, 2, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000532 [dostęp: 19.03.2017]; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 sierpnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych, Dz.U. z 2013 r., poz. 957, pkt 2, §5, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000957 [dostęp: 19.03.2017].

diagnozy przez I. Obuchowską: w znaczeniu negatywnym polega ona na opisie głębokości i zakresu uszkodzeń struktury organizmu oraz rodzaju utrudnień napotykanych przez jednostkę podczas regulowania jej stosunków z otoczeniem, w znaczeniu pozytywnym zaś rolą diagnozy jest określenie szans uruchomienia pozytywnych mechanizmów regulacji[55].

Schemat 1. Zawartość indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym, Dz.U. z 2015 r., poz. 1113, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150001113 [dostęp: 19.03.2017].

55 I. Obuchowska, *Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1981, s. 101.

2.7. Specyfika edukacji uczniów z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Praca z uczniami z NI wymaga od nauczyciela przedszkola i szkoły ciągłej obserwacji ucznia i reagowania na pojawiające się jednostkowe przejawy trudności. Procesowi uczenia sprzyja opracowanie systemu wzmocnień pozytywnych, szczególnie dla młodszego dziecka. Może to wpływać korzystnie na podniesienie poziomu motywacji do uczenia się i wykonywania zadań oraz przyczyniać do zwiększenia zaangażowania na lekcji. Trudno jednak wychowywać do samodzielności i autonomii dziecko, które potrzebuje dyrektywnego stylu nauczania i wychowania. Uczeń musi być wdrażany do samokontroli, więc warto go uczyć, jak może sobie pomóc sam lub jak poprosić o pomoc.

Takie postulaty nie będą łatwe do zrealizowania z uczniem z zaburzeniami ze spektrum autyzmu ze względu na specyfikę jego codziennego funkcjonowania. Dziecko z ASD potrzebuje zrozumienia i akceptacji swoich zachowań (odbieranych jako dziwne i niezrozumiałe dla otoczenia), uporządkowania przestrzeni i przewidywalności toku zajęć, możliwości wyciszenia się (osobne pomieszczenie, kącik, wyjście na spacer)[56].

Dyrektorzy szkół i przedszkoli ogólnodostępnych mają obowiązek zorganizować dzieciom i młodzieży z niepełnosprawnościami pomoc dostosowaną do ich indywidualnych potrzeb i możliwości. Zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem o organizowaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej[57], oprócz bieżącego wsparcia na lekcjach czy zajęciach, w szkole można organizować dla takich uczniów: klasy terapeutyczne, zajęcia rozwijające uzdolnienia, zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze, zajęcia specjalistyczne korekcyjno-kompensacyjne, logopedyczne, socjoterapeutyczne oraz inne zajęcia o charakterze terapeutycznym, a także warsztaty, porady i konsultacje[58]. Każda z wymienionych form ma różny wymiar godzin, przeznaczona jest dla określonej grupy uczniów oraz realizowana przez konkretnego specjalistę.

Istotnym rozwiązaniem pomocowym są zajęcia korekcyjno-kompensacyjne czy wyrównawcze, ale też praca indywidualna z logopedą – bardziej ukierunkowana na bogacenie zasobu słownictwa, poprawność gramatyczną wypowiedzi oraz, jeśli jest taka potrzeba, na korekcję wymowy; jak również spotkania z psychologiem i pedagogiem – terapeutą. Zajęcia ze specjalistami powinny się koncentrować nie tylko na korygowaniu doświadczanych przez dziecko trud-

---

56 J. Thompson, *Specjalne potrzeby edukacyjne. Wskazówki dla nauczycieli*, tłum. J. Bartosik, WN PWN, Warszawa 2013, s. 88–90.

57 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013..., *op. cit.*

58 *Ibidem*, § 7.1, 7.2.

ności, lecz przede wszystkim na uruchamianiu jego mocnych stron, aby móc je wykorzystać w celu motywowania do wysiłku intelektualnego.

Nauczyciele i specjaliści pracujący w szkole powinni okazywać swoje zainteresowanie uczniom z niepełnosprawnością intelektualną, bazować na czynnościach prostych, znanych i lubianych. Ważne jest oparcie edukacji na materiale konkretno-obrazowym, wielozmysłowym poznawaniu i łączeniu teorii z praktyką. Duże wyzwanie stanowi dla nauczyciela poszukiwanie najlepszej drogi komunikowania się z dzieckiem nieposługującym się mową werbalną (oddech, sygnały płynące z ciała, wyraz oczu, postawa – układ ciała, gestykulacja, odgłosy nieartykułowane) oraz dobór odpowiednich metod wspomagających mowę lub formy niewerbalne; komunikaty słowne powinny być krótkie i zrozumiałe. Głównym zadaniem nauczyciela jest zapewnienie uczniom poczucia bezpieczeństwa w klasie i na przerwie, także w wymiarze psychoemocjonalnym. Nie powinien stawiać wymagań ponad miarę ani też formułować wobec nich kryterium udziału w zajęciach; nie należy eliminować ucznia z uczestnictwa, nawet jeśli wykazuje zachowania trudne, które często świadczą o nieradzeniu sobie z zadaniem bądź o odczuwanym dyskomforcie z powodu niezrozumienia otaczającej rzeczywistości. Dziecko trzeba aktywizować poprzez różnicowanie zadań (raz łatwe, raz trudniejsze) i zmienność miejsca (raz przy ławce, raz w innej przestrzeni). Zadania powinno się dzielić na etapy, przebieg ich rozwiązania należy kontrolować, wykonanie zaś nagradzać[59].

Większość powyższych wskazań należy odnieść również do pracy z uczniami z ASD, uwzględniając jednak ich szczególne potrzeby i możliwości. Ponadto warto wciąż podkreślać, że wobec wszystkich dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i rozwojowymi obowiązuje zindywidualizowane podejście, ale głównym celem ich edukacji jest przygotowanie do życia w społeczeństwie w stopniu możliwym do osiągnięcia przez daną jednostkę.

Organizowanie pracy z dziećmi z NI i ASD stanowi wyzwanie dla kadry szkół i przedszkoli ogólnodostępnych. W tym zakresie opracowano już wiele wskazań czy sugestii[60], m.in.:

1. Zatrudnić specjalistów pomagających nauczycielom w pracy z uczniem oraz dobrze przygotowanych terapeutów, asystentów – dostępnych, choć niekoniecznie przypisanych do jednej klasy.

---

59 R. Piotrowicz, *Zrozumieć niepełnosprawność – wspomaganie w uczeniu... do rodziców, nauczycieli i terapeutów*, www.ore.edu.pl [dostęp: 8.02.2016].

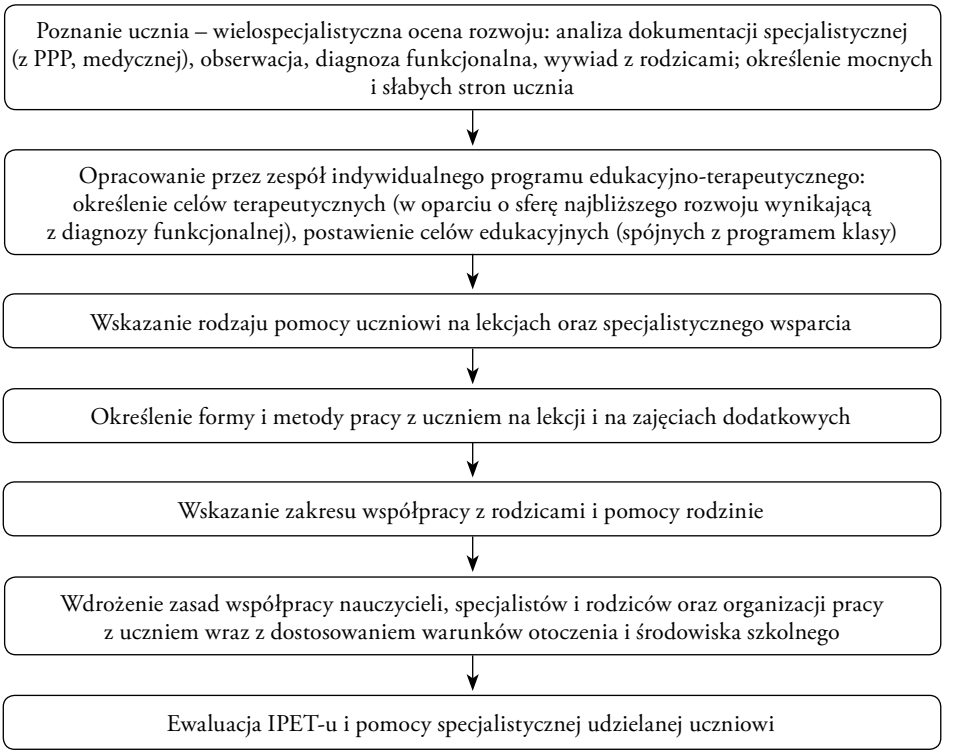
60 Opracowanie własne na podstawie: D. Al-Khamisy, *Włączanie uczniów z niepełnosprawnością do szkół ogólnodostępnych* [w:] *Uczeń niepełnosprawny w szkole ogólnodostępnej. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna, formy i metody pracy. Konferencja, Centrum Kongresowe Politechniki Wrocławskiej, Wrocław, 10 października 2011 r.*, materiały konferencyjne, Fundacja „Promyk Słońca", Wrocław 2011, s. 64–65; K. Damyanov, *Social work and inclusive education of children and pupils with special educational needs*, "Trakia Journal of Sciences" 2010, 8, 3, s. 4.

2. Tworzyć sieć koalicji wsparcia społecznego na rzecz ucznia z niepełnosprawnością i jego rodziny: zespół wspierający złożony z nauczycieli i specjalistów; upowszechnianie wiedzy w zakresie pomocy uczniom niepełnosprawnym i ich rodzinom; pomoc nauczycielom przy opracowywaniu indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych dla każdego ucznia z niepełnosprawnością, wsparcie metodyczne, współpraca z placówkami specjalistycznymi.
3. Wdrażać nauczycieli do pisania tygodniowych planów pracy (zakres treści realizowanych na poszczególnych przedmiotach, wymagania wobec ucznia, określenie materiału przedmiotowego do utrwalania w domu) dla dzieci z niepełnosprawnościami; zapoznawanie z nimi i omawianie ich realizacji z rodzicami.
4. Ustalać zasady pracy z dziećmi z niepełnosprawnościami – wspólne tworzenie kryteriów oceny.
5. Ukierunkować obserwację ucznia podczas zajęć superwizyjnych pod kątem zaspokajania jego potrzeb.
6. Zmniejszyć liczebność klas, w których są dzieci z niepełnosprawnościami.
7. Uregulować zapisy dotyczące formułowania orzeczeń.
8. Ograniczać do minimum nauczanie indywidualne.
9. Promować szkoły, które radzą sobie z edukacją dziecka z niepełnosprawnością.
10. Szkolić nauczycieli na temat autyzmu i niepełnosprawności intelektualnej.
11. Poszerzać umiejętności nauczyciela o kompetencje terapeutyczne i organizacyjne.
12. Dokonać zmian systemowych w kształceniu nauczycieli.
13. Afiliować współpracę z rodzicami, których należy traktować jako najistotniejsze ogniwo w procesie pomagania dziecku, choć oni sami również często wymagają specjalistycznego wsparcia.
14. Organizować współpracę z placówkami medycznymi (POZ, specjalistyczne poradnie dziecięce) oraz z instytucjami pomocy społecznej (MOPS, GOPS, PCPR), które w ramach swojej działalności mają wpisaną pomoc dziecku z niepełnosprawnością i jego rodzinie.

Spełnienie chociażby części wymienionych zaleceń mogłoby podnieść jakość pracy nauczyciela, w odniesieniu do samych dzieci zaś – zwiększyć szanse na ich lepsze funkcjonowanie w roli ucznia[61].

61 B. Cytowska, *Sposoby diagnozowania...*, *op. cit.*

Schemat 2. Specyfika pracy z uczniami z NI i ASD



Źródło: opracowanie własne.

2.8. Metody terapii i wsparcia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami ze spektrum autyzmu

W pracy z uczniami z NI i ASD należy uwzględnić techniki wykorzystywane w procesie nauczania oraz cały szereg specjalistycznych metod, które są skoncentrowane na pracy nad określonym problemem bądź mają charakter wyspecjalizowanego działania terapeutycznego.

Spośród metod, które mogą być wykorzystywane przez nauczyciela na lekcji, na szczególną uwagę zasługują te, które aktywizują ucznia, m.in.: gry i zabawy edukacyjne, działania praktyczne i eksperymentalne, drama, przedstawienia, konkursy. W wypadku dziecka z orzeczoną potrzebą kształcenia specjalnego ważne są dążenie do samodzielności w uczeniu się oraz kształtowanie umiejętności samokontroli, w tym celu warto stosować elementy metody Montessori i technik Freineta, takie jak fiszki zadaniowe z samokontrolą (podany wzór do

samodzielnego sprawdzenia wykonanego zadania), a także system pussów i palet, które również uczą dziecko dążenia do poszukiwania poprawności w rozwiązywaniu zadań[62].

Z całościowych metod wspomagających proces edukacji, częściej wykorzystywanych w przedszkolach niż w szkołach, polecane są terapie oparte na muzyce i ruchu (np. metoda ruchu rozwijającego W. Sherborne, Metoda Dobrego Startu M. Bogdanowicz), działaniach plastycznych i sportowych, czasami korzystnie może wpłynąć kontakt ze zwierzętami (różnego typu animaloterapie).

Metody można też podzielić ze względu na cele, które chcemy osiągnąć. Poniżej prezentuję zestawienie uporządkowane od najprostszych zabaw i ćwiczeń do wyspecjalizowanych metod terapeutycznych:

– do usprawniania procesu myślenia: historyjki obrazkowe (myślenie przyczynowo-skutkowe), technika niedokończonych zdań (myślenie logiczne), burza mózgów (pomysły i ich logiczna weryfikacja), rebusy, łamigłówki, zagadki, gry planszowe, biofeedback[63];
– do stymulacji rozwoju mowy i komunikacji interpersonalnej: ćwiczenia logopedyczne usprawniające mięśnie artykulacyjne (do codziennego stosowania przez nauczyciela), specjalistyczne: metoda werbo-tonalna[64], metoda Castillo Moralesa[65], metoda psychostymulacyjna[66], Metoda Krakowska J. Cieszyńskiej[67], metody alternatywne i wspomagające komunikację (AAC)[68];
– do usprawniania percepcji wzrokowej: puzzle, układanki, domino (analiza i synteza wzrokowa), terapia uspokajająca i rozwijająca dla dzieci[69], porównywanie obrazków (analiza wzrokowa), zabawy typu: „Co się zmieniło? Znajdź brakujący lub dodany element", rysowane rytmy (pamięć wzrokowa), wybrane elementy terapii integracji sensorycznej (SI) i w sali doświadczania świata (SDŚ), np. praca ze światłem, kontrastem i kolorami fluoroscencyjnymi (regulacja percepcji

62 B. Cytowska, *Sposoby diagnozowania...*, *op. cit*.

63 M. Thompson, L. Thompson, *Neurofeedback. Wprowadzenie do podstawowych koncepcji psychofizjologii stosowanej*, tłum. W. Grasza, J. Laskowska-Grasza, Biomed Neurotechnologie, Wrocław 2012, http://www.openmedical.com.pl/biofeedback.php [dostęp: 10.04.2015].

64 W. Fleis, *Edukacyjna metoda werbo-tonalna dla osób z uszkodzonym narządem słuchu*, „Audiofonologia" 2002, t. XXI.

65 *Koncepcja dra Rodolfo Castillo Moralesa*, http://www.castillomorales.pl [dostęp: 10.04.2015].

66 M. Młynarska, T. Smereka, *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*, WSiP, Warszawa 2000.

67 Centrum Metody Krakowskiej, http://www.centrummetodykrakowskiej.pl [dostęp: 10.04.2015].

68 Stowarzyszenie na rzecz Propagowania Wspomagających Sposobów Porozumiewania się „Mówić bez Słów", http://www.aac.org.pl [dostęp: 10.05.2015].

69 T. Danielewicz, E. Hanter, A. Koźmińska, J. Magnuska, *Terapia uspokajająca i rozwijająca dla dzieci. Pomoce dydaktyczne do nauki czytania i pisania*, Jedność, Kielce 2010; T. Danielewicz, E. Hanter, A. Koźmińska, J. Magnuska, *Terapia uspokajająca i rozwijająca dla dzieci. Matematyka*, Jedność, Kielce 2010.

wzrokowej przy nadwrażliwości, podwrażliwości, białym szumie, wskazana dla dzieci z autyzmem i z resztkami wzrokowymi);
– do usprawniania percepcji słuchowej: poszukiwanie dźwięków (uwaga słuchowa), odtwarzanie rytmu wyklaskanego lub na instrumencie (pamięć słuchowa i synteza słuchowa), zabawy w „głuchy telefon", „co słyszysz na początku, a co na końcu słowa" (analiza słuchowa), „złóż dźwięki i co słyszysz" (synteza słuchowa); metoda Tomatisa[70] (eliminowanie nadwrażliwości słuchowej, poprawa funkcji komunikacji językowej), trening integracji słuchowej według G. Berarda[71] (AIT – Auditory Integration Training, łagodzenie nadwrażliwości słuchowej, wspomaganie funkcji słuchowych u niedosłyszących i autystów), metoda Indywidualnej Stymulacji Słuchu Johansena[72];
– do usprawniania ruchowego i koordynacji zmysłowo-ruchowej: gry i zabawy usprawniające szybkość, zwinność i wytrzymałość (np. tory przeszkód, gry zespołowe, zabawy z muzyką i śpiewem), wyspecjalizowane metody: terapia SI (koordynacja ruchowa, niwelowanie nadwrażliwości, podwrażliwości i białego szumu w odbiorze taktylnym, proprioceptywnym i vestybularnym), metoda Kepharta (program percepcyjno-motoryczny)[73], metoda psychomotoryczna PROCUS i BLOCK[74], metoda nauczania kierowanego Petö[75];
– do regulacji zachowań: strukturalizacja otoczenia (poczucie bezpieczeństwa i eliminacja zachowań niepożądanych u dzieci z autyzmem); terapia behawioralna: system wzmocnień pozytywnych, analiza stosowana zachowań (ABA)[76];
– do wzmacniania psychoemocjonalnego: trening relaksacyjny, wizualizacja, psychodrama, psychoterapia.

Wymienione metody i techniki wykorzystywane w pracy z dziećmi z niepełnosprawnościami nie stanowią skończonej listy, należy je traktować jako propozycję uporządkowania powszechnej wiedzy[77].

---

70 Tomatis, http://www.tomatis.com [dostęp: 10.04.2015].

71 A. Skoczylas, K. Cieśla, Z.M. Kurkowski, N. Czajka, H. Skarżyński, *Diagnoza i terapia osób z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego w Polsce*, „Nowa Audiofonologia" 2012, nr 1(3), s. 51–55.

72 *Ibidem*.

73 B. Kaja, *Zarys terapii dziecka. Metody psychologicznej i pedagogicznej pomocy wspomagającej rozwój dziecka*, Wyd. WSP, Bydgoszcz 1994, s. 84–94.

74 Z. Kułakowska, M. Borkowska, B. Zychowicz, *Terapia psychomotoryczna dzieci metodą PROCUS i BLOCK*, WL PZWL, Warszawa 2012.

75 M. Jagoda-Kordulska, M. Król, W. Otrębski (red.), *System Nauczania Kierowanego w polskich placówkach edukacyjno-rehabilitacyjnych*, Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Krok za krokiem", Zamość 2003.

76 P. Bąbel, M. Suchowierska, P. Ostaszewski, *Analiza zachowania od A do Z*, GWP, Gdańsk 2010.

77 B. Cytowska, *Sposoby diagnozowania...*, *op. cit*.

W odniesieniu do specjalistycznego oddziaływania na dzieci i młodzież z ASD występuje dychotomiczny podział metod na dyrektywne i niedyrektywne lub behawioralne i poznawcze (rozwojowe).

Wciąż istnieje wielu zwolenników podejścia dyrektywnego, zarówno w zakresie modyfikacji zachowań, jak i uczenia dziecka. Programy dyrektywne kładą nacisk na nauczanie ustrukturyzowane, jako przykład można podać: TEACCH, ABA, PECS.

TEACCH – Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (Leczenie i Edukacja Dzieci z Autyzmem i Upośledzeniem Komunikacji) opracowany został przez P. Trehina i stanowi całościowy program nauczania dzieci z ASD w Północnej Karolinie (USA). Głównym jego celem jest pomaganie uczniom w osiągnięciu maksymalnej niezależności w wieku dorosłym przez wspieranie ich w zrozumieniu otaczającego świata, nabyciu umiejętności komunikowania się, dzięki którym będą mogli rozumieć innych ludzi, i wyposażenie ich – na ile jest to możliwe – w niezbędne kompetencje pozwalające na dokonywanie wyborów dotyczących ich własnego życia. Programy edukacyjne podlegają częstym aktualizacjom, zgodnie z osiąganą dojrzałością i postępami w rozwoju dziecka (profil psychoedukacyjny opracowany przez E. Schoplera). Strategie nauczania są ustalane indywidualnie, na podstawie szczegółowej oceny posiadanych przez osobę z autyzmem umiejętności uczenia się, przy czym zamiast braków, próbuje się u niej rozpoznać raczej zdolności.

Program TEACCH i terapia behawioralna różnią się od siebie. Uczenie określonego zachowania przestaje być głównym celem wysiłków nauczycieli, w zamian ocenie poddawane są umiejętności warunkujące wypracowanie pożądanego zachowania, a w przypadku braku takich umiejętności uczy się ich. Odpowiednie zachowanie przychodzi z czasem. Założone cele osiąga się przez organizowanie otoczenia sprzyjającego takiemu uczeniu się, a przede wszystkim strukturę miejsca i czasu oraz metody kształcenia uwzględniające różnice pomiędzy poszczególnymi stylami uczenia. Oczywiście osiągnięcie założonych celów może trwać dłużej niż w przypadku klasycznego modyfikowania zachowania, jednak tutaj umiejętności są przyswajane i modyfikowane. W programie klasycznej modyfikacji zachowania niektóre całkiem zaawansowane umiejętności mogą być przyswajane szybko, jednak generalizacja tych umiejętności w innych warunkach będzie o wiele trudniejsza[78].

W odróżnieniu od warunkowania klasycznego lepsze efekty przynosi stosowana analiza zachowań (Applied Behavior Analysis – ABA), która za podstawę przyjmuje warunkowanie sprawcze. Zajmuje się ona pewnymi wybranymi, istotnymi problemami społecznymi i jej badania mają na celu znalezienie rozwiązań

78 G.B. Mesibov, V. Shea, *The TEACCH Program in the era of evidence-based practice*, "Journal of Autism and Developmental Disorders" 2010, 40(5), s. 570–579.

tych trudności. Celem stosowanej analizy zachowania jest też eksperymentalna demonstracja, że zastosowane procedury były rzeczywiście odpowiedzialne za zmiany zaistniałe w zachowaniu. Podejście oparte zostało na teorii uczenia się i teorii behawioralnej w celu rozwoju zachowań pożądanych. Wykorzystuje także prawa rządzące zachowaniem, aby zmniejszać częstotliwość pojawiania się zachowań niepożądanych, które mogą być szkodliwe dla dziecka i nie sprzyjają procesom uczenia się (nabywaniu nowych umiejętności poznawczych i społecznych). Analiza zachowania polega na wyodrębnieniu bodźca poprzedzającego owe zachowanie (*antecedents*) oraz na wskazaniu jego konsekwencji (*consequences*)[79].

Z kolei Picture Exchange Communication System – PECS (system komunikowania się za pomocą wymiany obrazkowej) jest jedną z alternatywnych lub wspomagających metod komunikowania się (AAC), stosowaną w terapii dzieci oraz osób dorosłych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Metoda wykorzystuje prawa uczenia się, a w szczególności warunkowanie sprawcze, oraz techniki wypracowane w ramach stosowanej analizy zachowania do rozwijania umiejętności komunikowania się. Wyniki badań wskazują, że metoda PECS jest skuteczna w rozwijaniu umiejętności komunikowania się za pomocą symboli.

> W porównaniu z innymi metodami rozwijania umiejętności komunikowania się (np. symbole Blissa, Program Językowy Makaton) polega na bezpośrednim wzmacnianiu spontanicznych zachowań werbalnych w warunkach bardzo zbliżonych do sytuacji, w których dzieci rozwijające się typowo nabywają mowę. Już od pierwszego etapu wprowadzania tej metody rozwijane komunikaty są bezpośrednio powiązane ze wzmocnieniem. To odróżnia metodę PECS od innych (np. metody wyodrębnionych prób; *discrete trial teaching*), gdzie stosowane są wzmocnienia niezwiązane z treścią komunikatu lub komunikaty nie dotyczą przedmiotów lub aktywności niebędących wzmocnieniem dla dziecka, np. gdy wskazywanie auta wzmacniane jest grą w piłkę[80].

Skuteczność metody i jej efektywność w postaci generalizacji efektów uczenia się na inne środowiska oraz utrzymanie rezultatów interwencji w czasie zostały dowiedzione[81].

Wśród metod niedyrektywnych najbardziej holistyczne podejście występuje w Programie Son-Rise (metoda opcji). Terapia bazuje na przekonaniu, że prawdziwa relacja musi się opierać na bezwarunkowej akceptacji dziecka oraz wewnętrznej motywacji prowadzącego oddziaływanie. Tą osobą jest zwykle rodzic, gdyż jest najważniejszy w życiu dziecka, dziecko zaś stanowi dla niego najwyższą wartość. Dlatego matka/ojciec koordynują cały proces, pracując na co dzień nad własnymi przekonaniami. Zabawa i terapia odbywają się w bezpiecznym, wolnym od zakłó-

---

79 P. Bąbel, M. Suchowierska, P. Ostaszewski, *Analiza zachowania...*, *op. cit*.

80 R. Kawa, *Generalizacja oraz utrzymanie w czasie efektów terapii metodą Picture Exchange Communication System u osób z zaburzeniami rozwoju*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii" 2014, nr 23(2), s. 99–100.

81 *Ibidem.*

ceń pomieszczeniu, tzw. playroom-ie. Oprócz rodziców z dziećmi mogą pracować inni członkowie rodziny i wolontariusze. Spędzają oni jak najwięcej czasu z dzieckiem, wchodząc z nim w interakcje zgodnie z zasadami Son-Rise i wyznaczając kolejne cele na podstawie umiejętności i zainteresowań dziecka. Zasady oraz działania stosowane w Programie Son-Rise można ująć następująco[82]:

– dołączanie do rytualnych i powtarzających się zachowań dziecka, co pozwala dotrzeć do wyjaśnienia tych zachowań oraz ułatwia kontakt wzrokowy, uczestniczenie w zabawie z innymi dziećmi, a w efekcie poprawia rozwój społeczny;
– korzystanie z motywacji własnej dziecka, aby wzbudzić w nim chęć do nabywania wiedzy, co kładzie fundament pod edukację oraz zdobywanie innych umiejętności;
– nauka poprzez zabawę interaktywną, sprzyjającą efektywnej i sensownej socjalizacji oraz postępom w interakcji;
– okazywanie entuzjazmu, energii i ekscytacji, co pobudza uwagę dzieci oraz ich chęć do nauki i kontaktu;
– optymistyczne i wolne od sądów nastawienie podnoszące w dzieciach do maksimum poziom uwagi i radości;
– zapewnienie bezpiecznego, wolnego od zakłóceń obszaru do zabawy i pracy, który stwarza optymalne środowisko dla nauki i rozwoju.

Innym przykładem niedyrektywnego podejścia rozwojowego wobec osób z ASD jest model DIR (The Developmental, Individual Difference, Relationship-based Model, czyli Model Rozwojowy Uwzględniający Indywidualne Różnice Oparty na Budowaniu Relacji). Stworzony został w USA przez wybitnego psychiatrę S. Greenspana[83]. Główną metodą DIR jest Floortime, dlatego model bywa często nazywany DIR/Floortime. Dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu nabywają umiejętności, które są naturalne na drodze rozwoju, a zostały pominięte lub opanowane tylko częściowo. Według Greenspana nadrzędnym celem terapii dla osoby z ASD nie jest zmiana zachowań, ale ukształtowanie samodzielności i elastyczności w myśleniu, komunikacji i interakcjach – zbudowanie umiejętności nawiązywania serdecznych i sprawiających przyjemność relacji z innymi ludźmi, celowego i znaczącego komunikowania się oraz logicznego i kreatywnego myślenia. U podstaw pracy z niemowlętami, dziećmi i dorosłymi leżą trzy główne założenia:

1. Język i zdolności poznawcze oraz funkcje społeczne i emocjonalne są zdobywane dzięki związkom, w których zachodzą wymiany nacechowane emocjonalnie.

---

82 Więcej informacji por. *Metoda opcji*, http://niegrzecznedzieci.org.pl/asperger/terapia/metoda-opcji [dostęp: 10.03.2016].

83 S.I. Greenspan, S. Wieder, *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć. Metoda Floortime*, Wyd. UJ, Kraków 2014.

2. Dzieci różnią się pod względem podstawowych umiejętności przetwarzania bodźców motorycznych i sensorycznych.
3. Osiąganie postępów we wszystkich obszarach rozwoju jest z sobą powiązane.

Termin *floortime*, tłumaczony jako 'czas podłogowy / czas na podłodze', oznacza tutaj podłoże do odbudowania naturalnych podwalin zdrowego rozwoju. Dziecko z autyzmem w ramach terapii przechodzi całą ścieżkę rozwoju społecznego, zaczynając od podstaw i nadrabiając braki. Dopiero wtedy, kiedy ma pełny asortyment podstawowych umiejętności społecznych i komunikacyjnych, jest gotowe do swobodnego uczenia się o świecie od dorosłych[84].

Przedstawione programy, modele i metody terapii osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu stanowią jedynie krótki zarys współczesnych propozycji pracy z tą populacją.

Tabela 3. Metody/modele pracy edukacyjno-terapeutycznej z uczniami z NI i ASD

Metody ogólne	Metody nakierowane na problem	Metody wyspecjalizowane
Metoda Dobrego Startu M. Bogdanowicz	Opóźnienia w rozwoju mowy: metoda werbo-tonalna, metoda psychostymulacyjna, Metoda Krakowska J. Cieszyńskiej	Metody alternatywne i wspomagające komunikację, np. PCS, PECS, Makaton
Metoda nauczania kierowanego Petö	Dezintegracja sensoryczna, zaburzenia percepcyjno-motoryczne: terapia SI, metoda Kepharta (program percepcyjno-motoryczny), metoda psychomotoryczna PROCUS i BLOCK	Metoda Castillo Moralesa
Metoda Montessori	Nadpobudliwość, zaburzenia emocjonalne: trening relaksacyjny, wizualizacja, psychodrama, psychoterapia	Program Son-Rise (metoda opcji)
Metoda ruchu rozwijającego W. Sherborne	Zaburzenia percepcji zmysłowej: sala doświadczania świata (metoda Snoezelen)	Model DIR/Floortime
Techniki Freineta	Zaburzenia koncentracji uwagi i procesów uczenia: biofeedback	Terapia behawioralna – ABA
Arteterapia	Zaburzenia percepcji słuchowej: trening integracji słuchowej według G. Berarda (AIT – Auditory Integration Training), metoda Indywidualnej Stymulacji Słuchu Johansena, metoda Tomatisa	Program TEACCH

Źródło: opracowanie własne.

84 Por. *Model DIR i metoda Floortime*, 29.07.2015, http://polskiautyzm.pl/model-dir-i-metoda--floortime [dostęp: 12.03.2016].

2.9. Pomoc rodzinie ze strony szkoły – współpraca dla dobra dziecka

Wychowywanie dziecka z niepełnosprawnością stanowi dla rodziców wielorakie obciążenie – przede wszystkim psychoemocjonalne, ale także fizyczne i materialne (finansowe). Rozważając tę kwestię w odniesieniu do dziecka z niepełnosprawnością intelektualną, największymi problemami jego rodziców są: akceptacja jego słabszego potencjału poznawczego, dysonans wynikający z rozwoju fizycznego i psychointelektualnego oraz z tej perspektywy myślenie o jego przyszłości. Z kolei rodzice dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu wskazują jako najtrudniejsze: zachowania dziecka, brak komunikacji, izolację emocjonalną. Ich stres rodzicielski wzmaga także niepewność co do przyszłości potomka. W obu grupach rodziców codzienne doświadczenia w opiece oraz wychowywaniu córek i synów prowadzą do wypalenia sił. Ponieważ autyzm wciąż wydaje się tajemniczy, a kinematografia i literatura popularnonaukowa przedstawiają przykłady wybitnych postaci z autyzmem lub z zespołem Aspergera, ich nieprzeciętność oraz osiągnięcia cudownych efektów po zastosowaniu pewnych terapii, przykłady „wyleczenia" autyzmu, rodzice tej populacji żyją z nadzieją na cud, z przeświadczeniem, że to właśnie ich dziecko będzie takie wyjątkowe jak Rain Man.

Rodzice oprócz potrzeb dzieci zauważają również swoją trudną sytuację i zgłaszają konieczność udzielania im wsparcia w różnych aspektach życia. Pomoc dla rodziców ze strony szkoły powinna być ukierunkowana na rozwiązywanie problemów wychowawczych i dydaktycznych, podnoszenie ich umiejętności wychowawczych, co w konsekwencji zwiększy efektywność pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla uczniów z NI i ASD.

Do działań podejmowanych na rzecz konstruktywnej współpracy nauczycieli z rodzicami uczniów z NI i ASD należą[85]:

- poznanie rodziny, jej atmosfery, relacji pomiędzy członkami;
- zapraszanie rodziców do udziału we wspólnych dyskusjach dotyczących ich własnego dziecka, zdobywanie od nich informacji dotyczących jego rozwoju, trybu życia, stanu zdrowia;
- inicjowanie organizowania grup wsparcia dla rodziców;
- zasięganie opinii rodziców na tematy dotyczące działalności szkoły i oczekiwań wobec niej;
- organizowanie zajęć otwartych i uroczystości szkolnych w terminach dogodnych dla rodziców;
- systematyczne, indywidualne kontakty rodziców z nauczycielami.

85 J. Rafał-Łuniewska, *Wspieranie dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi razem – rodzice i szkoła*, http://www.zsl-goraj.cil.pl/dokumenty/wdsp.pdf [dostęp: 2.02.2016], s. 33–43.

Nauczyciel, szczególnie wychowawca, powinien wchodzić w koalicję z rodzicami, aby czuli, że mają w nim sprzymierzeńca. Ważną rolą nauczyciela jest uznanie rodziców za najbardziej naturalne źródło informacji o potrzebach i możliwościach dziecka (np. informacje o wrażliwości sensorycznej dziecka z autyzmem, stosowanych technikach radzenia sobie z różnymi zachowaniami, sposobach motywowania go do pracy). Współpraca z rodzicami jest niezbędna również po to, aby zasady, których ma przestrzegać dziecko, były jednakowe w szkole i w domu. Najwięcej nieporozumień, prowadzących do wycofania się rodziców z kontaktu ze szkołą i nauczycielami, powodują wzywanie ich do szkoły w razie negatywnych zachowań dziecka oraz żądania zabrania go do domu. Z jednej strony nauczyciele mogą być postrzegani jako niekompetentni wychowawcy, z drugiej uczeń może zauważyć zależność pomiędzy swoim zachowaniem a zachowaniem dorosłych i eskalować trudności wychowawcze po to, by uniknąć wymagań, dyscypliny szkolnej, aby zyskać uwagę rodziców. Wskazane jest raczej określenie, wspólnie z rodzicami, pedagogiem i psychologiem, właściwych i możliwych do osiągnięcia zachowań. Formy i zakres współpracy z rodzicami w dużej mierze będą zależały od dyspozycyjności i możliwości rodziców[86].

J. Kielin[87] sugeruje, że w trakcie edukacji i terapii dzieci z niepełnosprawnościami powinno się jednocześnie pracować z ich rodzicami. Jest zwolennikiem zawierania kontraktu i określenia zasad współpracy obligujących obie strony do wywiązywania się z realizacji zadań z korzyścią dla dziecka.

W trakcie spotkań z rodzicami ważne jest realizowanie celów w trzech sferach jednocześnie:

- poznawczej (rodzice powinni wiedzieć, czemu dana czynność służy),
- motorycznej (rodzice powinni umieć wykonać czynność, której ich uczymy),
- emocjonalnej (rodzice muszą być przekonani, że ta czynność jest dla nich ważna, czyli muszą chcieć ją wykonać).

Pomiędzy wskazanymi sferami zachodzi transfer, który może mieć wektor pozytywny lub negatywny. Jeśli wiedza i umiejętności uzyskane w określonym czasie wpływają korzystnie na uczenie się w przyszłości, co ma też wartość motywacyjną, to mamy do czynienia z transferem pozytywnym. Z kolei, gdy to, czego nauczymy się obecnie, będzie przeszkadzało w uczeniu się innych zachowań w przyszłości, wówczas zachodzi transfer negatywny, na przykład: kiedy rodzice dobrze opanują jeden zestaw ćwiczeń do pracy z dzieckiem, a następnie mają trudności w przyswojeniu sobie nowego sposobu w pracy z dzieckiem przekazanego przez rehabilitanta i nadal stosują wcześniej opanowane ćwiczenia.

---

86 G. Jagielska, *Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, ORE, Warszawa 2010, s. 26.

87 J. Kielin, *Jak pracować z rodzicami dziecka upośledzonego*, GWP, Gdańsk 2003, s. 50–76.

Istotne jest – według cytowanego autora – poznanie rozkładu dnia rodziny, aby propozycja podjęcia nowych form zabawy czy edukacji w domu mogła być realizowana – nie można oczekiwać od rodziny podejmowania działań niemożliwych do wykonania.

Kolejnym ważnym zagadnieniem jest komunikacja z rodzicami, zarówno werbalna (dobór słów, tembr głosu, dostępność rozmów telefonicznych, wpisy do dzienniczka / zeszytu korespondencji), jak i niewerbalna wzmacniająca zachowania pozytywne rodziców za pomocą gestów, mimiki, postawy ciała.

Wychowawcze oddziaływanie rodziny ma ogromny wpływ na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu i szkole. Nauczyciel powinien korzystać z potencjału edukacyjnego tkwiącego w rodzinie w odniesieniu do ucznia. Współdziałanie z rodziną oraz uzgadnianie postępowania rodziców i nauczycieli jest jedną z lepszych metod wychowawczych, która ma na celu poznanie potrzeb i możliwości dziecka, by w rezultacie stworzyć mu warunki sprzyjające optymalnemu rozwojowi.

Bibliografia

Adamczyk L., *Mentalizacja*, cz. 1: *Wprowadzenie do zagadnienia, wymiary mentalizacji*, „Psychoterapia" 2013, nr 3(166).

Al-Khamisy D., *Włączanie uczniów z niepełnosprawnością do szkół ogólnodostępnych* [w:] *Uczeń niepełnosprawny w szkole ogólnodostępnej. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna, formy i metody pracy. Konferencja, Centrum Kongresowe Politechniki Wrocławskiej, Wrocław, 10 października 2011 r.*, materiały konferencyjne, Fundacja „Promyk Słońca", Wrocław 2011.

Ayres A.J., *Dziecko a integracja sensoryczna*, tłum. A. Okuniewski, Harmonia Universalis, Warszawa 2015.

Bąbel P., Suchowierska M., Ostaszewski P., *Analiza zachowania od A do Z*, GWP, Gdańsk 2010.

Bluestone J., *Materia autyzmu. Łączenie wątków w spójną teorię*, tłum. M. Dąbrowska-Jędral, A. Klimek, Fundacja „Rozwiązać Autyzm", Warszawa 2010.

Bobkowicz-Lewartowska L., *Niepełnosprawność intelektualna. Diagnozowanie, edukacja i wychowanie*, Harmonia Universalis, Gdańsk 2011.

Burzyńska M., *ICD-11 – co nowego w klasyfikacji,* http://www.poradnikautystyczny.pl/post/artykuly/icd_11_co_nowego_w_klasyfikacji [dostęp: 19.03.2017].

Centrum Metody Krakowskiej, http://www.centrummetodykrakowskiej.pl [dostęp: 10.04.2015].

Centrum Terapii i Rozwoju „Openmedical", http://www.openmedical.com.pl [dostęp: 10.04.2015].

Chrzanowska I., *Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności*, Impuls, Kraków 2015.

Cytowska B., *Drogi edukacyjne dzieci niepełnosprawnych intelektualnie*, IP UW – ITE, Wrocław – Radom 2002.

Cytowska B., *Podejście diagnostyczne wobec dzieci z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne*, Impuls, Kraków 2005.

Cytowska B., *Sposoby diagnozowania i pracy z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w przedszkolach i szkołach ogólnodostępnych* [w:] J. Malinowska, T. Neckar-Ilnicka (red.), *Uczenie się dzieci. Myślenie i działanie*, Epideixis, Kraków 2015.

Damyanov K., *Social work and inclusive education of children and pupils with special educational needs*, "Trakia Journal of Sciences" 2010, 8, 3, s. 278–282.

Danielewicz T., Hanter E., Koźmińska A., Magnuska J., *Terapia uspokajająca i rozwijająca dla dzieci. Matematyka*, Jedność, Kielce 2010.

Danielewicz T., Hanter E., Koźmińska A., Magnuska J., *Terapia uspokajająca i rozwijająca dla dzieci. Pomoce dydaktyczne do nauki czytania i pisania*, Jedność, Kielce 2010.

Dehner R., Dehner U., *W co oni grają. Manipulacje w codziennym życiu*, tłum. W. Chyżyńska, Helion, Warszawa 2009.

Delacato C.H., *Dziwne, niepojęte. Autystyczne dziecko*, tłum. M. Główczak, Fundacja Synapsis, Gdańsk 1995.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-5*), https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm [dostęp: 20.11.2015].

Dolnośląskie Stowarzyszenie na rzecz Autyzmu, http://www.autyzm.wroclaw.pl [dostęp: 3.02.2016].

Fleis W., *Edukacyjna metoda werbo-tonalna dla osób z uszkodzonym narządem słuchu*, „Audiofonologia" 2002, t. 21.

Głodkowska J., *Poznanie ucznia szkoły specjalnej. Wrażliwość edukacyjna dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim*, WSiP, Warszawa 1999.

Greenspan S.I., Wieder S., *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć. Metoda Floortime*, tłum. D. Braithwaite, Wyd. UJ, Kraków 2014.

http://niegrzecznedzieci.org.pl [dostęp: 10.03.2016].

http://polskiautyzm.pl [dostęp: 2.02.2016].

http://www.poradnikautystyczny.pl [dostęp: 3.03.2016].

Instytut Rozwoju Służb Społecznych, http://irss.pl [dostęp: 12.01.2016].

Jagielska G., *Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, ORE, Warszawa 2010.

Jagoda-Kordulska M., Król M., Otrębski W. (red.), *System Nauczania Kierowanego w polskich placówkach edukacyjno-rehabilitacyjnych*, Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Niepełnosprawnym „Krok za krokiem", Zamość 2003.

Kaja B., *Zarys terapii dziecka. Metody psychologicznej i pedagogicznej pomocy wspomagającej rozwój dziecka*, Wyd. WSP, Bydgoszcz 1994.

Kawa R., *Generalizacja oraz utrzymanie w czasie efektów terapii metodą Picture Exchange Communication System u osób z zaburzeniami rozwoju*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii" 2014, nr 23(2).

Kielin J., *Jak pracować z rodzicami dziecka upośledzonego*, GWP, Gdańsk 2003.

Kielin J., *Profil osiągnięć ucznia*, GWP, Gdańsk 2009.

Kijak R.J., *Niepełnosprawność intelektualna. Między diagnozą a działaniem*, CRZL, Warszawa 2013, http://irss.pl/wp-content/uploads/2013/11/Niepe%C5%82nosprawno%C5%9B%C4%87%20intelektualna.pdf [dostęp: 12.01.2016].

Klasyfikacje diagnostyczne DSM-V i ICD-10 – kryteria diagnostyczne autyzmu, 18.06.2015, http://polskiautyzm.pl/klasyfikacje-diagnostyczne-autyzmu/ [dostęp: 2.02.2016].

Koncepcja dra Rodolfo Castillo Moralesa, http://www.castillomorales.pl [dostęp: 10.04.2015].

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz.U. z 2012 r., poz. 1169, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120001169 [dostęp: 19.03.2017].

Kułakowska Z., Borkowska M., Zychowicz B., *Terapia psychomotoryczna dzieci metodą PROCUS i BLOCK*, WL PZWL, Warszawa 2012.

Mesibov G.B., Shea V., *The TEACCH Program in the Era of Evidence-Based Practice*, "Journal of Autism and Developmental Disorders" 2010, 40(5), s. 570–579.

Metoda opcji, http://niegrzecznedzieci.org.pl/asperger/terapia/metoda-opcji [dostęp: 10.03.2016].

Młynarska M., Smereka T., *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*, WSiP, Warszawa 2000.

Model DIR i metoda Floortime, 29.07.2015, http://polskiautyzm.pl/model-dir-i-metoda-floortime [dostęp: 12.03.2016].

Morrison J., *DSM-5® bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, tłum. R. Andruszko, Wyd. UJ, Kraków 2016.

Obuchowska I., *Dynamika nerwic. Psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1981.

Obuchowska I., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1999.

Ośrodek Rozwoju Edukacji, http://www.ore.edu.pl [dostęp: 8.02.2016].

Piotrowicz R., *Zrozumieć niepełnosprawność – wspomaganie w uczeniu... do rodziców, nauczycieli i terapeutów*, https://www.ore.edu.pl/component/phocadownload/file/2598-zrozumie-niepenosprawno-wspomaganie-w-uczeniu-do-rodzicw-nauczycieli-i-terapeutw [dostęp: 8.02.2016].

Pisula E., *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, GWP, Sopot 2012.

Pisula E., *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*, Harmonia, Gdańsk 2010.

Pisula E., *Małe dziecko z autyzmem – diagnoza i terapia*, GWP, Gdańsk 2005.

Piszczek M., *Autyści. Jak odbierają i rozumieją świat. Kilka uwag o wychowaniu i terapii*, Kompendium, Warszawa 2013.

Rafał-Łuniewska J., *Wspieranie dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi razem – rodzice i szkoła*, http://www.zsl-goraj.cil.pl/dokumenty/wdsp.pdf [dostęp: 19.03.2017].

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, Dz.U. z 2010 r. nr 228, poz. 1487, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20102281487 [dostęp: 19.03.2017].

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 2013 r., poz. 532, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000532 [dostęp: 19.03.2017].

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 sierpnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych, Dz.U. z 2013 r., poz. 957, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20130000957 [dostęp: 19.03.2017].

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 lipca 2015 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym, Dz.U. z 2015 r. poz. 1113, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150001113 [dostęp: 19.03.2017].

Schopler E., Reichler R.J., Lansing M.D., Marcus L.M., *Zindywidualizowana ocena i terapia dzieci autystycznych oraz dzieci z zaburzeniami rozwoju*, t. 1: *Profil psychoedukacyjny PEP-R: (wersja poprawiona)*, tłum. A. Witkowska, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym, Gdańsk 1995.

Skoczylas A., Cieśla K., Kurkowski Z.M., Czajka N., Skarżyński H., *Diagnoza i terapia osób z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego w Polsce*, „Nowa Audiofonologia" 2012, nr 1(3).

Smith D.D., *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*, t. 1, tłum. A. Firkowska-Mankiewicz, G. Szumski, Wyd. APS – WN PWN, Warszawa 2009.

Spektrum zaburzeń autystycznych. Broszura dla rodziców i opiekunów, SIGN 2008, http://www.poregizycko.pl/images/PPP/do_pobrania/spektrum_asd.pdf [dostęp: 19.03.2017].

Stefańska-Klar R., [*Autyzm i jego spektrum*], http://www.autyzm.wroclaw.pl/images/art_img/renata%20stefanska.pdf [dostęp: 19.03.2017].

Stowarzyszenie na rzecz Propagowania Wspomagających Sposobów Porozumiewania się „Mówić bez Słów", http://www.aac.org.pl [dostęp: 10.05.2015].

Teoria umysłu u osób z ASD, 5.08.2015, http://www.polskiautyzm.pl/teoria-umyslu-u-osob-z-asd [dostęp: 2.02.2016].

Thompson J., *Specjalne potrzeby edukacyjne. Wskazówki dla nauczycieli*, tłum. J. Bartosik, WN PWN, Warszawa 2013.

Thompson M., Thompson L., *Neurofeedback. Wprowadzenie do podstawowych koncepcji psychofizjologii stosowanej*, tłum. W. Grasza, J. Laskowska-Grasza, Biomed Neurotechnologie, Wrocław 2012.

Tomatis, http://www.tomatis.com [dostęp:10.04.2015].

Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 r. nr 16, poz. 93, http://prawo.money.pl/kodeks/cywilny/dzial-i-osoby-fizyczne/rozdzial-i-zdolnosc-prawna-i-zdolnosc-do-czynnosci-prawnych [dostęp: 19.03.2017].

Ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2015 r., poz. 357, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150000357 [dostęp: 19.03.2017].

Wendland M., *Konstruktywizm komunikacyjny*, WN IF UAM, Poznań 2011.

Winczura B., *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Impuls, Kraków 2008.

Witkowski T. (oprac.), *Podręcznik do inwentarza PAC-1 Gunzburga do oceny postępu w rozwoju społecznym upośledzonych umysłowo*, CMPPP MEN, Warszawa 1988.

Witkowski T. (oprac.), *Podręcznik do inwentarza PAC-2 Gunzburga do oceny postępu w rozwoju społecznym upośledzonych umysłowo*, CMPPP MEN, Warszawa 1988.

Wyczesany J., *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, Impuls, Kraków 2004.

Wygotski L.S., *Problem nauczania i rozwoju umysłowego w wieku szkolnym* [w:] L.S. Wygotski (red.), *Wybrane prace psychologiczne*, tłum. E. Flesznerowa, J. Fleszner, PWN, Warszawa 1971.

3. Edukacja uczniów z uszkodzonym zmysłem słuchu

Wielowymiarowy charakter przeobrażeń sytuacji społeczno-politycznej w Polsce kształtuje system społeczny, w tym edukacyjny. W okresie znaczących przemian edukacja wymaga nowego spojrzenia na wiele swoich zadań, zwłaszcza działań instytucji oświatowych, od których wymaga się efektywnego dostosowania do nowych obowiązków. Dość istotnej wagi nabiera proces włączania do systemu edukacji perspektywy integracyjnej, która przejawia się w toku opracowywania i realizowania zmian edukacyjnych oraz we wprowadzaniu innowacji. Najważniejsze wydają się twórcze rozwiązania, łączące kontekst społeczno-polityczny pedagogicznej praktyki badawczej z wykorzystaniem jej w praktyce szkolnej. Skuteczność funkcjonowania szkoły dotyczy nie tylko jej oferty edukacyjnej, lecz także analogicznych propozycji lokalnych instytucji oświatowych.

Harmonizowanie systemu oświaty oraz dążenie do profesjonalnego kształcenia i wychowania wynikają z aspiracji Polski, by stać się pełnoprawnym członkiem Unii Europejskiej. Od lat prowadzone są działania mające na celu to, by zintegrowana współpraca głównych filarów edukacji – szkoły, nauczycieli, rodziców i poradni specjalistycznej –stanowiła o ich optymalnej efektywności. Utrzymanie tej drogi rozwoju, a zwłaszcza ciągłe polepszanie jakości kształcenia stało się zasadniczym wyzwaniem dla kształcenia uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych w Polsce w XXI wieku. Wyznacza to współczesnej edukacji kierunki zmian w teorii, formach i metodach kształcenia, w tym w strategiach kształcenia uczniów z uszkodzonym zmysłem słuchu.

Zanim zaprezentowane zostaną uwarunkowania i specyfika pracy z uczniem z uszkodzonym zmysłem słuchu, należy wskazać na celowość utrzymania i wykorzystania osiągnięć lat poprzednich w prowadzeniu dzisiejszych działań, m.in. w zakresie nowelizacji regulacji prawnych. Nakreślają one praktyczne warunki systemu oświaty, postulując rozwiązania, które w obszarze szeroko rozumianej edukacji są wciąż aktualizowane i dostosowywane do współczesnych wymagań uczestników systemu.

3.1. Zmiany w obszarze regulacji prawnych dotyczące uczniów z uszkodzonym słuchem

Nowe rozwiązania systemowe wiążą się m.in. z dostosowaniem polskich przepisów do wymogów prawa. Dopiero wejście Polski do Unii Europejskiej zaowocowało w miarę spójnym prawem sprzyjającym integracji osób z uszkodzonym słuchem[1]. W podpisanej przez Polskę Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych zakłada się, że Państwa Strony zapewnią włączający system kształcenia umożliwiający integrację na wszystkich poziomach edukacji i w kształceniu ustawicznym, bez dyskryminacji i na zasadach równych szans[2]. Do najbardziej znaczących rozwiązań prawnych, z których skorzystano, należy zaliczyć art. 71c ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty, która w sposób kompleksowy reguluje zagadnienia związane z kształceniem[3]. Zgodnie z tym aktem edukacja osób niepełnosprawnych stanowi integralną część systemu edukacji. Ustawa wskazuje na możliwość kształcenia specjalnego we wszystkich typach placówek oświatowych. Zakres działań związanych z reformą systemu kształcenia specjalnego, prowadzonych w latach 1998–2000, obejmuje zmierzanie do upowszechnienia tego typu nauczania w szkołach ogólnodostępnych i zapewnienia uczniom z niepełnosprawnościami warunków realizacji obowiązku szkolnego i obowiązku nauki w sposób dostosowany do ich tempa rozwoju. Oznacza to, że rodzice sami mogą decydować o wyborze placówki, a szkoły mają zapewnić takie warunki do nauki i środki dydaktyczne, aby niepełnosprawność nie była barierą w nauce.

Trzeba zwrócić uwagę, że podstawą zmian w obszarze kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz w poradnictwie psychologiczno-pedagogicznym w latach 2008–2011 było wdrażanie na każdym etapie edukacyjnym bardziej sprzyjającego modelu kształcenia, lepiej dostosowanego do indywidualnych potrzeb rozwojowych, możliwości edukacyjnych oraz zdolności uczniów, w tym uczniów niepełnosprawnych, na terenie przedszkola i szkoły ogólnodostępnej. Należy podkreślić, że wiele istotnych zmian w zakresie polityki

---

1 E. Burzyńska, *Akwizycja językowa dzieci głuchych (oraz podstawowe wiadomości o Polskim Języku Migowym)*, PZG, Warszawa 2009.

2 Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r., Dz.U. z 2012 r., poz. 1169, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120001169. Szczególnego znaczenia nabiera tzw. prawo do edukacji bez dyskryminacji na zasadach równych szans gwarantowane przez art. 24 konwencji ONZ. Podstawowym celem konwencji ONZ jest zapewnienie pełnego i równego korzystania z praw człowieka i podstawowych wolności przez osoby z niepełnosprawnościami, na równi z wszystkimi innymi obywatelami. Polska ratyfikowała konwencję w 2012 roku – zob. Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, http://www.niepelnosprawni.gov.pl/ [dostęp: 13.02.2016].

3 Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, Dz.U. z 2004 r. nr 256, poz. 2572 z późn. zm., http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20042562572 [dostęp: 13.02.2016].

edukacyjnej zostało zawartych w sześciu rozporządzeniach Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach[4].

Uczniowie z uszkodzonym słuchem, w zależności od stopnia uszkodzenia oraz wyników diagnozy funkcjonalnej przeprowadzonej przez zespół diagnostyczny działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej, uzyskują orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego dla dzieci niesłyszących lub słabosłyszących[5].

W latach 2012–2015 uwzględniono zmiany legislacyjne w systemie oświaty, zdrowia i polityki społecznej, do jakich doszło od 1997 roku, a także doświadczenia płynące z praktyki oraz postulaty zgłaszane przez środowisko oświatowe. W rezultacie odpowiednio doprecyzowano przepisy dotyczące indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego (IPET) opracowywanego dla uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego. Jednocześnie dookreślono rolę rodziców w planowaniu pracy z dzieckiem niepełnosprawnym.

Obecnie środowisko związane z osobami niesłyszącymi oczekuje na realizację zapowiedzi pełnomocnika rządu ds. osób niepełnosprawnych i wiceministra w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Jarosława Dudy z marca 2014 roku, że powstanie zespół ds. edukacji osób głuchych, który podejmie się zadania sporządzenia aktualnych standardów edukacji głuchych[6].

Zgodnie z zapisem ustawy z dnia 20 lutego 2015 roku o zmianie ustawy o systemie oświaty[7] w art. 71b dodano ust. 1b jednoznacznie wskazujący, że uczniowi objętemu kształceniem specjalnym dostosowuje się odpowiednio pro-

---

4 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowywania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach, Dz.U. z 2010 r. nr 228, poz. 1489, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20102281489 [dostęp: 13.02.2016].

5 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, Dz.U. z 2008 r. nr 173, poz. 1072, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20081731072 [dostęp: 13.02.2016].

6 Polski Związek Głuchych, http://www.pzg.org.pl. Funkcjonuje Zespół do spraw osób g/Głuchych, który został powołany w lutym 2013 roku. Jego celem jest zbieranie informacji dotyczących osób g/Głuchych oraz spraw, które stanowią naruszenie ich praw obywatelskich. W marcu 2017 roku zespół został przekształcony w Komisję Ekspertów ds. Osób Głuchych, https://www.rpo.gov.pl/pl/content/zespol-ds-osob-gluchych [dostęp: 13.04.2017].

7 Ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2015 r., poz. 357, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150000357 [dostęp: 13.02.2016].

gram wychowania przedszkolnego i program nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych[8].

Pomimo różnych trudności wdrażanie kolejnych regulacji prawnych staje się faktem i wymaga odpowiedniego przygotowania, zwłaszcza nauczycieli. Dlatego istotne wydaje się, że w nowej perspektywie finansowej na lata 2014–2020 planuje się realizację projektów, których celem będzie wsparcie szkół w zakresie indywidualizacji pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi[9]. Dzięki temu możliwe będzie pozyskanie przez przedszkole, szkołę lub placówkę specjalistycznego sprzętu, pomocy i środków dydaktycznych, koniecznych do rozpoznawania potrzeb, wspomagania rozwoju i prowadzenia terapii dzieci i młodzieży. Otwartość nauczycieli przedszkoli, szkół i placówek na zachodzące zmiany wiąże się z ich przygotowaniem do efektywnego stosowania pomocy dydaktyczno-naukowych w pracy z dziećmi i młodzieżą ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, co umożliwi organizowanie i udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej odpowiednio do rozpoznanych indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych.

Transformacja przepisów dotyczących kształcenia osób z uszkodzonym słuchem umożliwia korzystanie z bogactwa współczesnego systemu edukacji, który jest otwarty na wszystkich uczniów. Postanowienia prawne mają szczególne znaczenie i znajdują odzwierciedlenie w realizacji indywidualnych potrzeb takich uczniów, wiążą się z różnorodnymi działaniami podejmowanymi w celu zapewnienia wszystkim jak najlepszych warunków normalnego i pełnego funkcjonowania w środowisku.

3.2. Formy kształcenia uczniów z uszkodzonym słuchem

Kształcenie osób z uszkodzonym zmysłem słuchu w systemie edukacji wiąże się z potrzebą zapewnienia im właściwych warunków dydaktyczno-wychowawczych. Nauczyciel w styczności z uczniem niesłyszącym poddawany jest wielu sprzężeniom, jakie wzajemnie zachodzą między nimi, związanym głównie z nauczaniem oraz wyrównywaniem szans edukacyjnych. Zgodnie z przepisami

8 Dostosowanie następuje na podstawie opracowanego dla ucznia indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego (IPET) uwzględniającego zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego.

9 Obecnie trwają prace nad wydaniem nowego rozporządzenia w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach, które zastąpi obowiązujące rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 maja 2011 roku (Dz.U. nr 109, poz. 631, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111090631) [dostęp: 13.02.2016]. Projektowane rozwiązania wynikają z potrzeby określenia standardów funkcjonowania ośrodków.

prawa nie ma żadnych przeszkód, aby osoby z uszkodzonym zmysłem słuchu uczestniczyły w edukacji otwartej, by jako dobrze przygotowani uczniowie przystępowali do zdawania testów i egzaminów w swoich rejonowych placówkach[10].

W związku z tą kwestią dość istotne wydaje się funkcjonowanie odrębnych ośrodków dla dzieci z uszkodzonym zmysłem słuchu. Zadaniem tych placówek jest zapewnienie opieki, kształcenia i rewalidacji dzieciom i młodzieży z wadą słuchu, którzy nie mogą sprostać wymaganiom programowym przedszkoli i szkół ogólnodostępnych. W zależności od wieku i etiologii zaburzenia osoby z uszkodzonym zmysłem słuchu mają w Polsce zorganizowaną opiekę i kształcenie w placówkach podlegających Ministerstwu Zdrowia bądź Ministerstwu Edukacji Narodowej. W układzie tym funkcjonują:

1. Poradnie rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży z wadą słuchu lub specjalistyczne ośrodki wczesnej diagnozy i rehabilitacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu Polskiego Związku Głuchych. Placówki te prowadzą opiekę ambulatoryjną, zapewniają diagnozę, naukę porozumiewania się, uwrażliwienie słuchu bez odrywania dziecka ze środowiska domowego, a także organizują różne formy przygotowania rodziców do pracy rewalidacyjnej z własnym dzieckiem. Pracują w nich lekarze audiolodzy, foniatrzy, logopedzi, pedagodzy, psychologowie.
2. Specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, w skład których mogą wchodzić: przedszkola specjalne, szkoły podstawowe, szkoły średnie I i II stopnia, internaty i inne.

   Obecnie w Polsce funkcjonuje 36 placówek oświatowych zajmujących się kształceniem osób głuchych i słabosłyszących, m.in. przygotowujących do nauki na wyższych szczeblach. W większości są to specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, w ramach których działają szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadgimnazjalne i szkoły policealne. W roku szkolnym 2009/2010 w tego typu szkołach uczyło się 5986 dzieci i młodzieży głuchych i słabosłyszących, podczas gdy w szkołach specjalnych były to 2622 osoby. Jednocześnie likwidowane są niektóre placówki oświatowe dla głuchych, głównie z przyczyn finansowych[11].

Na skutek wprowadzania zmian w regulacjach prawnych dotyczących systemu edukacji systematycznie zmniejsza się liczba dzieci w normie intelektualnej w szkołach dla głuchych i niedosłyszących, a do szkół specjalnych dla głuchych przyjmowane są dzieci ze sprzężeniami. Ponadto widoczna jest wyraźna tendencja do podejmowania nauki na wyższych etapach kształcenia w szkołach specjalnych przez zdolne dzieci i młodzież po ich porażce w szkołach masowych[12]. Od dość dawna specjaliści podkreślają, że przyczyną może być zbyt niski poziom

---

10 Ministerstwo Edukacji Narodowej, http://www.men.gov.pl [dostęp: 22.02.2016].

11 E. Twardowska, M. Kowalska, *Katalog szkół 2011/2012*, PZG, Łódź 2011.

12 C. Kosakowski, *Dziecko niepełnosprawne w szkole masowej – możliwości i ograniczenia* [w:] C. Kosakowski, M. Zaorska (red.), *Dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Akapit, Toruń 2000, s. 59.

nauczania w szkole specjalnej. Jednak zdaniem G. Dryżałowskiej szkoły specjalne, mimo tego, że w ich obrębie naucza się jedynie dzieci niepełnosprawne, potrzebujące specjalnych metod i środków dydaktycznych, nie zamykają się zupełnie na integrację i starają się, by dzieci nie były odizolowane od społeczeństwa pełnosprawnych[13].

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi regulacjami prawnymi w Polsce uczniowie z uszkodzonym słuchem mogą się kształcić w szkołach ogólnodostępnych, integracyjnych oraz specjalnych.

3.3. Wybrane pojęcia dotyczące zróżnicowanej grupy osób z uszkodzonym słuchem

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na znamienne dla tej populacji zróżnicowanie, wyraźną niejednorodność, która wymaga świadomości pedagogicznej rozumianej jako umiejętność dostosowania sposobu pracy do potrzeb każdego ucznia. Specjaliści zajmujący się osobami z uszkodzonym zmysłem słuchu zgodnie podkreślają występowanie między nimi znaczących różnic[14]. Okazuje się, że również obecnie w odniesieniu do tak znacząco różniących się uczniów dość trudno mówić o odpowiadającej wszystkim zainteresowanym wspólnej wizji edukacji. Różnice te implikują poszukiwania takich środków zaradczych, które zmierzałyby do niwelowania skutków deficytów i do rozbudowy systemu edukacji opartego na różnorodności.

Wśród osób z uszkodzeniem słuchu występują podziały i klasyfikacje, np. na „mniej Głuchych" i „bardziej Głuchych". Dostrzegany jest nawet nowy typ człowieka niesłyszącego – tzw. idealny Głuchy[15]. Środowisko dorosłych osób Głuchych domaga się edukacji, zapewniającej równe szanse kolejnym pokoleniom dzieci Głuchych poprzez wykorzystanie Polskiego Języka Migowego w kształceniu oraz umocnienie środowiska Głuchych dumnych ze swej tożsamości[16]. Zatem osoby z wadą słuchu to zróżnicowana grupa społeczna, dość często dzielona na:

---

13 G. Dryżałowska, *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna. Model kształcenia integracyjnego*, Wyd. UW, Warszawa 1997, s. 76.

14 Y. Csanyi, *Słuchowo-werbalne wychowanie dzieci z uszkodzonym narządem słuchu*, tłum. B. Szymańska, WSiP, Warszawa 1994.

15 D. Podgórska-Jachnik, *Głusi wśród słyszących – głusi wśród Głuchych. Problemy integracji społecznej osób z uszkodzonym słuchem w aspekcie tożsamościowym* [w:] E. Woźnicka (red.), *Tożsamość społeczno-kulturowa głuchych*, PZG, Łódź 2011, s. 18.

16 M. Sak, *Kształcenie głuchych w szkołach masowych i w klasach mieszanych z innymi niepełnosprawnościami*, wystąpienie na Konferencji Edukacja Głuchych 20.03.2014, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Mariusz_Sak.pdf [dostęp: 20.03.2016].

– Głuchych/głuchych,
– niesłyszących,
– słabosłyszących.

Zgodnie z zarządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 4 października 1993 roku w sprawie kształcenia specjalnego wprowadzono oficjalnie terminy „niesłyszący" i „słabosłyszący"[17].

Dla określenia sytuacji osób z uszkodzonym słuchem wykorzystywane są różne pojęcia oraz odpowiadające im metody komunikacji stosowanej w edukacji. Szkoła powinna gwarantować prawa uczniów, nauczycieli, rodziców, ale także zobowiązywać każdego do odpowiedzialności i współpracy, która stworzyłaby i podtrzymywała jak najbardziej sprzyjające warunki do pobierania nauki. Niedocenianie tej problematyki w kształceniu osób z uszkodzonym słuchem prowadzi do zaniedbań i ograniczeń szans edukacyjnych tej grupy.

Dość trudno ustalić dokładną liczbę osób z uszkodzonym narządem słuchu. Wydaje się, że stosunkowo łatwiej oszacować liczbę osób ze znacznym i głębokim uszkodzeniem słuchu, gdyż są one w większości objęte rehabilitacją. Jednak im uszkodzenie słuchu jest mniejsze, tym trudniej uzyskać rzetelne dane na temat występowania takich ubytków słuchu w społeczeństwie. Można przyjąć, że osób ze znacznym i głębokim uszkodzeniem słuchu żyje w Polsce około 45–50 tysięcy, natomiast osób z umiarkowanym uszkodzeniem słuchu około 800–900 tysięcy[18]. Około 90% dzieci niedosłyszących kształci się w szkołach ogólnodostępnych, uczniowie niesłyszący uczą się w szkołach zlokalizowanych przy ośrodkach dla nich przeznaczonych.

W literaturze przedmiotu występuje wiele pojęć dotyczących osób z wadą słuchu. Taka różnorodność wynika z rozmaitych kryteriów kwalifikacyjnych, które są przyjmowane w trakcie ich tworzenia, oraz z celu, jakiemu mają służyć[19]. Pisze się o nich jako o osobach głuchych, niesłyszących, niedosłyszących i słabosłyszących[20]. Wobec niesłyszących stosowane są także takie określenia, jak: głuchoniemy, upośledzony słuchowo, osoba z uszkodzonym słuchem, z zaburzeniem

---

17 Zarządzenie nr 29 Ministra Edukacji Narodowej z dnia 4 października 1993 r. w sprawie zasad organizacji opieki nad uczniami niepełnosprawnymi, ich kształcenia w ogólnodostępnych i integracyjnych przedszkolach, szkołach i placówkach oraz organizacji kształcenia specjalnego, Dz.Urz. MEN z 1993 r. nr 9, poz. 36, http://www.oswiata.abc.com.pl/akt1/-/akt/dz-urz-men-93-9-36 [dostęp: 25.02.2016].

18 I. Jagoszewska, *Komunikacja osób niesłyszących – współczesna polemika* [w:] A. Mitręga, I. Jagoszewska (red.), *Komunikacja jako narzędzie (po)rozumienia we wspólnotach społecznych*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2012.

19 Dzieci z dysfunkcją zmysłu słuchu można klasyfikować w zależności od: miejsca uszkodzenia zmysłu słuchu, etiologii, stopnia oraz czasu wystąpienia utraty słuchu i stopnia opanowania mowy, za: T. Gałkowski, I. Kaiser-Grodecka, J. Smoleńska, *Psychologia dziecka głuchego*, PWN, Warszawa 1989, s. 254.

20 B. Szczepankowski, *Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans*, WSiP, Warszawa 1999.

słuchu, z resztkami słuchu, kalectwo słuchu, inwalidztwo słuchu, wada słuchu[21]. B. Hoffmann wyróżnił jeszcze inne pojęcia: osoba totalnie głucha, ogłuchła, głucha ze względu na edukacyjne możliwości itd. Zwrócił on również uwagę na to, że wyżej wymienione terminy mają różne zabarwienie emocjonalne. Jego zdaniem określenie „głuchy" jest przykre i nieodpowiednie[22]. Natomiast współczesne środowisko osób głuchych uznaje je za odpowiednie i odzwierciedlające stan faktyczny[23].

Przydatne mogą być także sformułowania wykorzystywane przez organizatorów wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (WWRD) od momentu wykrycia nieprawidłowości rozwoju do podjęcia nauki szkolnej. Zazwyczaj preferowane są terminy „dzieci z wadą słuchu", „niesłyszące". G. Gunia traktuje je jako pojęcia nadrzędne w stosunku do osób, które mają zaburzoną percepcję bodźców akustycznych i które na skutek uszkodzenia narządu słuchu nie są w stanie przyswoić sobie w sposób naturalny mowy, dlatego powinny być objęte możliwie jak najwcześniej opieką i specjalistyczną rehabilitacją[24].

Należy również podkreślić, że ze względu na wprowadzenie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności powszechnie stosowane są w Polsce pojęcia, za pomocą których lekarz orzecznik ZUS orzeka stopień niezdolności do pracy[25]. Ponieważ wykorzystuje się przy tym konkretną klasyfikację audiometryczną BIAP, B. Szczepankowski proponuje przyjęcie, że osobą z uszkodzonym słuchem w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym lub głębokim jest taka, której uszkodzenie słuchu, określone audiogramem progowym i przeliczone według tabeli Międzynarodowego Biura Audiofonologii (BIAP), przekracza 20 dB i kwalifikuje ją do jednego ze stopni uszkodzeń[26].

Tabela 1. Klasyfikacja BIAP

Ubytek słuchu w decybelach	Uszkodzenie słuchu w stopniu
powyżej 20–40	lekkim
powyżej 40–70	umiarkowanym
powyżej 70–90	znacznym
powyżej 90	głębokim

Źródło: B. Szczepankowski, *Niesłyszący...*, *op. cit.*, s. 31.

21 I. Obuchowska, *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1991, s. 350.
22 B. Hoffmann, *Surdopedagogika. Zarys problematyki*, PWN, Warszawa 1987, s. 12.
23 M. Świdziński (red.), *Sytuacja osób głuchych w Polsce. Raport zespołu ds. g/Głuchych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
24 G. Gunia, *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej*, Impuls, Kraków 2010, s. 74.
25 W 1997 roku wprowadzono orzekanie o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności dawnej grupy inwalidzkiej – A. Siemaszko (oprac.), *Orzecznictwo w KRUS a inne orzeczenia*, 11.09.2015, http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/276466;jsessionid [dostęp: 13.10.2014].
26 B. Szczepankowski, *Niesłyszący...*, *op. cit.*, s. 42.

Używane są też pojęcia odnoszące się do klasyfikacji uwzględniającej lokalizację uszkodzenia analizatora słuchu. W zależności od miejsca, w którym wystąpiło uszkodzenie, wyróżniamy ubytki słuchu i odpowiadające im pojęcia głuchoty przewodzeniowej, odbiorczej i typu mieszanego[27].

Obecnie, w warunkach ugruntowywania się potrzeby demokratyzacji szkoły, można zauważyć dążenie do internalizacji przedstawionych pojęć, wskazując na konieczność kreowania pedagogicznej klasyfikacji funkcjonalnej. W surdopedagogice wyróżniono dwie grupy dzieci z uszkodzonym słuchem[28]:

– dzieci niesłyszące (głuche) – z uszkodzonym słuchem w stopniu uniemożliwiającym w sposób naturalny odbieranie mowy za pomocą słuchu; ich cechą charakterystyczną jest niemożność opanowania mowy ustnej drogą naturalną, tj. przez naśladownictwo;
– dzieci słabosłyszące (niedosłyszące) – z uszkodzonym słuchem w stopniu ograniczającym odbiór mowy drogą słuchową; dziecko może opanować mowę dźwiękową w sposób naturalny, za pośrednictwem słuchu.

Takie pojęcia, jak „niesłyszący" („głuchy"), „słabosłyszący" („niedosłyszący"), są istotne dla budowania edukacyjnej wspólnoty. Relacje pomiędzy nauczycielem a uczniem powinny zachodzić z uwzględnieniem efektów procesu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka z uszkodzonym słuchem, a także aktualnej sytuacji i indywidualnych odczuć uczestników procesu edukacyjnego.

W literaturze przedmiotu spotyka się różne określenia osób z uszkodzonym słuchem. Jest to spowodowane m.in tym, że istnieje wiele dyscyplin naukowych, które zajmują się problemami tego deficytu, a także oddziaływań kulturowo Głuchych. Obecnie w surdopedagogice stosuje się klasyfikację funkcjonalną wyróżniającą jedynie dwie grupy dzieci, dokonując internalizacji pojęć: „niesłyszący" („głuchy"), „słabosłyszący" („niedosłyszący"). Pojęcia te są równoprawne i mogą być stosowane w odniesieniu do wszystkich osób z uszkodzonym słuchem.

3.4. Przyczyny i konsekwencje uszkodzenia zmysłu słuchu

Domeną problematyki uczniów z uszkodzonym słuchem jest wspomniane już zróżnicowanie, wyraźna niejednorodność wymagająca dostosowania sposobu postępowania pedagogicznego. Optymalne wykorzystanie czasu nauki ściśle łączy się ze zrozumieniem istoty problemu ubytku słuchu, zależy od poznania przyczyn jego wystąpienia i konsekwencji. Dzieci z wadą słuchu różnią się od siebie pod wieloma względami, dlatego na potrzeby profilaktyki wad słuchu można użyć kryterium w zależności od przyczyn je powodujących[29]. Cytowany

27 E. Hojan, *Dopasowanie aparatów słuchowych*, Mediton, Łódź 2009, s. 17.
28 B. Szczepankowski, *Niesłyszący...*, *op. cit.*, s. 39–40.
29 Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, WSPS, Warszawa 1998, s. 167.

już surdopedagog B. Szczepankowski wylicza szereg czynników uszkodzenia słuchu[30]. Są to:

– czynniki dziedziczne – dziedziczenie dominujące, dziedziczenie recesywne oraz dziedziczenie z chromosomem X[31], występuje w rodzinie[32];
– w okresie prenatalnym – zaburzenia rozwojowe płodu spowodowane chorobą wirusową matki, infekcją wewnątrzmaciczną, zatruciem lekami lub innymi środkami ototoksycznymi itp. (wrodzone);
– w okresie okołoporodowym – wcześniactwo, nieprawidłowy poród, zaburzenia krążeniowe lub oddechowe, brak fachowej opieki w czasie porodu, uraz porodowy, nieprawidłowo stosowana narkoza;
– w okresie poporodowym – żółtaczka (szczególnie w powiązaniu z konfliktem serologicznym), zakażenia, urazy i inne uszkodzenia ototoksyczne;
– w okresie niemowlęcym i wczesnego dzieciństwa – zapalenie opon mózgowych i przewlekłe zapalenia ucha środkowego, toksyczne uszkodzenie nerwu słuchowego w przebiegu chorób zakaźnych itp.;
– w okresie późniejszym – poza wymienionymi już chorobami, urazami i lekami ototoksycznymi uszkodzenia słuchu mogą być spowodowane zaburzeniami ukrwienia ucha wewnętrznego, chorobą Ménière'a, długotrwałym urazem akustycznym.

Konsekwencje uszkodzenia słuchu u różnych osób są inne i zależą od wielu czynników. Według C. Dziemidowicza[33] można do nich zaliczyć:

– wiek, w jakim nastąpiła utrata słuchu – szczególnie istotne jest, czy mamy do czynienia z głuchotą powstałą przed czy po opanowaniu mowy jako środka porozumienia się (prelingwalna czy postlingwalna);
– rodzaj i stopień utraty słuchu – w jakim zakresie odbiór różnych częstotliwości został uszkodzony;
– protezowanie słuchowe – czy miało miejsce w przeszłości i jak długo, czy obecnie osoba z wadą słuchu korzysta z aparatów słuchowych;
– umiejętność wykorzystania posiadanych resztek słuchu – jakie bodźce akustyczne osoba z uszkodzonym słuchem jest w stanie odebrać, zidentyfikować

---

30 B. Szczepankowski, *Niesłyszący...*, *op. cit.*, s. 74.

31 M. Zaborniak-Sobczak, *Osoby z wadą słuchu wobec wybranych problemów integracji psychospołecznej*, Wyd. UR, Rzeszów 2009, s. 103.

32 M. Góralówna, B. Hołyńska, *Rehabilitacja małych dzieci z wadą słuchu*, PZWL, Warszawa 1993, s. 28–29. Najczęstszą formą dziedziczonej głuchoty jest tzw. głuchota recesywna. Bywa ona trudna do rozpoznania zwłaszcza w małych rodzinach, gdzie dziecko jest pierwszym potomkiem i brakuje informacji na temat wcześniejszych przypadków głuchoty. Rodzice są nosicielami genu głuchoty, a ponadto są z sobą spokrewnieni. Rzadziej zdarza się głuchota przenoszona w sposób dominujący – kiedy „upośledzony" gen jest przekazywany przez jednego z głuchych rodziców. Niektóre dziedziczne wady słuchu przekazywane w ten sposób mają charakter postępujący i ujawniają się dopiero w późniejszym okresie, np. w wieku szkolnym.

33 C. Dziemidowicz, *Dziecko głuche i język ojczysty. Traktat o rozwoju języka w całkowitej ciszy*, Tanan, Bydgoszcz 1996.

bez pomocy aparatów słuchowych czy innych urządzeń technicznych i za ich pomocą;
– czynniki środowiskowe okresu dzieciństwa – czy rodzice są (byli) słyszący czy niesłyszący, czy w tym okresie była prowadzona efektywna praca rewalidacyjna z dzieckiem niesłyszącym przez rodziców, poradnię logopedyczną lub w innej formie;
– czynniki środowiskowe wieku szkolnego – czy nauka odbywała się w szkole dla słyszących, słabosłyszących czy głuchych, czy dziecko mieszkało z rodzicami czy w internacie, czy czas wolny, w tym letni wypoczynek, spędzało z dziećmi głuchymi;
– aktualne warunki rodzinne dorosłej osoby niesłyszącej – czy współmałżonek jest słyszący, słabosłyszący czy niesłyszący i jak się porozumiewają, czy dzieci są słyszące czy niesłyszące, jakie są kontakty z bliską rodziną, przyjaciółmi itp.;
– podstawowy sposób porozumienia się z otoczeniem – czy jest to mowa dźwiękowa z odczytywaniem z ust i odbiorem akustycznym, język migowy, pismo, gestykulacje, kombinacja tych elementów itp.;
– cechy osobowości osoby niesłyszącej – w tym ogólny poziom inteligencji, zdolności ustroju do kompensacji, motywacje, możliwości w zakresie integracji z osobami słyszącymi itp.

Wadzie słuchu mogą towarzyszyć także porażenie mózgowe, autyzm i uszkodzenie wzroku. Dodatkowym czynnikiem komplikującym etiologię uszkodzenia słuchu są zaburzenia zachowania. Występują one w zespole deficytu uwagi, który poważnie ogranicza zdolność uczenia się. Zaburzenia zachowania są również konsekwencją silnej frustracji spowodowanej niemożnością porozumienia się[34].

3.5. Uwarunkowania psychofizyczne dziecka z uszkodzonym zmysłem słuchu

Sukcesy w pracy z dzieckiem niesłyszącym są wypadkową wielu okoliczności. Niewątpliwie bardzo istotne jest wczesne zdiagnozowanie dziecka i wspomaganie jego rozwoju w każdy dostępny sposób. Wśród czynników mogących decydować o powodzeniu ucznia z uszkodzonym słuchem w szkole ogólnodostępnej wymienia się: opanowanie mowy, trudności w jej rozumieniu i komunikowaniu się z otoczeniem oraz w samokontroli czynności wytwarzania dźwięków mowy[35].

Celem wczesnej, kompleksowej, wielospecjalistycznej i ciągłej pomocy dziecku z uszkodzonym słuchem jest zapobieganie pogłębianiu się deficytów i dysfunkcji

34 T. Gałkowski, *Zaburzenia słuchu* [w:] T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, Wyd. UMCS, Lublin 1993, s. 57.

35 A. Trochymiuk, *Wymowa dzieci niesłyszących. Analiza audytywna i akustyczna*, Wyd. UMCS, Lublin 2008, s. 11.

oraz ich niekorzystnemu wpływowi na potencjał rozwojowy dziecka. Wiele problemów związanych z percepcją, procesem poznawczym czy porozumiewaniem się językowym stanowi skutek uszkodzenia słuchu. Może temu zapobiec bardzo wczesna rehabilitacja, nazywana także wczesną interwencją[36].

Wśród czynników warunkujących rozwój mowy należy wymienić: prawidłowo ukształtowany obwodowy narząd mowy, prawidłowo ukształtowany ośrodkowy układ nerwowy, funkcjonujący narząd słuchu, rozwój umysłowy, warunki środowiskowe i wychowawcze[37]. Ograniczenia w odbiorze dźwięków otoczenia oraz dźwięków mowy wpływają niekorzystnie na rozwój słownictwa dziecka z wadą słuchu[38]. Dziecko z głębokim uszkodzeniem słuchu nie odbiera kierowanych do niego słów za pomocą słuchu, pozostaje mu odbiór poprzez wzrok, który jednak nie daje pełnego obrazu rzeczywistości. Nieprawidłowy odbiór słyszanych słów skutkuje przyswajaniem ich w wadliwej postaci oraz tworzeniem w umyśle dziecka nieprawidłowych wzorców wyrazowych. Wypowiedzi dziecka są niegramatyczne, a nierzadko pozbawione logicznego sensu. Mowa dziecka niedosłyszącego

> [...] rozwija się wyraźnie wolniej niż u dzieci słyszących i jest bardziej lub mniej zniekształcona, dziecko bowiem mówi tak, jak słyszy[39].

Rezultaty oddziaływań wspierających rozwój psychofizyczny małego dziecka z uszkodzonym słuchem w jego rodzinie widoczne są w późniejszych latach, zwłaszcza w funkcjonowaniu w szkole. K. Krakowiak zwraca uwagę, że status dziecka jako członka rodziny, która je akceptuje i komunikuje się z nim skutecznie, przy użyciu dostępnych dla niego środków językowych, jest jednym z najważniejszych czynników rozwoju osobowości i warunkuje uspołecznienie się dziecka. Oznacza to, że kryzysowym momentem jest ten, w którym przestaje wystarczać naturalna, intuicyjna komunikacja niewerbalna pomiędzy matką a dzieckiem[40].

Rodzina, w której występują trudności związane z uszkodzeniem słuchu, może mieć następującą strukturę :
- dziecko z deprywacją słuchową – rodzice słyszący,
- dziecko słyszące (CODA – Child of Deaf Adult) – rodzice niesłyszący[41],
- dziecko z deprywacją słuchową – rodzice niesłyszący.

---

36 A. Korzon, *Wczesna rehabilitacja dzieci z wadą słuchu* [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Impuls, Kraków 2016, s. 270.

37 B. Sawa, *Dzieci z zaburzeniami mowy*, WSiP, Warszawa 1990, s. 7.

38 M. Góralówna, B. Hołyńska, *Rehabilitacja...*, *op. cit.*, s. 54–55.

39 J. Smoleńska, *Niedosłyszący* [w:] T. Gałkowski, I. Kaiser-Grodecka, J. Smoleńska, *Psychologia...*, *op. cit.*, s. 261.

40 K. Krakowiak, *Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem*, t. 9, Wyd. UMCS, Lublin 1995, s. 20.

41 I. Sleeboom-van Raaij, *Wpływ głuchoty na członków rodziny* [w:] J. Kobosko (red.), *Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie. Dla terapeutów, nauczycieli, wychowaw-*

Ograniczenia w komunikacji między poszczególnymi członkami rodziny mogą w różny sposób wpływać na funkcjonowanie dziecka w szkole. Warto w tym miejscu przypomnieć, że znacząca część populacji dzieci z uszkodzonym słuchem ma słyszących rodziców, zatem liczba dzieci niesłyszących, których rodzice również nie słyszą, jest niewielka (zaledwie około 5% wszystkich dzieci z uszkodzeniami słuchu)[42]. K. Krakowiak podkreśla, że hasło mówiące o tym, iż język migowy jest ojczystym językiem wszystkich głuchych, zawiera błąd logiczny, wynikający z wadliwego rozumienia pojęcia języka ojczystego. Wskazuje ona, że język migowy to język macierzysty (ojczysty, rodzimy) wyłącznie dzieci niesłyszących urodzonych i wychowujących się w środowiskach, w których używa go cała społeczność. Można więc potraktować go jako język rodzimy tylko dzieci z rodzin, w których żyje wiele osób z uszkodzeniami słuchu[43].

Z jednej strony wnioski wynikające z badań surdopsychologów wskazują na konieczność jak najwcześniejszego, intensywnego i stałego uczenia dzieci z wadą słuchu rozumienia i posługiwania się mową czynną, którą uznaje się za podstawowy warunek prawidłowego rozwoju myślenia[44]. Jednak z drugiej strony według badań amerykańskich wyższy iloraz inteligencji występuje u korzystających wcześniej ze skutecznego środka komunikacji[45]. Dla części zróżnicowanej grupy dzieci z wadą słuchu jest to język migowy, który pozwala się im komunikować z otoczeniem z niewielkim tylko opóźnieniem w stosunku do dzieci słyszących. Stąd też powszechne wśród nauczycieli praktyków przekonanie, że lepsze wyniki w nauce osiągają głuche dzieci głuchych rodziców, które we wczesnym dzieciństwie nie napotykają barier komunikacyjnych. Dzieci głuche posługujące się językiem migowym mogą następnie nabyć umiejętność porozumiewania się językiem mówionym. Jest to dla nich drugi język, który mogą opanować dzięki specjalnym zabiegom edukacyjnym[46]. U dzieci niesłyszących głównym problemem nie jest brak słuchu, ale wynikający z tego brak lub zaburzenie mowy werbalnej. Ponadto w rodzinach, gdzie nie słyszą zarówno dzieci, jak i rodzice, a obie strony

---

ców i rodziców, Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu „Usłyszeć Świat", Warszawa 2009, s. 297; U. Bartnikowska, *Sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci niesłyszących rodziców*, Akapit, Toruń 2010. Autorka podejmuje rozważania o sytuacji społecznej i rodzinnej słyszących dzieci niesłyszących rodziców, wypełniając istniejącą lukę w tym zakresie.

42 K. Krakowiak, *Nowe podstawy wychowania językowego dzieci z głębokimi prelingwalnymi uszkodzeniami słuchu*, „Audiofonologia" 2004, t. 25, nr 1, s. 6, http://ptnzs.org.pl/audiofonologia/AUDIOFONOLOGIA_TOM_XXV_2004/1_K_Krakowiak.pdf [dostęp: 13.02.2016].

43 *Ibidem*, s. 5–6.

44 T. Gałkowski, I. Kaiser-Grodecka, J. Smoleńska, *Psychologia...*, *op. cit.*, s. 124.

45 O. Périer, *Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu. Aspekty medyczne, wychowawcze, socjologiczne i psychologiczne*, tłum. T. Gałkowski, WSiP, Warszawa 1992, s. 204.

46 P. Wojda, *Rola języka migowego w życiu rodziny dziecka niesłyszącego* [w:] D. Kornas-Biela (red.), *Rodzina – źródło życia i szkoła miłości*, TN KUL, Lublin 2001, s. 502–503.

komunikują się wzajemnie w naturalny dla siebie sposób, opierający się na tym samym – migowym – kodzie językowym, co nie powoduje niezrozumienia, lecz wpływa pozytywnie na rozwój emocjonalny dziecka. Rodzice

> [...] lepiej porozumiewają się ze swoimi dziećmi z uszkodzonym słuchem, co wpływa na wytworzenie prawidłowego klimatu uczuciowego[47].

Według G. Guni, która bezpośrednio odnosi się do środowiska niesłyszących, w rodzinie zdobywamy pierwsze i najsilniejsze doświadczenia, które mają wpływ na całe nasze życie[48]. Podkreśla ona, że rodzina stanowi w życiu dziecka pierwsze i naturalne środowisko wychowawcze. Sprawuje funkcje opiekuńcze nad dzieckiem od jego urodzenia aż do uzyskania przez nie samodzielności. To w rodzinie dziecko zyskuje poczucie przynależności, bezpieczeństwa, miłości i wsparcia. W rodzinie, w której rodzice lub dziecko mają poważne problemy ze słuchem, zaspokojenie tych potrzeb jest trudniejsze, m.in. ze względu na utrudnioną komunikację pomiędzy jej członkami.

Zdaniem A. Korzon niemożność zaspokojenia potrzeby porozumiewania się z otoczeniem, wyrażania swoich życzeń, uczuć, żalów, jest przyczyną odmiennej niż u ludzi słyszących struktury procesów psychicznych. Powoduje to również zahamowania w rozwoju intelektualnym i kształtowanie specyficznych procesów myślenia[49].

Jeśli chodzi o specyfikę myślenia dzieci z uszkodzonym słuchem, to w dużym stopniu należy wziąć pod uwagę znaczenie mowy dla myślenia słowno-pojęciowego.

> Postrzeganie świata przez dziecko z uszkodzonym słuchem opiera się głównie na wrażeniach wzrokowych, dotykowych, wibracyjnych i smakowych[50].

Dlatego też spostrzeżenia, jakie kształtują się w jego umyśle, są niepełne, zredukowane o bodźce słuchowe. Ten ograniczony zasób bodźców powoduje, że dziecko, które nie rozwinęło jeszcze mowy, może nie rozwinąć jej w sposób naturalny – czyli na drodze słuchowego powtarzania usłyszanych dźwięków. Można zatem wnioskować, że brak wzorców mowy może wpływać na kształt spostrzeżeń w umyśle dziecka[51]. Trudności w spostrzeganiu przyczyniają się do powstania problemów w nauce czytania, pisania i liczenia, które wprost przekładają się na osiągnięcia szkolne dziecka z wadą słuchu.

---

47 J. Smoleńska, *Niedosłyszący*, *op. cit.*, s. 268.

48 G. Gunia, *Pomoc i poradnictwo rodzinie dziecka z wadą słuchu* [w:] S. Mihilewicz (red.), *Dziecko z trudnościami w rozwoju*, Impuls, Kraków 2005, s. 103.

49 A. Korzon, *Postawy społeczno-moralne młodzieży głuchej*, WN WSP, Kraków 1982, s. 17.

50 G. Dryżałowska, *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna. Model kształcenia integracyjnego*, wyd. 2, Wyd. UW, Warszawa 2007, s. 42.

51 T. Gałkowski, I. Kaiser-Grodecka, J. Smoleńska, *Psychologia...*, *op. cit.*, s. 54–60.

Szkoła stanowi środowisko, w którym dla kształtowania myślenia ucznia niezbędny jest dialog między nim a nauczycielem. U dzieci z wadą słuchu charakterystyczne są sztywność i stereotypowość myślenia, uwidaczniające się w wykonywaniu danych zadań w ten sam, podany, wyuczony sposób, niekoniecznie adekwatny do sytuacji[52]. Wpływa to na myślenie konkretno-wyobrażeniowe, które u dzieci głuchych jest zaburzone, co również może wynikać z deprywacji językowej.

Różny poziom rozwoju mowy u dzieci słyszących i z wadą słuchu wpływa na procesy uogólniania[53]. U dzieci z wadą słuchu rozwój myślenia ulega zaburzeniom, mimo że można w nim wyodrębnić te same etapy co u dzieci słyszących. Z badań porównawczych grup dzieci słyszących i niesłyszących wynika, że ci ostatni mają trudności z klasyfikowaniem, szeregowaniem, porównywaniem i myśleniem przez analogię[54]. Ponadto mają też problem z operowaniem materiałem percepcyjno-graficznym oraz z dokonywaniem uogólnień[55]. W przypadku dziecka z wadą słuchu pojęcia symboliczne odbierane są w sposób dosłowny. Taki stan rzeczy ma związek z małym zasobem słownictwa takich dzieci oraz brakiem doświadczeń językowych[56]. Trudno bowiem zapamiętać słowa, których się nie słyszy lub które się nie w pełni odbiera przy jednoczesnym nierozumieniu ich znaczenia. Kiedy dziecko nie słyszy prawidłowego brzmienia wyrazów, nie potrafi ich powtórzyć, a w konsekwencji nie magazynuje ich w swojej pamięci. Utrwalanie poszczególnych wyrazów w pamięci dziecka głuchego, nawet wówczas, gdy zacznie ono rozumieć wyraz, jest bez porównania trudniejsze niż u dziecka słyszącego. Słowo nie dociera w pełni do dziecka z wadą słuchu, nie budzi w jego pamięci skojarzeń ze znaczeniem, które symbolizuje, a więc nie prowadzi do utrwalenia znaczeń wyrazów[57].

Jak pisze M. Kupisiewicz, nauczyciele

> [...] zwracają uwagę na sztywność rozumowania uczniów oraz na silną tendencję do bezpośredniego naśladowania, aż do kopiowania wzorów czynności. Podkreślają, że dzieci te zbyt często ograniczają się do pamięciowego opanowania zarówno wiadomości, jak i pewnych schematów czynności, które potem odtwarzają mechanicznie[58].

---

52 I. Kaiser-Grodecka, *Charakterystyka wybranych procesów poznawczych u dzieci głuchych* [w:] T. Gałkowski, I. Kaiser-Grodecka, J. Smoleńska, *Psychologia...*, *op. cit.*, s. 118–119.

53 J. Stachyra, *Zdolności poznawcze i możliwości umysłowe uczniów z uszkodzonym słuchem*, Wyd. UMCS, Lublin 2001, s. 46–47.

54 *Ibidem*, s. 48.

55 G. Lindner, *Podstawy audiologii pedagogicznej*, tłum. J. Wierzchowski, PWN, Warszawa 1976, s. 235.

56 G. Dryżałowska, *Rozwój językowy...*, *op. cit.*, wyd. 2, s. 43–44.

57 Z. Sękowska, *Pedagogika specjalna*, PWN, Warszawa 1985, s. 104.

58 M. Kupisiewicz, *Intelektualna dojrzałość do uczenia się matematyki dzieci z wadą słuchu*, WSiP, Warszawa 1996, s. 5.

Niektórzy badacze, na przykład O. Périer, kładą nacisk na podstawowe właściwości psychiki jako warunek rozwoju dziecka z uszkodzonym słuchem[59]. Ze względu na znaczenie narządu słuchu jedną z konsekwencji zaburzeń lub utraty słuchu są zmiany w zachowaniu psychicznym i społecznym. Uszkodzenie słuchu ogranicza i spowalnia kontakty społeczne, co w dużej mierze przyczynia się do znacznych problemów o charakterze wychowawczym, dydaktycznym i rehabilitacyjnym. Całokształt osobowości dziecka niesłyszącego formuje się różnie, zależnie od jego kondycji psychicznej i od warunków zewnętrznych: pozycji w rodzinie, dostarczonych dziecku bodźców rozwojowych, warunków kształtowania się mowy jako środka porozumiewania się.

T. Gałkowski stwierdza, że zaburzenia emocjonalne u dzieci niedosłyszących występują wprost proporcjonalnie do stopnia uszkodzenia słuchu. Uważa jednak, że u dzieci rodziców głuchych obserwuje się mniej zaburzeń ze względu na większą możliwość porozumiewania się, co z kolei wpływa na wytworzenie prawidłowego klimatu uczuciowego. U dzieci mających ograniczone możliwości nawiązywania kontaktu słownego dość często obserwuje się formy zachowania określone jako napady złości. Bardziej zrównoważeni emocjonalnie są głusi żyjący w środowisku głuchych, niż głusi, którzy żyją na pograniczu dwóch światów: świata ludzi słyszących i ludzi z uszkodzonym słuchem[60].

Badania nad rozwojem motoryki dzieci z uszkodzonym zmysłem słuchu wykazały, że poza upośledzeniem słuchu mogą u nich również wystąpić niedobory fizyczne i psychiczne. Najbardziej reprezentatywne badania dotyczące rozwoju fizycznego populacji dzieci głuchych w Polsce przeprowadził T. Maszczak. Stwierdził on, że

> [...] głuchota nie determinuje w sposób istotny możliwości rozwoju fizycznego i sprawności fizycznej dzieci głuchych, określa natomiast dłuższą drogę do osiągnięcia tych samych efektów w sprawności fizycznej w porównaniu z dziećmi słyszącymi[61].

Autor ten na podstawie przeprowadzonych badań i analiz wysunął szereg wniosków[62]. Wynika z nich, że:

– najbardziej rozwiniętymi cechami motoryczności w rozwoju ontogenetycznym dzieci głuchych są zwinność i wytrzymałość, najsłabiej – siła i moc; poziom sprawności fizycznej dziewcząt głuchych jest nieco wyższy w porównaniu z poziomem sprawności fizycznej głuchych chłopców;

---

59 O. Périer, *Dziecko...*, *op. cit.*, s. 106–107.

60 T. Gałkowski, *Wpływ głuchoty na sferę emocjonalną i osobowość dziecka oraz stosunki rodzinne* [w:] T. Gałkowski, I. Kaiser-Grodecka, J. Smoleńska, *Psychologia...*, *op. cit.*, s. 155–160.

61 T. Maszczak, *Poziom somatyczny i motoryczny dzieci głuchych w Polsce*, „Kultura Fizyczna" 1978, nr 12, s. 546.

62 T. Maszczak, *Wychowanie fizyczne i sport dzieci specjalnej troski*, Wyd. AWF, Warszawa 1994, s. 62.

– sprawność fizyczna dzieci głuchych kształtuje się na poziomie średniej sprawności dzieci słyszących;
– dzieci głuche i równocześnie upośledzone umysłowo osiągnęły niższy poziom rozwoju fizycznego i sprawności fizycznej niż ich głusi rówieśnicy o normalnym rozwoju umysłowym.

Interesujące badania nad rozwojem motorycznym omawianej populacji przeprowadziła A. Zwierzchowska[63]. Jej zdaniem utrata słuchu może oddziaływać na rozwój motoryczny przynajmniej na dwóch płaszczyznach:

1. Utrata słuchu z samej swej natury dotyczy integralności centralnego systemu nerwowego i kanałów półkolistych. Efekty tego oddziaływania na centralny system nerwowy będą w wielu przypadkach dotyczyć ogólnych zdolności motorycznych: równowagi, lokomocji, szybkości ruchów. H.R. Myklebust podaje, że wyniki niesłyszących w takich próbach, jak: siedzenie, spacerowanie, ruchy wymuszone, są takie same jak u słyszących. Natomiast na niższym poziomie funkcjonowania w dominacji stronnej, w ruchach symultanicznych, w równowadze ogólnej i dynamicznej oraz szybkości ruchów[64].
2. Drugą płaszczyzną, poprzez którą utrata słuchu może wpłynąć na możliwości motoryczne, jest sam brak słuchu. Niesłyszący, który nie odbiera dźwięków, znaków, różnego rodzaju sygnałów z otoczenia, może wykonywać zadania motoryczne w sposób nieco inny. Zaburzenia słuchu przyczyniają się do nieumiejętnego wykonywania ruchów, które często są gwałtowne, zbyt silne, z towarzyszącymi dźwiękami nieprzyjemnymi dla otoczenia, np. trzaskanie przedmiotami, tupanie. Ponadto u dzieci niesłyszących, które nie wykazują żadnych dodatkowych upośledzeń, stwierdza się pociąganie nogami (szuranie stopami).

Charakteryzując dzieci z uszkodzonym słuchem, można powiedzieć, że ich rozwój psychofizyczny przebiega prawie tak samo jak u dzieci słyszących. Główne różnice uwydatniają się w sferze myślenia, komunikacji i integracji z otoczeniem. Poziom funkcjonowania umysłowego zależy od przyczyn głuchoty i pochodzenia społecznego.

63 A. Zwierzchowska, K. Gawlik, *Wychowanie fizyczne dzieci i młodzieży niesłyszącej i słabosłyszącej*, Wyd. AWF, Katowice 2005, s. 60–61.
64 H.R. Myklebust, *Auditory disorders in children. A manual for differential diagnosis*, Grune – Stratton, New York 1954.

3.6. Metody wykorzystywane w komunikacji z uczniem z uszkodzonym słuchem

Problematyka języka komunikacji w pracy z uczniem z uszkodzonym zmysłem słuchu od dłuższego czasu jest przedmiotem zainteresowań pedagogów i psychologów. Zainteresowanie to wiąże się z poszukiwaniem i opracowaniem skutecznych metod nauczania, które wymagają znacznego zróżnicowania i dostosowania do wszystkich uczniów z populacji głuchych, stanowiącej dość niejednorodną grupę. Dla uczniów i ich rodziców oznacza to konieczność wyboru rodzaju komunikacji i metod nauczania.

Z jednej strony aktualny stan wiedzy i dostępne rozwiązania technologiczne, takie jak implanty ślimakowe i nowoczesne aparaty słuchowe, w połączeniu z odpowiednio wcześnie rozpoczętą, systematyczną pracą z dzieckiem pozwalają rozwinąć język mówiony. Uczestnictwo niesłyszących w społeczeństwie ludzi słyszących, posługujących się językiem fonicznym, powoduje, że chcąc mieć dostęp do edukacji (zwłaszcza do edukacji wyższej), trzeba znać język słyszącej większości społecznej[65]. Współcześnie w europejskich systemach edukacyjnych w zakresie nauczania języków obcych promowane jest uczenie się co najmniej dwóch języków[66].

Z drugiej strony część środowiska Głuchych pragnie zwrócić uwagę na ich prawo do kształcenia wykorzystującego naturalny język migowy. Dlatego struktura systemu kształcenia i metody nauczania muszą być wciąż aktualizowane i faktycznie dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości każdego ucznia z wadą słuchu. Ten kontekst nabiera coraz większego znaczenia wraz z przyśpieszeniem procesów integracyjnych. Skłaniają one do elastycznej realizacji kształcenia niesłyszących, którzy chcą zająć dobrą pozycję w społeczeństwie przyszłości z szeroką perspektywą równości – bez pozornych zmian. Dla środowiska Głuchych ważne wydaje się dookreślenie odnotowanych zaleceń odnośnie do ułatwiania nauki języka migowego. Chodzi o zapewnienie, że edukacja osób głuchych będzie prowadzona w najodpowiedniejszym języku i za pomocą sposobów i środków komunikacji najodpowiedniejszych dla jednostki oraz w środowisku, które maksymalizuje rozwój edukacyjny i społeczny.

---

65 P. Tomaszewski, *Życie dwujęzyczne i dwukulturowe dziecka głuchego* [w:] J. Kobosko (red.), *Moje dziecko nie słyszy. Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu*, „Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek – Człowiekowi", Warszawa 1999, s. 295–300.

66 B. Poluszyński, N*auczanie języków obcych w europejskich systemach edukacyjnych na przełomie II i III tysiąclecia*, „Języki Obce w Szkole" 2003, nr 6 (specjalny): *My w Europie*, s. 88.

W kontaktach pomiędzy osobami niesłyszącymi a słyszącymi dominują tradycyjne środki komunikacji interpersonalnej, dla których bazą jest język narodowy[67]. Zaliczamy do nich:

– język narodowy mówiony (głośna mowa), przy którym łączy się wykorzystywanie resztek słuchu z odczytywaniem z ust;
– język narodowy artykułowany (wyraźna artykulacja bez użycia głosu) odbierany wyłącznie przez odczytywanie z ust;
– znaki migowe daktylograficzne (alfabet palcowy i znaki liczb);
– pismo;
– fonogesty (umowne układy rąk i palców wspomagające artykulację)[68];
– znaki migowe ideograficzne i daktylograficzne w systemie językowo-migowym pełnym (język migany z końcówkami);
– znaki migowe ideograficzne i daktylograficzne w systemie językowo-migowym użytkowym (język migany bez końcówek lub z końcówkami stosowanymi wybiórczo);
– mimika i pantomimika stanowiące integralną część znaków migowych;
– zachowania kinetyczne niebędące konwencjonalnymi znakami migowymi (środki niewerbalne, mowa ciała).

Wspomniany już B. Szczepankowski podkreśla, że w języku migowym występują niewerbalne akty komunikacji[69], takie jak: mimika i pantomimika uzupełniające wypowiedź, mimika i pantomimika uzupełniające znaki migowe, sposób prezentacji znaków migowych (tempo, rytm wypowiedzi), naturalne gesty niebędące znakami migowymi, kontakt wzrokowy, dystans fizyczny, pozycja ciała.

Język migowy wciąż jest w ocenie społecznej językiem obciążonym wieloma mitami i stereotypami. Na świecie na podstawie rozwiniętych badań nad językami migowymi nikt już się nie zastanawia, czy przyznać językom migowym status „języków", a starania naukowców skupiają się wokół opisów gramatycznych. Z powodu dyskryminacji języków migowych oraz z racji tego, że są to języki stosunkowo młode, wiedza na ich temat jest wciąż niedostateczna i niewielu jest naturalnych użytkowników języków migowych, którzy mogą takie badania prowadzić[70].

---

67 B. Szczepankowski, *Niesłyszący...*, *op. cit.*, s. 167–168.

68 Jedną z metod w komunikowaniu się osób niesłyszących są fonogesty, technika oparta na koncepcji Cued Speech, powstałej w Stanach Zjednoczonych w latach 60. XX wieku. Polską wersję metody Cued Speech opracowała w 1984 roku K. Krakowiak. Zob. K. Krakowiak, *Fonogesty – metoda komunikowania się słyszących rodziców z niesłyszącymi dziećmi i budowania w dziecięcych umysłach sensoryczno-motorycznej bazy mowy* [w:] J.J. Błeszyński (red.), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Impuls, Kraków 2006, s. 220.

69 B. Szczepankowski, *Niesłyszący...*, *op. cit.*, s. 122–123.

70 T. Adamiec, *Głuchoniemi i ich świadectwa życia od starożytności do końca XVIII wieku – przegląd problematyki* [w:] M. Świdziński, T. Gałkowski (red.), *Studia nad kompetencją językową i komunikacją niesłyszących*, UW, Warszawa 2003.

Ze względu na gramatykę język migowy dzielimy na:
– Polski Język Migowy (PJM, klasyczny język migowy)[71],
– System Języka Migowego (SJM, zwany językiem miganym).

W Polsce PJM jest jedynym sposobem komunikacji dla około 50 tysięcy osób. Dziecko słyszące przyswaja w pierwszych latach swojego życia język w sposób naturalny. Dochodzi do tego pod warunkiem, że ma ono kontakt z językiem i potrafi go odebrać. Powinno być w stanie porozumiewać się z rodzicami w języku migowym, ale również w języku naturalnym[72].

Najważniejszą cechą odróżniającą naturalny język migowy od języka dźwiękowego jest brak systemu fonologicznego[73]. Zgodnie z nazwą fonologia dotyczy fonemów, które definiujemy jako zespół cech dystynktywnych (tzn. ważnych funkcjonalnie)[74]. W języku migowym fonemem może być znak migowy, ale w odróżnieniu od fonemów jest on znaczący, czyli pełni funkcję podobną do wyrazu (morfemu) w języku dźwiękowym. Język migowy jest bardzo rozbudowanym systemem, obfitującym w bardzo dużą liczbę znaków, czyli migów. Obecnie liczbę ideogramów, czyli znaków migowych odpowiadających poszczególnym pojęciom, ocenia się na około sześć tysięcy, z czego większość to znaki dynamiczne.

Jak podkreśla B. Szczepankowski, znaków migowych używa się w szyku gramatycznym języka ojczystego, dodając fakultatywnie lub obowiązkowo końcówki fleksyjne za pomocą alfabetu palcowego[75]. Język migany stosuje się zawsze w systemie językowo-migowym, tj. razem z językiem mówionym. To sztucznie utworzona odmiana języka, który łączy w sobie cechy języka migowego i języka narodowego. System ten upraszcza osobom niesłyszącym odczytywanie mowy z ust, jest też pomocny w nauce dzieci głuchych języka ojczystego, lecz nigdy ten język nie będzie na pierwszym miejscu.

Charakterystyczną cechą systemu językowo-migowego jest równoczesna realizacja dwóch subkodów języka naturalnego – odmiany mówionej i miganej[76].

---

71 Poddawani presji jego użytkownicy głoszą, że Polski Język Migowy jest językiem naturalnym dla niesłyszących, ponieważ posługuje się dostępnym percepcyjnie dla nich kanałem wizualno-ruchowym – zob. *Edukacja głuchych. Materiały konferencyjne*, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa 2014, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Edukacja_gluchych_materialy_konferencyjne.pdf [dostęp: 13.03.2016].

72 I. Grzesiak, *Głusi jako mniejszość językowa posługująca się językiem migowym* [w:] S. Gajda, A. Markowski, J. Porayski-Pomsta (red.), *Polska polityka komunikacyjnojęzykowa wobec wyzwań XXI wieku*, Elipsa, Warszawa 2005, s. 335–336.

73 P. Tomaszewski, T. Gałkowski, P. Rosik, *Nauczanie polskiego języka migowego jako obcego języka: Czy osoby słyszące mogą przyswoić język wizualny?*, „Czasopismo Psychologiczne" 2002, t. 8, nr 1, s. 15.

74 M. Czajkowska-Kisil, *Dwujęzyczność w nauczaniu głuchych*, „Nauczyciel w Świecie Ciszy" 2005, nr 7, s. 8–9.

75 B. Szczepankowski, *Język migowy i system językowo-migowy* [w:] J.J. Błeszyński (red.), *Alternatywne i wspomagające...*, *op. cit.*, s. 198.

76 B. Szczepankowski, *Język migany w szkole*, WSiP, Warszawa 1988, s. 19.

Zdaniem Szczepankowskiego z uwagi na naukę języka dwoma sposobami mamy do czynienia z wielokanałową formą przekazu informacji, na którą składają się trzy główne elementy:

– język mówiony – w postaci głośnej i wyraźnej mowy (dopuszczalne jest stosowanie samej artykulacji tylko w przypadku bieżącego tłumaczenia na język migowy tekstu równocześnie mówionego przez inną osobę);
– język migany – czyli migana odmiana języka narodowego – znaki migowe o tej samej treści co mowa i przekazywane równolegle z nią (język migany wykorzystuje znaki daktylograficzne i ideograficzne z tradycyjnego języka migowego, natomiast zasady gramatyczne z języka polskiego);
– elementy prozodyczne wypowiedzi (parajęzyk) – środki współuczestniczące w komunikacji językowej, takie jak: mimika, gesty wtrącone nieposiadające znaczenia konwencjonalnego, a ułatwiające rozumienie tekstu, organizacja przestrzenna wypowiedzi w języku miganym oraz zachowania kinetyczne.

W Polsce powszechniejsze jest posługiwanie się systemem językowo-migowym (językiem miganym), w szczególności jeśli rodzicami, wychowawcami, nauczycielami są osoby słyszące, dla których opanowanie języka miganego jest łatwiejsze niż języka migowego. System językowo-migowy posiada również dwa warianty – pełny i użytkowy – używane w zależności od sytuacji[77].

W pierwszym wariancie systemu językowo-migowego nadawca przekazuje treść komunikatu językiem miganym, jednak przekaz ten jest dokładnym odwzorowaniem tekstu wraz przekazaniem za pomocą alfabetu palcowego wszystkich końcówek fleksyjnych. Ten wariant najczęściej wykorzystuje się w szkolnictwie specjalnym, ponieważ dzięki precyzji przekazu pomaga prawidłowo kształtować myślenie językowe u dzieci niesłyszących, dla których język polski jest często drugim językiem. Oczywiście konsekwencją dokładności przekazu jest jego wolniejsze tempo, ponieważ wymaga daktylografii oraz zastosowania przedznaku. Dlatego rzadko używa się tego wariantu w mowie potocznej, gdzie ważne jest tempo przekazu.

Drugi wariant SJM określa się jako użytkowy i, jak sama nazwa wskazuje, jest on najczęściej stosowany w swobodnej komunikacji, ale również w programach telewizyjnych, gdzie czas przekazu jest bardzo ograniczony. Tutaj podczas przekazywania komunikatu nadawca wykorzystuje tylko znaki ideograficzne bez końcówek fleksyjnych, które w tym przekazie nie są aż tak istotne. Przekazuje się je jedynie wtedy, kiedy mają znaczenie i ich brak mógłby spowodować niezrozumienie lub wieloznaczność znaku migowego.

Problem rozwoju umiejętności komunikowania się z otoczeniem szczególnie wyraźnie występuje u dzieci z uszkodzonym słuchem pochodzących z rodzin słyszących, które oprócz uszkodzenia słuchu mają ograniczone zdolności uczenia się,

77 B. Szczepankowski, *Niesłyszący...*, *op. cit.*, s. 157.

wynikające dodatkowo z niepełnosprawności intelektualnej. Należy nauczyć je porozumiewania się od podstaw, a więc uczyć przede wszystkim języka (systemu symboli), sposobów odbierania i przekazywania informacji itp. Proces ten ma szansę powodzenia, jeśli wykorzystane zostaną dostępne metody porozumiewania się osób z wadą słuchu[78].

Dzięki rozwojowi środków elektroakustycznych do metod ustnych i migowych dołączyły metody słuchowe. M.B. Hyde i D.J. Power wymieniają 11 sposobów komunikowania się, dzieląc je na trzy grupy[79]:

– unimodalne (poprzez: słuch, czytanie mowy z ust, alfabet palcowy, znaki języka migowego);
– bimodalne [poprzez: słuch i czytanie mowy z ust, słuch i alfabet palcowy, słuch i znaki języka migowego, czytanie mowy z ust i znaki języka migowego (manualne), czytanie mowy z ust wspomagane alfabetem palcowym];
– multimodalne (poprzez: czytanie z ust, słuch oraz alfabet palcowy, czytanie z ust, słuch oraz znaki języka migowego).

Jeśli chodzi o umiejętność odczytywania mowy z ust, to warto w tym miejscu podkreślić, że nie jest łatwa do opanowania i nawet jej wysoki poziom nie zastąpi słuchu[80]. Wzrokiem można bowiem rozróżnić tylko te fragmenty układów i ruchów artykulacyjnych, które są widoczne z zewnątrz (głoski artykułowane z udziałem warg). W języku polskim takich głosek jest niewiele. W związku z wieloznacznością większości kinemów artykulacyjnych u wielu osób próby odczytywania mowy z ust kończą się niepowodzeniem. Dlatego ważne jest, aby w rozmowie z osobą niesłyszącą używać znanych jej wyrażeń. Jak wyjaśnia cytowany już B. Szczepankowski, u podstaw odczytywania mowy z ust leżą:

– umiejętność wyróżnienia wzrokiem widzialnych głosek,
– odgadywanie głosek wyróżnionych w grupach artykulacyjnych,
– odgadywanie i uzupełnianie tych, których artykulacja jest niewidoczna na zewnątrz – na podstawie ogólnej orientacji w temacie, czasu trwania wypowiedzi, akcentów wyrazowych i zdaniowych (łatwiej dostrzegalne są akcenty wyrazowe).

Metody wykorzystywane w nauczaniu powinny zawsze być dostosowane do indywidualnych możliwości ucznia z wadą słuchu. Wśród nich można wyróżnić:

– metodę ustną jako metodę matczyno-słowną, polegającą na oddziaływaniu na dziecko wszystkimi kanałami przekazu informacji;

---

78 U. Eckert, *Pedagogika niesłyszących i niedosłyszących – surdopedagogika* [w:] W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, WN UAM, Poznań 2001, s. 170–172.

79 Za: A. Korzon, *Totalna komunikacja jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych uczniów głuchych*, WN WSP, Kraków 1996, s. 28–29.

80 B. Szczepankowski, *Niesłyszący...*, *op. cit.*, s. 97.

– metodę audytywno-werbalną z wykorzystaniem przez dziecko resztek słuchu; wyznacznikami powodzenia są tutaj następujące elementy: wyraźna artykulacja, czytanie mowy z ust, umiejętność słyszenia przez aparat, czytanie i pisanie[81];
– metodę migową – pojęcia zostały tutaj przetransponowane w znaki migowe;
– metodę daktylograficzną, w której każdej literze alfabetu odpowiada określone ułożenie ręki[82];
– metodę fonogestów jako uzupełnienie mowy oralnej, odczytywanej z ust poprzez wprowadzenie gestów rąk wspomagających przekaz artykulacyjny;
– metodę kombinowaną, wykorzystującą dwa lub więcej środków przekazu (np. graficzny, dźwiękowy, mimiczny, palcowy, migowy); składa się na nią kilka odmian i stadiów: klasy młodsze prowadzone są metodą ustną, w klasach starszych dodawany jest język migowy, w odróżnieniu od metody Rochester, która wymagała stosowania w przekazie przez cały czas alfabetu palcowego;
– metodę totalnej komunikacji, podobną do kombinowanej, jednak wprowadzaną w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym.

Metodę totalnej komunikacji jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych uczniów głuchych wprowadziła na grunt polski A. Korzon. Uważa ona, że jest to koncepcja wcielająca odpowiednie słuchowe, manualne i ustne sposoby komunikacji z niesłyszącymi i pomiędzy niesłyszącymi dla zagwarantowania skutecznego porozumiewania się[83]. Obecnie pojęciem tym określa się porozumiewanie z osobami niesłyszącymi za pomocą wszystkich możliwych środków, takich jak:
– ekspresja słowna (mowa ustna i wyraźna artykulacja);
– wzrokowa percepcja mowy (odczytywanie mowy z ust osoby mówiącej);
– słuchowa percepcja mowy (obejmująca trening słuchowy polegający na uwrażliwianiu resztek słuchowych, reakcje na dźwięki, różnicowanie dźwięków i ich lokalizacji);
– wychowanie słuchowe (czyli nabywanie doświadczeń słuchowych dzięki świadomemu odbieraniu dźwięków otaczającej rzeczywistości oraz logorytmika);
– systemy ustno-manualne oraz manualne (obejmujące daktylografię, fonogesty, system językowo-migowy i klasyczny język migowy, a także mowę ciała – gesty naturalne, mimikę i pantomimikę);
– pismo, rysunek, piktogram i inne systemy graficzne (np. system Blissa).

---

81 S. Schmid-Giovannini, *Rady i wskazówki dla rodziców i wychowawców dzieci z uszkodzonym słuchem*, PKA, tłum. M. Góralówna, Warszawa 1987.

82 B. Szczepankowski, *Niesłyszący*..., *op. cit.*, s. 106. Alfabet palcowy (inaczej daktylografia) – odpowiedni układ palców jednej lub obu dłoni, każdy znak daktylograficzny odpowiada określonej literze bądź liczbie.

83 A. Korzon, *Totalna komunikacja*..., *op. cit.*, s. 48–49. Zdaniem autorki jest to koncepcja wprowadzająca odpowiednie słuchowe, manualne i ustne sposoby komunikacji z głuchymi wśród głuchych dla zagwarantowania skutecznego porozumiewania się.

Metoda ta podkreśla integralną rolę mowy dźwiękowej i wykorzystywania resztek słuchowych, którym znaki migowe powinny jedynie towarzyszyć[84]. Warto podkreślić, że komunikacja totalna nie jest tylko środkiem porozumiewania się w nauczaniu, lecz także pewnego rodzaju filozofią, która ma ukształtować pozytywne postawy otoczenia wobec osoby niesłyszącej i języka migowego. Można zauważyć różnicę między totalną komunikacją a metodą kombinowaną. Totalna komunikacja uznaje, że wszystkie sposoby komunikacji (migowe, ustne i słuchowe) należy wprowadzać od początku drogi życiowej dziecka, nie czekając na niepowodzenia dydaktyczne. W metodzie kombinowanej zaś wprowadza się te sposoby dopiero w czwartych klasach.

Wiele zmienia się w podejściu nauczycieli i rodziców do wychowania i nauczania dzieci z uszkodzonym zmysłem słuchu. Dość często sami Głusi domagają się przyznania im prawa do decydowania o nich samych[85]. Wzrost popularności dwujęzyczności powoduje, że język migowy jest nauczany i używany równolegle z językiem dźwiękowym[86]. W metodzie dwujęzycznej podstawę stanowi język migowy traktowany jako język pierwszy (macierzyński). W szkole dziecko uczy się języka narodowego, opierając się na tekstach pisanych. P. Tomaszewski przedstawił etapy nauczania z wykorzystaniem tej metody[87]. Wyróżnił:

1. Etap I: Przyswajanie polskiego języka migowego (PJM) na jak najwcześniejszych etapach rozwoju językowego, od natywnych użytkowników tego języka (dziecko uczy się tego języka od najbliższych). Etap ten musi poprzedzić naukę języka pisanego oraz naukę języka drugiego (fonicznego, narodowego), jednak nie izoluje się dziecka od obserwacji pisemnej czy doświadczania mówionej formy języka narodowego.
2. Etap II: Przejście z polskiego języka migowego do jego transkrypcji. Autor nie precyzuje, jaki system notacji ma temu służyć. Może to być SignWriting lub dowolna inna forma, dzięki której dziecko rozwinie w sobie świadomość metajęzykową, poznając coraz lepiej reguły morfologiczne i składniowe PJM.
3. Etap III: Przejście od transkrypcji polskiego języka migowego do formy pisanej języka polskiego. Zaleca się metodę porównawczą, która sprzyja umacnianiu pomostu między dwoma językami. Jest to etap, w którym zabezpiecza się miejsce dla dyskusji na temat różnic i podobieństw PJM i języka polskiego.

---

84 B. Szczepankowski, *Język migowy...*, *op. cit.*, s. 109–110.

85 H. Lane, *Maska dobroczynności. Deprecjacja społeczności głuchych*, tłum. T. Gałkowski, J. Kobosko, WSiP, Warszawa 1996; D. Bouvet, *Mowa dziecka. Wychowanie dwujęzykowe dziecka niesłyszącego*, tłum. R. Gałkowski, WSiP, Warszawa 1996.

86 P. Kowalski, D. Nowak-Adamczyk, *Kształcenie osób głuchych i słabosłyszących – wyzwania dla systemu edukacji w Polsce*, „Biuletyn RPO. Źródła" 2012, nr 7, s. 61–72.

87 P. Tomaszewski, *Polski Język Migowy w wychowaniu dwujęzycznym dzieci głuchych*, „Studia Pragmalingwistyczne" 2005, nr 4, s. 18–22, 33–58.

4. Etap IV: Opanowanie języka polskiego w formie pisanej (a jeśli możliwe – również mówionej).

W wypadku dziecka z uszkodzonym słuchem takie dwujęzyczne nauczanie zakłada stwarzanie sprzyjających warunków do osiągnięcia pełnej kompetencji dwujęzycznej w PJM i w języku polskim. Chodzi m.in. o uznanie Głuchych za członków polskiej mniejszości językowo-kulturowej predysponowanej do posługiwania się polskim językiem migowym – językiem o modalności innej niż język polski[88].

W przypadku omawianej populacji dochodzi do silnego oddziaływania na dopasowanie założeń edukacji integracyjnej głuchych przez Głuchych[89]. W najnowszych propozycjach wymienia się:
– pełne prawo do kształcenia w języku migowym i uczenia języka migowego;
– włączanie w program nauczania elementów tożsamości i kultury głuchych;
– wysoki poziom przygotowania merytorycznego kadry;
– liczne kontakty z lokalną społecznością głuchych oraz współpraca ze szkołami dla głuchych.

Możliwe, że najwięcej mogą uzyskać ci, którzy są zorganizowani i najbardziej zręczni w dochodzeniu swoich praw (obecnie są to zwolennicy PJM / Głusi). Z jednej strony żądania odpowiadają ich potrzebom i są zgodne z zasadami równości społecznej. Z drugiej natomiast odnoszą się one bezpośrednio zaledwie do części reprezentacji całego środowiska osób z wadą słuchu. W systemie edukacji odpowiadającym na potrzeby różnych uczniów powinna dominować konieczność dookreślenia tego, co wyróżnia i charakteryzuje każdą osobę z uszkodzonym słuchem indywidualnie.

Współcześnie zainteresowanie problematyką komunikacji w pracy z uczniem zaburzeniami słuchu opiera się na wieloletnich dokonaniach i osiągnięciach, które były możliwe poprzez wykorzystanie różnych metod porozumiewania się. Wyróżnia się m.in. metody: oralne, migowe, audytywno-werbalne, kombinowane, totalnej komunikacji, dwujęzyczne. W komunikacji z głuchymi można wykorzystywać język migowy, który funkcjonuje w dwóch formach: Polski Język Migowy oraz System Języka Migowego. Wielką wartością dla tej zróżnicowanej populacji są możliwości wykorzystania implantów ślimakowych i nowoczesnych aparatów słuchowych, które w połączeniu z odpowiednio wcześnie rozpoczętą, systematyczną pracą z dzieckiem z uszkodzonym słuchem pozwalają rozwinąć język dźwiękowy.

88 J. Kowal, *Język polski jako obcy w nauczaniu Milczących Cudzoziemców. Analiza możliwości zastosowania metod nauczania języka polskiego jako obcego w edukacji niesłyszących* [w:] E. Twardowska, M. Kowalska (red.), *Edukacja niesłyszących*, PZG, Łódź 2011, s. 93–110.

89 M. Sak, *Uczeń głuchy w kształceniu integracyjnym – specjalne potrzeby edukacyjne a rzeczywistość szkolna* [w:] I. Kijowska, I. Sorokosz (red.), *Propozycje w edukacji wobec problemów współczesnej szkoły*, Wyd. PWSZ, Elbląg 2009.

3.7. Wspomaganie dziecka z uszkodzonym słuchem w szkole

Wybór drogi edukacyjnej przez rodziców dziecka z uszkodzonym słuchem nie jest zadaniem prostym. Zarówno rodzice, jak i same dzieci z uszkodzonym słuchem oczekują od placówki ogólnodostępnej wsparcia i pedagogicznego postępowania uwzględniającego specyficzne trudności edukacyjne. W podjęciu przez rodziców odpowiedzialnej decyzji dominujące znaczenie ma wymóg realizacji przez uczniów słabosłyszących i niesłyszących podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego, takich samych jak w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych. Możliwe modyfikacje podstawy programowej powinny dotyczyć głównie formy językowej treści, tym bardziej że już jako absolwenci tacy uczniowie przystępują do egzaminu kończącego szkołę średnią z niewielkimi ułatwieniami w jego warunkach i formie[90].

Jeśli chodzi o organizację warunków pracy, to są one precyzyjnie ustalone dla uczniów z uszkodzonym słuchem posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego w odniesieniu do przeprowadzania tylko wybranych działań. W rozporządzeniach określone są zasady dotyczące sposobów dostosowania warunków i formy przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów[91]. Natomiast podczas prowadzenia zajęć edukacyjnych to nauczyciel decyduje o tym, jak dostosuje otoczenie zewnętrzne do specjalnych potrzeb edukacyjnych ucznia. Zazwyczaj zainteresowani otrzymują ogólne wskazówki do pracy z uczniem ze spe-

---

90 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, Dz.U. z 2010 r. nr 228, poz. 1487, § 7 ust. 1, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20102281487 [dostęp: 10.03.2016]. Dostosowania obejmują:
- w odniesieniu do formy egzaminu maturalnego m.in.: zmianę sposobu sformułowania niektórych zadań (zamianę słów, zwrotów lub całych zdań), jeżeli mogłyby one być niezrozumiałe lub błędnie zrozumiane przez osoby niesłyszące (nie dotyczy to terminów typowych dla danej dziedziny wiedzy), zmianę schematu punktowania niektórych zadań;
- w odniesieniu do warunków przeprowadzania egzaminu maturalnego m.in.: przedłużenie czasu przewidzianego na przeprowadzenie egzaminu, możliwość korzystania ze słowników językowych.

91 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych, Dz.U. z 2007 r. nr 83, poz. 562 z późn. zm., http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20070830562; Komunikat dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej z 29 sierpnia 2014 r. w sprawie sposobu dostosowania warunków i form przeprowadzania w roku szkolnym 2014/2015 sprawdzianu i egzaminu gimnazjalnego do potrzeb uczniów (słuchaczy) ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym, http://www.oke.krakow.pl/inf/filedata/files/20140829%20Komunikat%20Sprawdzian%20i%20egzamin%20gimnazjalny_CKE.pdf [dostęp: 10.03.2016].

CJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI[92]. Zwraca się uwagę na zgromadzenie rzetelnej wiedzy, z wykorzystaniem różnych źródeł: informacji i zaleceń zawartych w opinii lub orzeczeniu, przekazywanych przez rodziców od specjalistów oraz z publikacji i szkoleń[93]. Nauczyciele są zobowiązani do zdobywania wiedzy na temat sposobów udzielania porady psychologicznej oraz udoskonalania umiejętności terapeutycznych, by skutecznie służyć pomocą swoim uczniom i ich rodzicom. Od nauczycieli wymaga się skutecznej współpracy z rodzicami i ze specjalistami, takimi jak psycholodzy lub pracownicy pomocy społecznej[94]. UCZNIOWIE MOGĄ potrzebować dodatkowego wsparcia, polegającego na udziale w specjalistycznych zajęciach: korekcyjno-kompensacyjnych, logopedycznych, socjoterapeutycznych, rewalidacyjnych i innych.

W pracy nauczyciela z uczniem z uszkodzonym słuchem istotne znaczenie dla właściwego przebiegu procesu nauczania mają:
- zapoznanie się z rodzajem wady słuchu i jej konsekwencjami;
- dokładanie wszelkich starań, aby rozwój pojęć abstrakcyjnych u uczniów był jak najpełniejszy;
- wypracowanie różnorodnych metod rozwijających myślenie analityczne i syntetyczne, które ma kluczowe znaczenie nie tylko w matematyce, lecz także w realizacji innych obowiązkowych zajęć edukacyjnych, wynikających z ramowego planu nauczania;
- dobieranie form kształcenia i metod nauczania przy współudziale i akceptacji rodziny dziecka;
- dążenie do rozwijania pojęć i słownictwa uczniów, zarówno czynnego, jak i biernego;
- głośne omawianie czynności.

Zgodnie z tymi warunkami tworzone są podstawy konstruktywnych rozwiązań edukacyjnych w surdopedagogice. Surdopedagogika zajmuje się nauczaniem i wychowaniem jednostek z wadami słuchu[95]. Zawiera ona zasady i metody pracy, które należy stosować w procesie rewalidacyjnym. Obecnie surdopedagogika kładzie nacisk na osiągnięcie przez dziecko kompetencji zarówno w języku migowym, jak i języku ojczystym. Doceniony został udział rodziny w procesie wychowawczym dzieci niesłyszących poprzez poznanie i akceptowanie różnych

---

92 *Edukacja skuteczna, przyjazna i nowoczesna Jak organizować edukację uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi? Przewodnik*, Fundacja „Fundusz Współpracy", Warszawa 2010, s. 30, http://www.oke.krakow.pl/inf/filedata/files/Jak%20organizowa%E6%20edukacj%EA.pdf [dostęp: 23.02.2016].

93 K. Leśniewska, E. Puchała, *Organizacja procesu wspierania uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, ORE, Warszawa 2010, http://www.pppwalcz.com/pliki/pdf_02.pdf [dostęp: 12.03.2016].

94 G. Hornby, E. Hall, C. Hall, *Nauczyciel wychowawca*, tłum. J. Bartosik, GWP, Gdańsk 2005, s. 8–9.

95 B. Hoffmann, *Surdopedagogika w teorii i praktyce*, WN PWN, Warszawa 2001.

form porozumiewania się z dzieckiem. Według W. Dykcika surdopedagogika jest działem pedagogiki specjalnej, zajmującym się teorią i praktyką kształcenia osób z wadą słuchu, a więc osób niesłyszących (głuchych) i słabosłyszących (niedosłyszących, z resztkami słuchu)[96]. W przypadku ucznia z uszkodzonym słuchem możliwe są przynajmniej dwie sytuacje:

– wśród uczniów mogą się znaleźć dzieci posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenia innego typu lub opinie wydane przez powiatowe poradnie pedagogiczno-psychologiczne (PPPP);
– w przedszkolu, szkole lub placówce mogą się też znaleźć uczniowie, u których nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych i specjaliści prowadzący zajęcia z uczniem widzą trudności z nauką lub inne problemy, chociaż uczniowie ci nie posiadają żadnego dokumentu na potwierdzenie takiego stanu rzeczy.

W szkołach specjalnych dzieci z uszkodzonym słuchem otoczone są profesjonalną opieką nauczycieli posiadających kompetencje zawodowe surdopedagoga z wadą słuchu. Wykształcenie surdopedagogiczne posiadają przede wszystkim nauczyciele pracujący w systemie szkolnictwa specjalnego. Charakterystyczne dla tej dziedziny nauki pojęcie rewalidacji obejmuje szereg działań skierowanych na dziecko z uszkodzonym narządem słuchu. W procesie tym występują swoiste, właściwe jedynie surdopedagogice treści, metody, formy organizacyjne wychowania i nauczania umożliwiające realizowanie celów wychowania[97]. Charakterystyczne dla tego procesu są trzy działania: kompensacja, korektura i usprawnianie[98]. Często w pedagogice specjalnej można zaobserwować zamienne stosowanie terminów „rewalidacja" i „rehabilitacja"[99].

W szkole szczególną funkcję ma do spełnienia nauczyciel, który może korzystnie wpływać na rozwój uczniów z uszkodzonym słuchem. Jego oddziaływanie powinno się opierać na konkretnych zasadach nauczania, takich jak:

---

96 W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, WN UAM, Poznań 2005, s. 167.

97 M. Klaczak, P. Majewicz (red.), *Diagnoza i rewalidacja indywidualna dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, WN AP, Kraków 2006, s. 58.

98 B. Hoffmann, *Surdopedagogika w teorii...*, *op. cit.*, s. 11. Termin „rewalidacja" jest pojęciem pedagogicznym oznaczającym proces nauczania – uczenia się i wychowania – samowychowania. Celem tego procesu jest możliwie maksymalny, a zarazem wszechstronny rozwój osobowości dziecka z wadą słuchu.

99 T. Gałkowski, I. Stawowy-Wojnarowska, *Wychowanie dzieci głuchych w wieku przedszkolnym*, WSiP, Warszawa 1990, s. 234; A. Zwierzchowska, K. Gawlik, *Wychowanie fizyczne...*, *op. cit.*, s. 53. Rehabilitacja, jak sama nazwa wskazuje, zajmuje się usprawnianiem, wykonywaniem ćwiczeń, by dojść do jak najlepszej sprawności. Termin ten obejmuje: „[...] rozwój uwagi, ćwiczenia narządów zmysłów, oddechowych i artykulacyjnych, naśladowanie ruchu warg, języka i mięśni szczęk, strun głosowych i podniebienia. W tym podejściu wykorzystuje się resztki słuchu (za pomocą wzmacniaczy dźwięku), wzrok (wizualizacja mowy) i dotyk (wibracje)", B. Hoffmann, *Surdopedagogika w teorii...*, *op. cit.*, s. 28–29.

– stopniowanie złożoności i trudności materiału nauczania, jego ogólności i dostępności dla ucznia;
– przechodzenie od zagadnień łatwych do trudnych, od szczegółowych do ogólnych, od znanych do nieznanych, od bliskich do dalekich[100];
– zasada poglądowości, czyli wizualizacji nauczania;
– wiązanie nauki z praktyką;
– indywidualizacja;
– aktywny udział w procesie nauczania i uczenia się;
– wyrównywanie (kompensowanie) zmysłów poznawczych związanych z ubytkiem słuchu za pośrednictwem nieuszkodzonych zmysłów[101].

Układem odniesienia dla tak prowadzonego nauczania jest wykorzystanie pomocy dydaktycznych, naturalnych (np. eksponaty, okazy przyrody) oraz technicznych (audiowizualnych). Spełniają one funkcje kształcące i poznawcze, a także rozwijają procesy poznawcze oraz emocjonalno-motywacyjne.

Dla prawidłowego rozwoju ogólnego dziecka głuchego bardzo ważna jest rehabilitacja rozwoju mowy i myślenia oraz oparta na niej rehabilitacja wszystkich zmysłów. Ćwiczenia wszystkich zmysłów pozwolą dziecku głuchemu udoskonalić je tak, by w pewnym sensie mogły one zastąpić uszkodzony analizator[102]. M. Góralówna dobrała przykłady ćwiczeń trenujących wszystkie zmysły:

– słuch: trening słuchowy (ćwiczenia rytmu, natężenia dźwięku, rozróżnianie barwy i wysokości dźwięku itp.; ćwiczenia analizy i syntezy słuchowej; ocena kierunku, z jakiego dochodzi dźwięk);
– wzrok: odróżnianie barw, kształtów, ocenianie odległości – analiza i synteza wzrokowa;
– dotyk: odczuwanie kształtu, miękkości, gładkości, ostrości, trójwymiarowości, wilgotności, temperatury;
– motoryka: ćwiczenia równowagi, koordynacji wzrokowo-ruchowej, ćwiczenia drobnych mięśni kończyn, mięśni artykulacyjnych, ćwiczenia oddychania: ogólne ćwiczenia całego ciała;
– węch: rozróżnianie zapachów przyjemnych, przykrych itp.;
– inne, takie jak: ćwiczenia odczuwania ciężaru, odczuwania wibracji, ćwiczenia orientacji przestrzennej.

Ubytek słuchu ogranicza, ale nie uniemożliwia opanowania języka. Dziecko z uszkodzonym słuchem może nauczyć się mówić pod opieką specjalistów. Jednakże niesłyszący muszą włożyć ogromną pracę w naukę i rozwój mowy, m.in. ze

---

100 J. Zielińska, *Edukacja dzieci z uszkodzeniem słuchu w społeczeństwie informacyjnym*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2005, s. 98.

101 R. Borowski, *Środowisko społeczne osób niepełnosprawnych*, Novum, Płock 2003, s. 125.

102 M. Góralówna, B. Hołyńska, *Rehabilitacja...*, *op. cit.*, s. 63. „Zjawisko wykorzystywania pozostałych zmysłów do zastąpienia zmysłu uszkodzonego nazywamy kompensacją. Analizatory współdziałają i uzupełniają się wzajemnie" – *ibidem*.

względu na zaburzenia w realizacji kolejnych faz rozwoju mowy. Zdaniem J. Baran w nauce języka dzieci z uszkodzonym słuchem należy przestrzegać wielu zasad[103]. Obejmują one:

– związek nauczania języka z życiem i działalnością samych dzieci;
– kształtowanie języka na podstawie wykorzystania go jako środka obcowania, narzędzia myślenia i zdobywania wiadomości;
– odruchowy charakter mowy;
– równoczesną pracę nad leksykalną i gramatyczną stroną mowy;
– kształtowanie języka dzieci głuchych na drodze kompensacyjnej – dzięki wykorzystaniu zachowanych i sprawnie funkcjonujących analizatorów: wzroku, dotyku, kinestetycznego i resztek słuchu.

Jednym z ważnych czynników warunkujących przebieg procesu nauczania i wychowania uczniów z uszkodzonym słuchem jest wykorzystanie wychowania słuchowego. Istnieją różne interpretacje dotyczące wychowania słuchowego, wszystkie jednak dążą do rehabilitacji dziecka niesłyszącego. Wychowanie słuchowe opiera się na wykorzystaniu ojczystego języka mówionego wpływającego na prawidłowy rozwoju niemowląt i małych dzieci z uszkodzonym słuchem, co w znacznym stopniu ułatwia im późniejszą integrację w edukacji. Nauka mowy i słyszenia stanowi świadomie stosowany element codziennego życia rodzinnego[104]. Celem wychowania słuchowego jest także uwrażliwienie dziecka na bodźce akustyczne, rozwijanie zdolności ich różnicowania. Aby proces ten przebiegał efektywnie, ważne jest stosowanie protez słuchowych już od najmłodszych lat życia dziecka. Wychowanie słuchowe spoczywa na barkach rodziców i wielu pedagogów, logopedów podkreśla ich rolę w tym zakresie[105]. Rodzice muszą być świadomi tego, że bez ich udziału w programie rehabilitacyjnym dziecko niesłyszące nie spełni pokładanych w nim nadziei. Dzieci z wadą słuchu dzięki stymulacji słuchowej mogą zrozumieć, co słyszą, i nauczyć się utożsamiać dźwięki. Wychowanie słuchowe umożliwi dziecku kodowanie, różnicowanie, rozpoznawanie oraz odtwarzanie dźwięków otoczenia i dźwięków mowy. Zarówno D. Kornas-Biela, jak i A. Korzon stwierdzają, że dzięki wychowaniu słuchowemu zaczyna funkcjonować w pewnym stopniu audytywno-motoryczny układ kontrolny[106]. U dzieci, które posiadają małe resztki słuchu, poprawa będzie się ograniczać do niektórych elementów wymowy: wysokości głosu, jego natężenia, rytmiki oraz

---

103 J. Baran, *Rozwijanie mowy uczniów głuchych w procesie dydaktycznym klas V–VIII*, WSiP, Warszawa 1981, s. 19–20.

104 Y. Csanyi, *Słuchowo werbalne wychowanie...*, *op. cit.*, s. 15.

105 W. Pietrzak, *Dzieci z wadą słuchu* [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne...*, *op. cit.*, s. 370–377.

106 D. Kornas-Biela, *Rodzice wobec diagnozy uszkodzenia słuchu u dziecka. Doświadczenia rodziców, pomoc profesjonalistów* [w:] D. Kornas-Biela (red.), *Rodzina...*, *op. cit.*, s. 100; A. Korzon, *Postawy społeczno-moralne...*, *op. cit.*, s. 95.

tempa wypowiedzi. W wypadku dzieci posiadających większe resztki słuchowe możliwości korygowania własnej wymowy będą dotyczyły poszczególnych głosek, ich grup i całych wyrazów.

Istotnym elementem pracy surdopedagogów z uczniami z uszkodzonym słuchem jest stałe kontrolowanie i korygowanie wyrazistości wymowy uczniów w taki sposób, aby doprowadzić do automatyzacji narządów artykulacyjnych. Opanowanie elementów artykulacji to proces długotrwały, o zmiennym przebiegu. Decydują o tym m.in.: typ głuchoty, czas utraty słuchu, sprawność narządów artykulacyjnych, a także zachowane resztki słuchowe[107]. Dlatego też podstawą rehabilitacji jest nauczanie mowy. Zdaniem A. Korzon do szczegółowych zadań w tym zakresie należą:

– kształtowanie i rozwijanie wypowiedzi ustnej i pisemnej,
– nauczanie prawidłowej wymowy,
– opanowanie umiejętności czytania mowy z ust.

3.8. Metody nauczania uczniów z uszkodzonym zmysłem słuchu

Szczególną uwagę należy zwrócić na wybór metod nauczania. Współczesne metody pracy pedagogicznej z uczniami z uszkodzonym słuchem znajdują się w fazie dynamicznego, ale nieco chaotycznego rozwoju, którego ostateczne rezultaty dość trudno dziś przewidzieć, choćby tylko ze względu na niejednorodny charakter populacji oraz zróżnicowanie potrzeb dotyczących metod nauczania. Warto jednak obserwować te przemiany i śledzić z uwagą ich główne kierunki, aby uzyskać zdolność do refleksyjnego uczestnictwa w tym procesie.

Jak twierdzi J. Cieszyńska, istnieją trzy kierunki poszukiwań odpowiedniej metody kształcenia i rehabilitacji dzieci z uszkodzonym słuchem[108]:

1. Pierwszy naśladuje rozwój mowy dziecka słyszącego, zakładając, że jest on tożsamy, a jedynie rozciągnięty w czasie. Można tutaj wskazać metodę A. van Udena, S. Schmid-Giovannini (edukacja językowa)[109].
2. Drugi mówi o odrębności osoby niesłyszącej i w związku z tym nastawiony jest na sposoby komunikacji używane tylko przez nią, tzn. np. język migowy.

107 A. Korzon, *Totalna komunikacja...*, *op. cit.*, s. 98.
108 J. Cieszyńska, *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, WN AP, Kraków 2000, s. 79.
109 Charakterystyczne wydaje się przekonanie, że język migowy jest zabójczy dla mowy.

3. Trzeci zakłada, że uszkodzenie jakiegoś zmysłu zaburza spostrzeganie, poszukuje więc sposobu ułatwiającego niesłyszącym odbiór języka. Do niego zaliczymy np. dwujęzyczność, metodę fonogestów[110].

Prowadzona od dawna obserwacja placówek oświatowych, w których kształcą się dzieci z uszkodzonym słuchem, wykazuje, że w procesie ich nauczania wykorzystuje się zazwyczaj trzy grupy metod:
– ogólne metody nauczania, stosowane we wszystkich typach szkół;
– metody specjalne, stosowane w zależności od przedmiotu i treści nauczania;
– metody specyficzne, jak metody rozwijania sprawności językowej, odczytywanie wypowiedzi z ust[111].

Metody nauczania wykorzystywane w kształceniu dzieci z wadą słuchu różnią się od metod stosowanych w szkołach masowych tym, że ich stosowanie to równocześnie nauczanie i rehabilitowane. Organizacja zajęć z dzieckiem niesłyszącym na pierwszym etapie edukacyjnym nadal opiera się na założeniach metody ośrodków pracy[112]. Współcześnie wykorzystywane techniki pracy z dzieckiem głuchym to:
– metody oparte na słowie: pogadanka, opowiadanie, opis, praca z książką uzupełniona pokazem ilustrowanym, dialogiem z całą klasą, pytaniami skierowanymi do ucznia z wadą słuchu; nauczyciel jest świadomy, że uczeń nie ma podzielnej uwagi, nie może słuchać i oglądać jednocześnie;
– metody oparte na obserwacji: pokaz, pomiar uzupełnione wzorcową artykulacją, etykietami z zapisanymi nazwami nowych lub trudnych wyrazów, znakiem migowym, wykorzystanie daktylografii;
– metody oparte na działaniu praktycznym: zajęcia praktyczne, metoda laboratoryjna, stwarzanie sytuacji, w której uczniowie pytają lub odpowiadają, wykonując polecenia z wykorzystaniem etykiet z nazwami czynności i poleceń.

W czasie prowadzenia zajęć nauczyciel powinien pamiętać o uwzględnieniu w komunikacji z uczniem z wadą słuchu: wzorcowej artykulacji, etykietki oraz języka migowego. Wymaga to pewnego poziomu samokontroli, staranności i motywacji do zróżnicowania formy komunikatu. Istotne wydaje się wykorzystanie mowy sytuacyjnej. Każde wydarzenie mające miejsce w klasie, w szkole, podczas wycieczki może stanowić okazję do rozwijania słownictwa. Na poziomie kształcenia zintegrowanego takie wydarzenie powinno być:
– etykietowane (na tablicy pojawia się nowa nazwa z etykietkami),
– zapisywane (pojawia się nowy wyraz na arkuszu brystolu),
– symbolicznie rysowane i podpisywane wyrazami albo zdaniami na tablicy i w zeszycie.

---

110 J. Cieszyńska, *Od słowa przeczytanego...*, *op. cit.*, s. 70.
111 W. Pietrzak, *Jaką wybrać metodę*, „Świat Ciszy" 1988, nr 1.
112 A. Korzon, K. Plutecka, *Kształcenie zintegrowane uczniów niesłyszących w teorii i praktyce edukacyjnej*, Impuls, Kraków 2010, s. 57.

Dzieci lepiej zapamiętują te treści, które są powiązane z ich doświadczeniami i przeżyciami. Kojarzenie wzrokowe powinno stanowić dla uczniów z wadą słuchu podstawę uczenia się i ćwiczenia pamięci zarówno obrazów, sytuacji, jak i mowy[113]. Zdarzenia prezentowane w formie obrazków są zapamiętywane w znacznie większym stopniu niż ukazywane tylko w formie pisemnej czy mówionej.

O skuteczności kształcenia uczniów z uszkodzonym słuchem decydują nie tylko metody nauczania, lecz także jego formy organizacyjne, takie jak:

1. Nauczanie zbiorowe – zajęcia edukacyjne są podstawową formą organizacyjną stosowaną w kształceniu niesłyszących. Na lekcjach uczniowie opanowują wiadomości i współdziałanie z ludźmi słyszącymi, np. umiejętności odczytywania mowy z ust, korzystania z aparatu słuchowego.
2. Nauczanie indywidualne – uczeń z uszkodzonym słuchem z pomocą nauczyciela realizuje przeznaczone dla niego zadania. W nauczaniu indywidualnym dąży się do wyrobienia w praktyczny sposób umiejętności kompensowania słuchu za pomocą innych zmysłów.
3. Wycieczka – odgrywa znaczącą rolę w kształceniu dzieci niesłyszących. Wprowadzając w czasie wycieczki nowy materiał językowy, łączymy go z materiałem już znanym, co pomaga w utrwalaniu i systematycznym wzbogacaniu języka uczniów z uszkodzonym słuchem. Wycieczki należy także wykorzystywać do prowadzenia ćwiczeń usprawniających narządy artykulacyjne oraz ćwiczeń oddechowych i głosowych. Wycieczka spełni swoje zadanie poznawcze, rewalidacyjne i wychowawcze, jeżeli będzie dobrze przygotowana przez nauczyciela.
4. Zadanie domowe – stanowi ważną formą organizacyjną w kształceniu uczniów z uszkodzonym słuchem. Celem zadania domowego jest utrwalenie materiału przerabianego na lekcji i wdrażanie uczniów do samodzielnej nauki. Praca domowa musi być dostosowana do możliwości indywidualnych uczniów, sprawdzona i oceniona.

Rozwój i doskonalenie pomocy dydaktycznych stosowanych w nauczaniu i wychowaniu dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem zostały zrewolucjonizowane przez komputery i oprogramowania niewymagające specjalnych adaptacji[114]. Internet jest z powodzeniem wykorzystywany do podejmowania działań mających na celu wyrównanie szans edukacyjnych[115], co w przyszłości może skutkować lepszą pozycją społeczną i zawodową, a także przyczyniać się do podnosze-

113 J. Stachyra, *Zdolności poznawcze...*, *op. cit.*, s. 45.

114 Edukacja Między Uszami, http://edukacjamiedzyuszami.pl/ [dostęp: 27.02.2016]; T.A. Świderski, J. Kieruzalska, R. Więckowski, *Igor i wehikuł czasu*, http://kulturabezbarier.org/komiks,m,mg,20,193 [dostęp: 27.02.2016].

115 I. Jagoszewska, *Rola Internetu w życiu niesłyszących* [w:] M. Wawrzak-Chodaczek, I. Jagoszewska (red.), *Komunikacja wobec wyzwań współczesności*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2011, s. 176.

nia lub nabywania kwalifikacji przez osoby niesłyszące. Multimedialny charakter komputera sprawia, że od wielu lat wykorzystuje się go do:
– kształcenia wspomaganego komputerowo,
– diagnostyki i terapii pedagogicznej,
– badań pedagogicznych,
– organizacji i zarządzania edukacją (telepraca, teleedukacja, telepomoc).

Potrzeby edukacyjne dziecka z uszkodzonym słuchem różnią się w zależności od stopnia ubytku słuchu. Nie oznacza to bynajmniej zgody na akceptację bezradności pedagogów. Przeciwnie – szkoła ogólnodostępna może się stać miejscem skutecznego nauczania uczniów niesłyszących. Te możliwości są związane przede wszystkim z umiejętnościami nauczycieli oraz rozpoznawaniem przez nich indywidualnych potrzeb. Wśród czynników utrudniających proces nauczania ucznia z uszkodzonym słuchem nauczyciel powinien uwzględnić:
– obniżony poziom kompetencji językowej w zakresie poszczególnych płaszczyzn języka: gramatycznej, leksykalnej, fonologicznej;
– niższy niż przeciętny zasób leksykalny;
– utrudniony odbiór informacji drogą słuchową w niesprzyjających warunkach (większa liczba dyskutujących osób, szum);
– fragmentaryczny deficyt rozwojowy w zakresie percepcji i koordynacji wzrokowo-ruchowej.

W tabeli 2 zaprezentowano dane stanowiące kombinację stopni ubytku słuchu i ich konsekwencji dla potrzeb edukacyjnych ucznia z uszkodzonym słuchem.

Tabela 2. Stopnie ubytku słuchu i ich konsekwencje dla odbioru dźwięków oraz potrzeb edukacyjnych[116]

Stopień ubytku słuchu	Konsekwencje dla rozumienia języka i mowy	Specjalne potrzeby edukacyjne
1	2	3
20–40 dB (lekki) Dziecko nie słyszy mowy cichej i szeptu. Bez większych trudności może prowadzić rozmowę twarzą w twarz	Nie różnicuje głosek dźwięcznych i bezdźwięcznych. Może mieć trudności z artykulacją w zależności od zakresu ubytku słuchu i kształtu krzywej audiogramu. Trudności w analizie i syntezie słuchowej wyrazów. Błędy przy pisaniu tekstów ze słuchu	Nauczyciel powinien wyznaczyć dziecku korzystne dla odbioru mowy i obserwacji miejsce w klasie[116]. Dziecko powinno systematycznie odbywać zajęcia z zakresu tzw. treningu słuchowego w celu maksymalnego wykorzystania aparatu oraz ćwiczenia odczytywania mowy z ust.

116 Aby mogło dobrze widzieć i słyszeć nauczyciela oraz by widziało kolegę przed sobą i mogło dostrzec jego reakcje na polecenia nauczyciela, a także łatwo mogło się obrócić, gdy zechce słuchać kolegów z innych ławek.

		Należy mu zapewnić regularne zajęcia logopedyczne w celu rehabilitacji mowy. Trzeba pracować nad rozwojem słownictwa dziecka. W razie potrzeby powinno korzystać z indywidualnej pomocy pedagogicznej w realizacji programu nauczania
40–70 dB (umiarkowany) Dziecko, nie mając aparatu słuchowego, może nie odbierać 100% informacji z treści lekcji. Pomocne jest odczytywanie z ust. Może rozumieć tylko głośną mowę i to z odległości do 1 m	Może mieć też trudności z odbiorem i zrozumieniem dźwięków z otoczenia, nie nadąża za tokiem rozmowy, nie słyszy intonacji wypowiedzi. Często ma zaburzoną artykulację głosek dźwięcznych, szumiących, ciszących i syczących, ma problemy z analizą i syntezą słuchową, uboższe słownictwo od słyszących rówieśników i popełnia błędy gramatyczne w mowie	Nauczyciel powinien wyznaczyć dziecku korzystne dla odbioru mowy i obserwacji miejsce w klasie. Uczeń powinien używać aparatu słuchowego przynajmniej podczas lekcji, natomiast nauczyciel powinien wiedzieć, jak działa aparat i jakie przynosi korzyści. Uczeń musi odbywać trening słuchowy i trening odczytywania mowy z ust i regularnie uczestniczyć w terapii logopedycznej. Dziecko wymaga konsekwentnej pracy nad rozwojem języka oraz indywidualnej pomocy pedagogicznej w zakresie poszczególnych przedmiotów
70–90 dB (znaczny) Mowa nie jest słyszana bez aparatu słuchowego. Słaby rozwój mowy we wszystkich jej zakresach (leksykalnym gramatycznym, i artykulacyjnym). Dziecko może słyszeć jedynie głośne dźwięki z otoczenia. Mowa i język mogą się rozwinąć tylko w efekcie wczesnej diagnozy i intensywnej rehabilitacji mowy w okresie wczesnego dzieciństwa	Ograniczony zasób wiedzy ogólnej. Ograniczony zasób słownictwa biernego i czynnego. Mowa dziecka może brzmieć w sposób zbliżony do normy (cechy głosu, rytm mowy), chociaż nie zawsze bywa zrozumiała, co może powodować niechęć do wypowiadania się na lekcji	Dziecko powinno odbywać intensywny trening słuchowy rozpoczęty we wczesnym dzieciństwie, jak również doskonalić odczytywanie mowy z ust. Minimum godzinę dziennie powinno poświęcać na rehabilitację mowy pod kierunkiem specjalisty. Nauczyciel powinien być świadomy, że uczeń z wadą słuchu ma problemy z robieniem notatek, literowaniem i dyktandami. Należy zachęcać ucznia, by dawał znać, gdy czegoś nie usłyszał lub nie zrozumiał. Niezbędna jest codzienna pomoc pedagogiczna w realizacji programu nauczania.

Tabela 2. Stopnie ubytku słuchu... cd.

1	2	3
Powyżej 90dB (głęboki) Cicha mowa nie jest słyszana nawet w aparatach słuchowych. Słaby rozwój mowy we wszystkich jej zakresach (leksykalnym gramatycznym, i artykulacyjnym) oraz w zakresie rozumienia mowy	Trudności z komunikowaniem się. Mowa dziecka może być niezrozumiała dla otoczenia. Mowa dziecka i jej znajomość są na niskim poziomie rozwoju. Tendencja do uczenia się na pamięć bez rozumienia treści. Odpowiadanie na pytania odtwarzaniem wyuczonych treści. Możliwości przyswojenia programu szkolnego przez dziecko są poważnie ograniczone	W porozumiewaniu się ucznia z nauczycielem może być konieczne stosowanie języka migowego. Niezależnie od tego dziecko powinno intensywnie ćwiczyć odczytywanie mowy z ust. Nie należy rezygnować z treningu słuchowego, choć nie zawsze przyniesie on korzyści. Niezbędna jest codzienna i specjalistyczna pomoc pedagogiczna w realizacji programu szkolnego. Pożądany jest bliski kontakt nauczyciela ze specjalistą, który prowadzi z uczniem indywidualne zajęcia w poradni oraz szczególnie bliski kontakt z rodzicami dziecka niesłyszącego

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Dzieci z zaburzeniami słuchu – podróż do integracji społecznej*, cz. 4: *Edukacja,* Sonorus, Wrocław 2014, s. 17–18, http://www.sonorus.wroclaw.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=99&Itemid=44 [dostęp: 28.02.2016].

Należy oczekiwać, że nauczyciele będą dostrzegać zależność pomiędzy wykonywaniem zadań dydaktycznych a potrzebami edukacyjnymi uczniów niesłyszących. Powinno to doprowadzić do realizacji zajęć edukacyjnych nie tylko z wykorzystaniem różnorodnych metod czy środków dydaktycznych, lecz także zgodnie z właściwościami skutecznie zaplanowanych i przeprowadzonych działań. Wskazówki do realizacji tak skonstruowanego procesu nauczania nie różnią się w zasadniczy sposób od tych prezentowanych w literaturze pedagogicznej polskiej i zagranicznej[117]. Zaleca się szereg rozwiązań stosowanych w celu udzielenia pomocy uczniowi z wadą słuchu, to znaczy:

- W chwili wydawania polecenia należy być zwróconym do ucznia twarzą; nie chodzić po klasie w trakcie mówienia; nie mówić, będąc zwróconym twarzą do tablicy.
- Należy patrzeć na ucznia, kiedy on mówi, ponieważ może to pomóc w zrozumieniu i odczytaniu z ust jego wypowiedzi.

117 M. Góralówna, *Jak dopomóc uczniowi z uszkodzonym słuchem w klasie szkoły masowej. Wskazówki dla nauczyciela*, „Poradnik dla Rodziców Dzieci z Wadami Słuchu Polskiego Związku Głuchych" 1993, nr 1. Wskazówki do pracy z uczniem z uszkodzonym słuchem zostały opracowane przez National Acoustic Laboratories z Sydney w Australii i przetłumaczone przez M. Góralównę.

– Zaleca się mówić do ucznia normalnie (w sposób naturalny, w normalnym tempie i z intonacją); należy unikać pojedynczych słów, trzeba stosować krótkie zdania lub frazy, bez przesadnej artykulacji i krzyku.
– Źródło światła powinno znajdować się z tyłu za uczniem. Twarz nauczyciela powinna być oświetlona.
– Przy omawianiu nowego tematu należy napisać na tablicy słowa kluczowe i jak najczęściej używać pomocy wizualnych, tablic.
– Uczeń powinien mieć czas na odpowiedź. Konieczne jest powtórzenie polecenia lub postawienie pytania w innej formie, jeżeli uczeń nie zrozumiał pytania czy polecenia.
– Dziecko niesłyszące powinno siedzieć w takim miejscu w klasie, aby mogło dobrze widzieć i słyszeć nauczyciela, a także by łatwo mogło się obrócić, gdy zechce słuchać kolegów (najlepsze miejsce to 2 lub 3 ławka, od okna; przy czym ucho dziecka lepiej słyszące powinno być skierowane w stronę klasy).
– Nauczyciel musi być świadomy, że uczeń z wadą słuchu ma problemy z robieniem notatek, literowaniem i dyktandami.
– Należy zachęcać ucznia, by dawał znać, gdy czegoś nie usłyszał lub nie zrozumiał.
– Aparat słuchowy nie czyni z ucznia osoby normalnie słyszącej; uczeń może słyszeć raz lepiej, raz gorzej.
– Należy wykorzystywać każdą okazję do indywidualnej pracy z uczniem.
– Pożądany jest bliski kontakt nauczyciela ze specjalistą, który prowadzi z uczniem indywidualne zajęcia w poradni, oraz szczególnie bliski kontakt z rodzicami dziecka niesłyszącego.
– Upośledzenie słuchu nie jest związane z inteligencją. Pod tym względem istnieje, podobnie jak w każdej innej grupie, zróżnicowanie; są więc niesłyszące dzieci bardziej i mniej inteligentne.
– Należy zwracać uwagę na jakość relacji ucznia z kolegami, by móc obiektywnie ocenić, czy są one związane z wadą słuchu czy też z innymi czynnikami[118].

Idąc w kierunku kształtowania się pojęć abstrakcyjnych, należy zacząć od działań na konkretach, wykorzystywać realne przedmioty i sytuacje, a także różnorodne czynności, ukazywać rozmaite cechy opracowywanych pojęć. Trzeba uczyć rozpoznawania przykładów i kontrprzykładów, wykorzystywania rysunków bądź schematów przy rozwiązywaniu zadań. Istotną rzeczą jest także zwracanie uwagi na dokładne sprawdzanie rozwiązania zadania, konfrontowanie wyniku z sytuacją wyjściową, jak również na poprawne formułowanie odpowiedzi zarówno pod względem poprawności gramatycznej, jak i sensowności.

Systematyczne diagnozowanie, analizowanie reakcji uczniów, dostosowanie wymagań do ich możliwości oraz korzystanie z zasad czynnościowo-realistycznego nauczania może się przyczynić do osiągania przez nich użytecznej wiedzy[119]. H. Siwek podaje następujące wskazówki do pracy z uczniem z uszkodzonym słuchem:

---

118 *Ibidem*, s. 10–12.
119 H. Siwek, *Dydaktyka matematyki. Teoria i zastosowanie w matematyce szkolnej*, WSiP, Warszawa 2005, s. 212–213.

– dostosować metody i formy pracy do inteligencji na poziomie przeciętnym;
– postępować zgodnie z zasadami pracy z uczniem dysleksyjnym i integracyjnym;
– uwzględniać spowodowane niedosłuchem ograniczenia możliwości percepcji słuchowej i pogarszanie się jej w stanie infekcji, zadbać o to, by każdy uczeń zawsze miał miejsce blisko nauczyciela;
– ze względu na niedosłuch oraz specyficzne trudności ucznia (zaburzenia percepcji wzrokowej, słuchowej i orientacji przestrzennej) zadbać o to, by uczeń przyswajał materiał polisensorycznie;
– podczas oceny uwzględniać specyficzne trudności dyslektyczne ucznia, przejawiające się trudnościami w czytaniu oraz w budowaniu wypowiedzi ustnych i pisemnych;
– oceniać prace pisemne pod kątem trudności i stylu z pominięciem oceny za błędy i poziom graficzny pisma;
– udzielić pomocy przy nadrabianiu zaległości w przypadku dłuższej nieobecności ucznia w szkole;
– motywować do systematycznej pracy, uzupełniania wiadomości oraz nabywania i ćwiczenia umiejętności;
– pobudzać do aktywności na lekcjach poprzez przydzielenie uczniowi zadań na miarę jego zdolności i możliwości;
– podnosić wiarę we własne możliwości ucznia, nagradzając i podkreślając na forum klasy jego sukcesy i osiągnięcia.

W procesie edukacyjnym dziecka z uszkodzeniem słuchu mogą wystąpić różnego rodzaju trudności, wynikające ze specyfiki kształtowania się i operowania systemem językowym[120]. Umiejętne rozpoznanie owych trudności przez nauczyciela pozwoli na wdrożenie odpowiednich zasad pracy, zwiększających szansę na podniesienie efektywności procesu nauczania i uczenia się. A. Dłużniewska uważa, że nauczyciele powinni podjąć działania pedagogiczne zmierzające do ograniczania:
– trudności w przyswajaniu pojęć, w umiejętności ich definiowania i w budowaniu systemu pojęć:
  • podczas omawiania nowego tematu należy wypisać na tablicy słowa kluczowe i jak najczęściej używać pomocy wizualnych (tablic, wykresów, rysunków itp.), trzeba wyjaśniać pojęcia nieznane, abstrakcyjne;
  • ważne są stopniowanie trudności, pomoc w analizie treści tekstów – ukierunkowana praca z tekstem (zwrócenie uwagi na związki przyczynowo-skutkowe i czasowo-przestrzenne);

120 A. Dłużniewska, *Model pracy z uczniem niesłyszącym lub słabo słyszącym* [w:] B. Trochimiak i in., *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały szkoleniowe*, cz. 2, MEN, Warszawa 2010 s. 43–44, http://static.scholaris.pl/main-file/102/537/podniesienie_efektywnosci_66013.pdf [dostęp: 28.02.2016].

– trudności w językowej organizacji tekstu w zakresie formułowania opinii, sądów, argumentowania, wartościowania itp.:
  - pomoc w dokonywaniu interpretacji treści;
  - pomoc w formułowaniu odpowiedzi, przygotowanie planu wypowiedzi ułożonego w formie pytań;
– trudności w formułowaniu wypowiedzi (ubogi zasób słownictwa, błędy składniowe, błędy stylistyczne):
  - należy zadawać pytania pomocnicze ułatwiające przeprowadzenie spójnej, logicznej linii narracyjnej;
  - trzeba zwracać uwagę na trójdzielną kompozycję tekstów pisanych;
  - warto prowadzić ćwiczenia doskonalące sprawność językową w pracach pisemnych (poprawność stylistyczna, gramatyczna, interpunkcyjna);
– trudności w selekcjonowaniu informacji:
  - pomoc uczniowi w dokonywaniu selekcji materiału – wskazanie informacji istotnych z punktu widzenia zrozumienia i opanowania materiału;
  - przygotowanie przez nauczyciela notatki zawierającej najistotniejsze informacje;
– trudności w trwałym zapamiętywaniu treści:
  - częste powtarzanie i systematyczne utrwalanie istotnych treści, odwoływanie się do wcześniej omówionych treści;
  - sprawdzanie wiadomości częściej z mniejszych partii materiału;
  - powtarzanie kluczowych informacji z lekcji w części podsumowującej zajęcia edukacyjne;
– trudności w dłuższej koncentracji na treściach odbieranych drogą słuchową:
  - podczas zapoznawania ucznia z nowym materiałem należy stosować pomoce pozwalające na odbiór treści jak największą liczbą kanałów percepcyjnych (wzrokowy, słuchowy, kinestetyczny, kinetyczny);
– trudności w uczeniu się na pamięć:
  - sprawdzanie wiadomości obejmujących mniejsze partie materiału;
  - stosowanie pytań naprowadzających.

Wspomaganie ucznia z uszkodzonym słuchem staje się bardziej ukierunkowane i świadome. Duży wpływ na kształtowanie działań nauczycieli ma wyodrębnienie i rozpoznanie specyficznych potrzeb i trudności. Jest to uzasadnione zamierzoną praktyką powiązania możliwości ucznia z wadą słuchu z wymaganiami w związku z procesem nauczania. Od lat poszukuje się najlepszej, najskuteczniejszej metody nauczania dzieci z uszkodzonym słuchem. Dominujący problem stanowi wybór „mówić czy migać" w warunkach dostosowania metod do indywidualnych możliwości dziecka. Szanse rozwoju w szkole powinny być silnie wspierane przez pedagogów poszukujących wskazówek, jak nauczać dzieci z uszkodzonym słuchem, pedagogów wyposażonych w umiejętności rozpoznawania trudności i wspierania zdolności uczniów z uszkodzonym słuchem.

Bibliografia

Adamiec T., *Głuchoniemi i ich świadectwa życia od starożytności do końca XVIII wieku – przegląd problematyki* [w:] M. Świdziński, T. Gałkowski (red.), *Studia nad kompetencją językową i komunikacją niesłyszących*, UW, Warszawa 2003.

Baran J., *Rozwijanie mowy uczniów głuchych w procesie dydaktycznym klas V–VIII*, WSiP, Warszawa 1981.

Bartnikowska U., *Sytuacja społeczna i rodzinna słyszących dzieci niesłyszących rodziców*, Akapit, Toruń 2010.

Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, http://www.niepelnosprawni.gov.pl/ [dostęp: 13.02.2016].

Borowski R., *Środowisko społeczne osób niepełnosprawnych*, Novum, Płock 2003.

Bouvet D., *Mowa dziecka. Wychowanie dwujęzykowe dziecka niesłyszącego*, tłum. R. Gałkowski, WSiP, Warszawa 1996.

Burzyńska E., *Akwizycja językowa dzieci głuchych (oraz podstawowe wiadomości o Polskim Języku Migowym)*, PZG, Warszawa 2009.

Cieszyńska J., *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, WN AP, Kraków 2000.

Csanyi Y., *Słuchowo-werbalne wychowanie dzieci z uszkodzonym narządem słuchu*, tłum. B. Szymańska, WSiP, Warszawa 1994.

Czajkowska-Kisil M., *Dwujęzyczność w nauczaniu głuchych*, „Nauczyciel w Świecie Ciszy" 2005, nr 7.

Dłużniewska A., *Model pracy z uczniem niesłyszącym lub słabosłyszącym* [w:] B. Trochimiak i in., *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały szkoleniowe*, cz. 2, MEN, Warszawa 2010, http://static.scholaris.pl/main-file/102/537/podniesienie_efektywnosci_66013.pdf [dostęp: 28.02.2016].

Dolnośląskie Stowarzyszenie Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Wadami Słuchu „Sonorus", http://www.sonorus.wroclaw.pl/ [dostęp: 28.02.2016].

Dryżałowska G., *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna. Model kształcenia integracyjnego*, Wyd. UW, Warszawa 1997.

Dryżałowska G., *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna. Model kształcenia integracyjnego*, wyd. 2, Wyd. UW, Warszawa 2007.

Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*, WN UAM, Poznań 2005.

Dzieci z zaburzeniami słuchu – podróż do integracji społecznej, cz. 4: *Edukacja*, Sonorus, Wrocław 2014, http://www.sonorus.wroclaw.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=99&Itemid=44 [dostęp 28.02.2016].

Dziemidowicz C., *Dziecko głuche i język ojczysty. Traktat o rozwoju języka w całkowitej ciszy*, Tanan, Bydgoszcz 1996.

Eckert U., *Pedagogika niesłyszących i niedosłyszących – surdopedagogika* [w:] W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, WN UAM, Poznań 2001.

Edukacja głuchych. Materiały konferencyjne, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa 2014, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Edukacja_gluchych_materialy_konferencyjne.pdf [dostęp: 13.03.2016].

Edukacja Między Uszami, http://edukacjamiedzyuszami.pl/ [dostęp: 27.02.2016].

Edukacja skuteczna, przyjazna i nowoczesna. Jak organizować edukację uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi? Przewodnik, Fundacja „Fundusz Współpracy", Warszawa 2010, http://www.oke.krakow.pl/inf/filedata/files/Jak%20organizowa%E6%20edukacj%EA.pdf [dostęp: 23.02.2016].

Gałkowski T., *Wpływ głuchoty na sferę emocjonalną i osobowość dziecka oraz stosunki rodzinne* [w:] T. Gałkowski, I. Kaiser-Grodecka, J. Smoleńska, *Psychologia dziecka głuchego*, PWN, Warszawa 1989.

Gałkowski T., *Zaburzenia słuchu* [w:] T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, Wyd. UMCS, Lublin 1993.

Gałkowski T., Kaiser-Grodecka I., Smoleńska J., *Psychologia dziecka głuchego*, PWN, Warszawa 1989.

Gałkowski T., Stawowy-Wojnarowska I., *Wychowanie dzieci głuchych w wieku przedszkolnym*, WSiP, Warszawa 1990.

Góralówna M., *Jak dopomóc uczniowi z uszkodzonym słuchem w klasie szkoły masowej. Wskazówki dla nauczyciela*, „Poradnik dla Rodziców Dzieci z Wadami Słuchu Polskiego Związku Głuchych" 1993, nr 1.

Góralówna M., Hołyńska B., *Rehabilitacja małych dzieci z wadą słuchu*, PZWL, Warszawa 1993.

Grzesiak I., *Głusi jako mniejszość językowa posługująca się językiem migowym* [w:] S. Gajda, A. Markowski, J. Porayski-Pomsta (red.), *Polska polityka komunikacyjnojęzykowa wobec wyzwań XXI wieku*, Elipsa, Warszawa 2005.

Gunia G., *Pomoc i poradnictwo rodzinie dziecka z wadą słuchu* [w:] S. Mihilewicz (red.), *Dziecko z trudnościami w rozwoju*, Impuls, Kraków 2005.

Gunia G., *Terapia logopedyczna dzieci z zaburzeniami słuchu i mowy. Wybrane problemy teorii i praktyki surdologopedycznej*, Impuls, Kraków 2010.

Hoffmann B., *Surdopedagogika w teorii i praktyce*, WN PWN, Warszawa 2001.

Hoffmann B., *Surdopedagogika. Zarys problematyki*, PWN, Warszawa 1987.

Hojan E., *Dopasowanie aparatów słuchowych*, Mediton, Łódź 2009.

Hornby G., Hall E., Hall C., *Nauczyciel wychowawca*, tłum. J. Bartosik, GWP, Gdańsk 2005.

https://www.cke.edu.pl/akty-prawne [dostęp: 10.03.2016].

Jagoszewska I., *Komunikacja osób niesłyszących – współczesna polemika* [w:] A. Mitręga, I. Jagoszewska (red.), *Komunikacja jako narzędzie (po)rozumienia we wspólnotach społecznych*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2012.

Jagoszewska I., *Rola Internetu w życiu niesłyszących* [w:] M. Wawrzak-Chodaczek, I. Jagoszewska (red.), *Komunikacja wobec wyzwań współczesności*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2011.

Kaiser-Grodecka I., *Charakterystyka wybranych procesów poznawczych u dzieci głuchych* [w:] T. Gałkowski, I. Kaiser-Grodecka, J. Smoleńska, *Psychologia dziecka głuchego*, PWN, Warszawa 1989.

Klaczak M., Majewicz P. (red.), *Diagnoza i rewalidacja indywidualna dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, WN AP, Kraków 2006.

Komisja Ekspertów ds. Osób Głuchych, https://www.rpo.gov.pl/pl/content/zespol-ds-osob-gluchych [dostęp: 13.04.2017].

Komunikat dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej z 29 sierpnia 2014 r. w sprawie sposobu dostosowania warunków i form przeprowadzania w roku szkolnym 2014/2015

sprawdzianu i egzaminu gimnazjalnego do potrzeb uczniów (słuchaczy) ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, w tym niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie oraz zagrożonych niedostosowaniem społecznym, http://www.oke.krakow.pl/inf/filedata/files/20140829%20Komunikat%20Sprawdzian%20i%20egzamin%20gimnazjalny_CKE.pdf [dostęp: 10.03.2016].

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku 13 grudnia 2006 r., Dz.U. z 2012 r. poz. 1169, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120001169 [dostęp: 10.03.2016].

Kornas-Biela D., *Rodzice wobec diagnozy uszkodzenia słuchu u dziecka. Doświadczenia rodziców, pomoc profesjonalistów* [w:] D. Kornas-Biela (red.), *Rodzina – źródło życia i szkoła miłości*, TN KUL, Lublin 2001.

Korzon A., *Postawy społeczno-moralne młodzieży głuchej*, WN WSP, Kraków 1982.

Korzon A., *Totalna komunikacja jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych uczniów głuchych*, WN WSP, Kraków 1996.

Korzon A., *Wczesna rehabilitacja dzieci z wadą słuchu* [w:] B. Cytowska, B. Winczura (red.), *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Impuls, Kraków 2016.

Korzon A., Plutecka K., *Kształcenie zintegrowane uczniów niesłyszących w teorii i praktyce edukacyjnej*, Impuls, Kraków 2010.

Kosakowski C., *Dziecko niepełnosprawne w szkole masowej – możliwości i ograniczenia* [w:] C. Kosakowski, Zaorska M. (red), *Dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Akapit, Toruń 2000.

Kowal J., *Język polski jako obcy w nauczaniu Milczących Cudzoziemców. Analiza możliwości zastosowania metod nauczania języka polskiego jako obcego w edukacji niesłyszących* [w:] E. Twardowska, M. Kowalska (red.), *Edukacja niesłyszących*, PZ, Łódź 2011.

Kowalski P., Nowak-Adamczyk D., *Kształcenie osób głuchych i słabosłyszących – wyzwania dla systemu edukacji w Polsce*, „Biuletyn RPO. Źródła" 2012, nr 7.

Krakowiak K., *Fonogesty jako narzędzie formowania języka dzieci z uszkodzonym słuchem*, t. 9, Wyd. UMCS, Lublin 1995.

Krakowiak K., *Fonogesty – metoda komunikowania się słyszących rodziców z niesłyszącymi dziećmi i budowania w dziecięcych umysłach sensoryczno-motorycznej bazy mowy* [w:] J.J. Błeszyński (red.), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Impuls, Kraków 2006.

Krakowiak K., *Nowe podstawy wychowania językowego dzieci z głębokimi prelingwalnymi uszkodzeniami słuchu*, „Audiofonologia" 2004, t. 25, nr 1, http://ptnzs.org.pl/audiofonologia/AUDIOFONOLOGIA_TOM_XXV_2004/1_K_Krakowiak.pdf [dostęp: 13.02.2016].

Kupisiewicz M., *Intelektualna dojrzałość do uczenia się matematyki dzieci z wadą słuchu*, WSiP, Warszawa 1996.

Lane H., *Maska dobroczynności. Deprecjacja społeczności głuchych*, tłum. T. Gałkowski, J. Kobosko, WSiP, Warszawa 1996.

Leśniewska K., Puchała E., *Organizacja procesu wspierania uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, ORE, Warszawa 2010, http://www.pppwalcz.com/pliki/pdf_02.pdf [dostęp: 12.03.2016].

Lindner G., *Podstawy audiologii pedagogicznej*, tłum. J. Wierzchowski, PWN, Warszawa 1976.

Maszczak T., *Poziom somatyczny i motoryczny dzieci głuchych w Polsce*, „Kultura Fizyczna" 1978, nr 12.

Maszczak T., *Wychowanie fizyczne i sport dzieci specjalnej troski*, Wyd. AWF, Warszawa 1994.

Ministerstwo Edukacji Narodowej, http://www.men.gov.pl [dostęp: 22.02.2016].

Myklebust H.R., *Auditory disorders in children. A manual for differential diagnosis*, Grune – Stratton, New York 1954.

Obuchowska I. (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1991.

Ośrodek Rozwoju Edukacji, https://www.ore.edu.pl [dostęp: 12.03 2016].

Périer O., *Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu. Aspekty medyczne, wychowawcze, socjologiczne i psychologiczne*, tłum. T. Gałkowski, WSiP, Warszawa 1992.

Pietrzak W., *Dzieci z wadą słuchu* [w:] I. Obuchowska (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, WSiP, Warszawa 1991.

Pietrzak W., *Jaką wybrać metodę*, „Świat Ciszy" 1988, nr 1.

Podgórska-Jachnik D., *Głusi wśród słyszących – głusi wśród Głuchych. Problemy integracji społecznej osób z uszkodzonym słuchem w aspekcie tożsamościowym* [w:] E. Woźnicka (red.), *Tożsamość społeczno-kulturowa głuchych*, PZG, Łódź 2011.

Polski Związek Głuchych, http://www.pzg.org.pl.

Poluszyński B., *Nauczanie języków obcych w europejskich systemach edukacyjnych na przełomie II i III tysiąclecia,* „Języki Obce w Szkole" 2003, nr 6 (specjalny): *My w Europie*.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2007 r. w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych, Dz.U. z 2007 r. nr 83, poz. 562 z późn. zm., http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20070830562 [dostęp: 30.03.2016].

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, Dz.U. z 2008 r. nr 173, poz. 1072, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20081731072 [dostęp: 13.02.2016].

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, Dz.U. z 2010 r. nr 228, poz. 1487, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20102281487 [dostęp: 10.03.2016].

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowywania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach, Dz.U. z 2010 r. nr 228, poz. 1489, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20102281489 [dostęp: 13.02.2016].

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach, Dz.U. z 2011 r. nr 109, poz. 631, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111090631 [dostęp: 10.03.2016].

Rzecznik Praw Obywatelskich, www.rpo.gov.pl [dostęp: 20.03.2016].

Sak M., *Kształcenie głuchych w szkołach masowych i w klasach mieszanych z innymi niepełnosprawnościami*, wystąpienie na Konferencji Edukacja Głuchych 20.03 2014, https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Mariusz_Sak.pdf [dostęp: 20.03.2016].

Sak M., *Uczeń głuchy w kształceniu integracyjnym – specjalne potrzeby edukacyjne a rzeczywistość szkolna* [w:] I. Kijowska, I. Sorokosz (red.), *Propozycje w edukacji wobec problemów współczesnej szkoły*, Wyd. PWSZ, Elbląg 2009.

Sawa B., *Dzieci z zaburzeniami mowy*, WSiP, Warszawa 1990.

Schmid-Giovannini S., *Rady i wskazówki dla rodziców i wychowawców dzieci z uszkodzonym słuchem*, tłum. M. Góralówna, PKA, Warszawa 1987.

Sękowska Z., *Pedagogika specjalna*, PWN, Warszawa 1985.

Sękowska Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, WSPS, Warszawa 1998.

Siemaszko A. (oprac.), *Orzecznictwo w KRUS a inne orzeczenia*, 11.09.2015, http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/276466;jsessionid [dostęp: 13.10.2014].

Siwek H., *Dydaktyka matematyki. Teoria i zastosowania w matematyce szkolnej*, WSiP, Warszawa 2005.

Sleeboom-van Raaij I., *Wpływ głuchoty na członków rodziny* [w:] J. Kobosko (red.), *Młodzież głucha i słabosłysząca w rodzinie i otaczającym świecie. Dla terapeutów, nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu „Usłyszeć Świat", Warszawa 2009.

Smoleńska J., *Niedosłyszący* [w:] T. Gałkowski, I. Kaiser-Grodecka, J. Smoleńska, *Psychologia dziecka głuchego*, PWN, Warszawa 1989.

Stachyra J., *Zdolności poznawcze i możliwości umysłowe uczniów z uszkodzonym słuchem*, Wyd. UMCS, Lublin 2001.

Szczepankowski B., *Język migany w szkole*, WSiP, Warszawa 1988.

Szczepankowski B., *Język migowy i system językowo-migowy* [w:] J.J. Błeszyński (red.), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Impuls, Kraków 2006.

Szczepankowski B., *Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans*, WSiP, Warszawa 1999.

Świderski T.A., Kieruzalska J., Więckowski R., *Igor i wehikuł czasu*, http://kulturabezbarier.org/komiks,m,mg,20,193 [dostęp: 27.02.2016].

Świdziński M. (red.), *Sytuacja osób głuchych w Polsce. Raport zespołu ds. g/Głuchych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.

Tomaszewski P., *Polski Język Migowy w wychowaniu dwujęzycznym dzieci głuchych*, „Studia Pragmalingwistyczne" 2005, nr 4.

Tomaszewski P., *Życie dwujęzyczne i dwukulturowe dziecka głuchego* [w:] J. Kobosko (red.), *Moje dziecko nie słyszy. Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu*, Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek – Człowiekowi", Warszawa 1999.

Tomaszewski P., Gałkowski T., Rosik P., *Nauczanie polskiego języka migowego jako obcego języka: Czy osoby słyszące mogą przyswoić język wizualny?*, „Czasopismo Psychologiczne" 2002, t. 8, nr 1.

Trochymiuk A., *Wymowa dzieci niesłyszących. Analiza audytywna i akustyczna*, Wyd. UMCS, Lublin 2008.

Twardowska E., Kowalska M., *Katalog szkół 2011/2012*, PZG, Łódź 2011.

Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, Dz.U. z 2004 r. nr 256, poz. 2572 z późn. zm., http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20042562572 [dostęp: 13.02.2016].

Ustawa z dnia 20 lutego 2015 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2015 r., poz. 357, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20150000357 [dostęp: 10.03.2016].

Wojda P., *Rola języka migowego w życiu rodziny dziecka niesłyszącego* [w:] D. Kornas-Biela (red.), *Rodzina – źródło życia i szkoła miłości*, TN KUL, Lublin 2001.

Zaborniak-Sobczak M., *Osoby z wadą słuchu wobec wybranych problemów integracji psychospołecznej*, Wyd. UR, Rzeszów 2009.

Zarządzenie nr 29 Ministra Edukacji Narodowej z dnia 4 października 1993 r. w sprawie zasad organizacji opieki nad uczniami niepełnosprawnymi, ich kształcenia w ogólnodostępnych i integracyjnych przedszkolach, szkołach i placówkach oraz organizacji kształcenia specjalnego, Dz.Urz. MEN z 1993 r. nr 9, poz. 36, http://www.oswiata.abc.com.pl/akt1/-/akt/dz-urz-men-93-9-36 [dostęp: 25.02.2016].

Zielińska J., *Edukacja dzieci z uszkodzeniem słuchu w społeczeństwie informacyjnym*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2005.

Zwierzchowska A., Gawlik K., *Wychowanie fizyczne dzieci i młodzieży niesłyszącej i słabosłyszącej*, Wyd. AWF, Katowice 2005.

4. Uczeń z niepełnosprawnością wzrokową w szkole ogólnodostępnej

4.1. Kształcenie segregacyjne i integracyjne w Polsce w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością wzrokową

Według Światowej Organizacji Zdrowia na świecie 285 mln ludzi ma uszkodzony wzrok, z tego 39 mln jest niewidomych, a 246 – słabowidzących. Zdecydowana większość, bo aż około 90% osób z wadami wzroku żyje w krajach rozwijających się[1]. Z roku na rok przybywa takich osób w szkolnictwie ogólnodostępnym, jednak z wielu przyczyn na różnych etapach drogi edukacyjnej część z nich trafia do szkolnictwa specjalnego. Sytuacja taka dotyczy nie tylko osób, które z powodu poważnych zaburzeń wzroku i sprzężonych z nimi nieprawidłowości nie radzą sobie w szkołach ogólnodostępnych, lecz także uczniów z niewielką niepełnosprawnością wzrokową, prawidłowym poziomem rozwoju intelektualnego i emocjonalno-społecznego. Obecnie wśród pedagogów specjalnych przeważają zwolennicy poglądu, że proces edukacji powinien przebiegać w placówkach integracyjnych. Dzieci i młodzież niewidomi i słabowidzący są pełnoprawnymi członkami społeczeństwa, mogą korzystać z wszelkich systemów, które zostały stworzone. Edukacja w integracji może zapobiegać izolacji osób niepełnosprawnych od pełnosprawnego społeczeństwa, chronić przed pojawianiem się krzywdzących nastawień i stereotypów. Opowiadający się za kształceniem segregacyjnym odpowiadają jednak, że w placówkach specjalnych uczniowie mają dostosowany do potrzeb i możliwości program, realizowany z pomocą wykwalifikowanej kadry pedagogicznej, z wykorzystaniem szeregu specjalnych pomocy ułatwiających kształcenie i wychowanie. Jeszcze inni podkreślają, że choć idea integracji jest niewątpliwie szczytna, a edukacja integracyjna ze wszech miar potrzebna, to należy wziąć pod uwagę, że istnieją uczniowie niespełniający warunków gwarantujących im osiągnięcie sukcesu edukacyjnego w ramach kształcenia integracyjnego. Tacy uczniowie powinni rozpocząć naukę w placówce specjalnej

1 *Visual impairment and blindness*, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/ [dostęp: 10.09.2015].

(aby wyrównać braki edukacyjne, przyswoić podstawowe umiejętności i techniki pracy szkolnej, jak chociażby opanować alfabet Braille'a), a dopiero na dalszych etapach edukacji przejść do szkoły ogólnodostępnej[2].

Ze zbiorczego raportu z diagnozy usług z zakresu rehabilitacji społecznej świadczonych dla osób niepełnosprawnych w Polsce wynika, że jeśli chodzi o szkoły podstawowe, to najwięcej (75%) dzieci niewidomych i słabowidzących uczęszcza do szkół ogólnodostępnych, przede wszystkim klas integracyjnych, w dalszej kolejności – do specjalnych szkół dla niewidomych i słabowidzących (16%), a także innych szkół specjalnych (9%). Bardzo podobny rozkład procentowy dotyczy nauki w gimnazjach. 76% młodzieży niewidomej i słabowidzącej uczęszcza do gimnazjów ogólnodostępnych, 18% do gimnazjów wchodzących w skład ośrodków szkolno-wychowawczych dla niewidomych i słabowidzących, a 6% pobiera naukę w gimnazjach w innych szkołach specjalnych. Niewielkie zmiany możemy zauważyć na poziomie szkół średnich (liceów i techników). W szkołach ogólnodostępnych uczy się 72% niewidomych i słabowidzących uczniów, 26% uczęszcza do szkół dla niewidomych i słabowidzących, a tylko 2% do innych szkół specjalnych. Sytuacja zmienia się jednak wyraźniej w szkołach ponadgimnazjalnych zawodowych. Tu w szkołach ogólnodostępnych uczy się 54%, w szkołach dla niewidomych i słabowidzących – 31%, a w innych szkołach specjalnych 15%. Pobieranie nauki w szkołach ogólnodostępnych przez znaczącą część uczniów z dysfunkcją wzroku jest zjawiskiem pożądanym, jednak należy pamiętać, że wiążą się z tym pewne problemy. Mimo pozytywnych zmian widocznych w ostatnich latach nadal pozostają one nierozwiązane[3].

Idea integracji w procesie edukacji uczniów z niepełnosprawnością wzrokową z widzącymi nie jest nowa. Już w 1916 roku O. Burritt postulował potrzebę uczenia się dzieci słabowidzących w szkołach masowych, jednocześnie podkreślał jednak konieczność zatrudnienia w nich nauczycieli specjalistów[4]. Warto w tym miejscu zauważyć, że badania pokazują, iż przekonanie o lepszych kontaktach osób z niepełnosprawnością wzrokową z innymi osobami niewidomymi (lub nawet szerzej – niepełnosprawnymi) niż widzącymi nie znajduje potwierdzenia[5]. Zmiana sposobu postrzegania osób z niepełnosprawnością wzrokową przez

---

2 T. Majewski, *Dzieci z uszkodzonym wzrokiem i ich edukacja* [w:] S. Jakubowski (red.), *Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabo widzącymi*, MEN, Warszawa 2001, s. 30–32.

3 E. Łukasiak, E. Oleksiak, *Osoby niewidome i niedowidzące* [w:] B.M. Kaczmarek (red.), *Zbiorczy raport z diagnozy świadczonych usług z zakresu rehabilitacji społecznej dla osób niepełnosprawnych w Polsce*, [s.n.], Warszawa 2011, s. 13.

4 G.L. Goodrich, K.M. Huebner, *Low vision: A history of progress* [w:] A. Corn, J.N. Erin (eds.), *Foundations of low vision: Clinical functional perspectives*, AFB Press, New York 2010, s. 38–41.

5 J.N. Erin, *Individual and societal responses to diversity and visual impairment* [w:] J.N. Erin, M. Milian (eds.), *Diversity and visual impairment. The influence of race, gender, religion, and ethnicity on the individual*, AFB Press, New York 2001, s. 22.

pełnosprawne wzrokowo społeczeństwo jest procesem długotrwałym, uwarunkowanym wieloma czynnikami. W Polsce przez wiele lat funkcjonował indywidualny model niepełnosprawności. Przyjmowało się w nim, że aby pomóc osobie niepełnosprawnej przezwyciężyć problemy wynikające z niepełnosprawności, należy podjąć działania usprawniające, korygujące, kompensujące. Zatem niepełnosprawność traktowano jak chorobę, którą można, a nawet trzeba wyleczyć. Osobę niepełnosprawną uważano za słabszą, wymagającą opieki, a jednocześnie podległą, podporządkowaną. Takie spojrzenie przyczyniało się do marginalizacji tej grupy[6]. Społeczny model niepełnosprawności, który zastąpił model indywidualny, stawia nacisk na działania społeczeństwa w celu pomocy osobom niepełnosprawnym w pokonaniu barier i ograniczeń na drodze wspólnej egzystencji. Niestety, jego założenia bywają nierzadko uproszczone, np. przez rozumienie tychże barier jedynie jako niedogodności architektonicznych. Tymczasem samo zlikwidowanie barier architektonicznych nie przyniesie pełnej integracji, jeśli nie przełamiemy również barier psychologicznych, zarówno u osób z niepełnosprawnością wzrokową, jak i widzących. Z powodu negatywnych doświadczeń społecznych niewidomi często również internalizują indywidualny model niepełnosprawności w odniesieniu do siebie, co skutkuje powstawaniem barier psychologicznych[7].

4.2. Uwarunkowania wzajemnych postaw osób widzących i niepełnosprawnych wzrokowo

Podejście do osób z niepełnosprawnością wzrokową wynika m.in. z panujących stereotypów, na przykład przekonania o ich wybitnych zdolnościach muzycznych, choć badania wykazały, że w zakresie słuchu muzycznego nie ma istotnych różnic pomiędzy osobami niewidomymi a widzącymi[8]. Istnieją także inne uproszczenia, np.: niewidomi mają szósty zmysł, czyli szczególną intuicję; nie mają oświetlenia w domach ani obrazów na ścianie; nie dbają o to, jak wyglądają; nie posiadają telewizorów, bo nie oglądają telewizji[9].

---

6 J. Hutchinson, K. Atkinson, J. Orpwood, *Breaking down barriers. Access to further and higher education for visually impaired students*, Thornes, Cheltenham 1998, s. 43–46.

7 *Ibidem*, s. 53.

8 E. Jutrzyna, *Terapia muzyką w teorii i praktyce tyflologicznej*, Wyd. PZN, Warszawa 2007, s. 122–123.

9 Z. Kazanowski, *Stereotypowy wizerunek osób niepełnosprawnych. Konfrontacja bohaterów filmów fabularnych* [w:] M. Chodkowska, S. Byra, Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowolska, M. Parchomiuk, B. Szabała (red.), *Stereotypy niepełnosprawności. Między wykluczeniem a integracją*, Wyd. UMCS, Lublin 2010, s. 110–111.

Na stosunek do osób z niepełnosprawnością wzrokową wpływają również obecne w języku polskim związki frazeologiczne, najczęściej o negatywnym zabarwieniu, np. „mówić jak ślepy o kolorach", „trafiło się ślepej kurze ziarno". Należy jednak zauważyć, że taka sytuacja nie dotyczy tylko języka polskiego. Przykładowo w języku angielskim słowo „widzieć" (*see*) ma często znaczenie zbliżone do „rozumieć"[10]. Zinternalizowane stereotypy powodują powstawanie określonych zachowań z nich wynikających (np. zwracanie się z pytaniami do przewodnika, a nie do osoby niewidomej).

Z przeprowadzonych przeze mnie badań dotyczących obrazu osób z niepełnosprawnością wzrokową w oczach pełnosprawnego społeczeństwa wynika, że badani mają wiedzę na temat potrzeb osób niewidomych, jednak wiedza ta jest prawdopodobnie jeszcze niepełna i nieugruntowana[11]. Choć przeważa pozytywny obraz osób niewidomych, to jest on nadal stereotypowy. Osoby z niepełnosprawnością wzrokową traktowane są jako lękliwe, wrażliwe, mało pewne siebie, poważne i cierpliwe. Takie cechy charakteryzują jednostki bierne, potrzebujące pomocy, niezdolne do samodzielnego poradzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych. Ankietowani uważali, że niewidomi mogą samodzielnie funkcjonować, uprawiać sporty, wykonywać wiele zawodów wymagających wiedzy i zaangażowania (np. muzyk, fizjoterapeuta, naukowiec, aktor). Jedynie z określeniem, czy mogą oni pracować w zawodzie informatyka, badani mieli wiele problemów. Znaczna część respondentów się wahała, twierdząc, że do pracy przy komputerze potrzeba dobrego wzroku, gdy tymczasem przy dzisiejszym rozwoju techniki, m.in. dzięki komputerom wyposażonym w mowę syntetyczną, skanerom, programom powiększającym, ta profesja jest już niemal w pełni dostępna dla osób niewidomych. Moi respondenci byli w większości przekonani, że zmysł wzroku może być całkowicie zastąpiony przez zmysł dotyku i słuchu. Brak wzroku nie zaburza zatem poznawania rzeczywistości i rozwoju intelektualnego osób niewidomych. Jednak w odpowiedziach na stawiane nie wprost pytania ujawniały się stereotypy. Na przykład przeświadczenie o bierności osób niewidomych, gdy większość badanych uważała, że w duecie niewidomy – pies przewodnik to ten ostatni pełni rolę aktywną, prowadząc osobę niewidomą do wyznaczonego wcześniej celu. Hipotezę o istnieniu stereotypowej, niewystarczającej wiedzy na temat osób niewidomych potwierdzają, moim zdaniem, także odpowiedzi na pytania dotyczące udogodnień dla osób niewidomych. Niemal wszyscy badani opowiadali się twierdząco za potrzebą wprowadzenia wszelkich takich udogodnień, jednak bez rozróżniania tych, które są rzeczywiście potrzebne

10 J. Hutchinson, K. Atkinson, J. Orpwood, *Breaking down...*, *op. cit.*, s. 47.

11 J. Gładyszewska-Cylulko, *Obraz osoby niepełnosprawnej wzrokowo w oczach pełnosprawnego społeczeństwa w kontekście przemian kulturowo-społecznych*, „Wychowanie na co Dzień" 2013, nr 12, s. 9–13.

osobom niewidomym, i tych, które nic nie wnoszą do poruszania się i orientacji w przestrzeni, a nawet mogą je zaburzać (np. likwidacja krawężników bez wprowadzenia innych sposobów różnicowana chodnika od ulicy, co może poważnie utrudnić osobom niewidomym orientację i poruszanie się w przestrzeni). Takie przekonanie o konieczności likwidacji wszelkich barier architektonicznych może być odbiciem społecznego modelu niepełnosprawności, według którego problemy tkwią w organizacji społeczeństwa, a więc to społeczeństwo powinno się dostosować do osób niepełnosprawnych. Niestety, w takim modelu trudno o miejsce na indywidualizację potrzeb wynikających z rodzajów niepełnosprawności. Jedną z przyczyn niewystarczającej znajomości potrzeb osób z niepełnosprawnością wzrokową może być także niedostateczna ilość lub jakość wzajemnych kontaktów pomiędzy osobami niewidomymi a widzącymi. Myślę, że w tym przypadku jakość jest zdecydowanie ważniejsza od ilości. W pobieżnym kontakcie zauważamy przede wszystkim trudności osoby niewidomej z orientacją w przestrzeni i z poruszaniem się, co nie tylko powoduje przywiązywanie nadmiernej wagi do istniejących barier architektonicznych, lecz także może się przyczyniać do automatycznego podziału ról: osoba widząca – pomagająca (silniejsza, aktywna, zaradna) i osoba niewidoma – potrzebująca pomocy (słabsza, bierna, bezradna). Paradoksalnie, skupiając się na likwidacji barier architektonicznych, wzmacnia się bariery społeczne. Co więcej, likwidacja barier przebiega nierzadko bez uzyskania opinii samych zainteresowanych, czyli osób niewidomych. Na przykład badania na temat barier i możliwości integracji zawodowej osób niepełnosprawnych w województwie podkarpackim wykazały, że samorządowcy mają małe rozeznanie w problemach osób niepełnosprawnych, a także wykazują umiarkowaną aktywność w gromadzeniu danych o niepełnosprawnych mieszkańcach swoich gmin (poprzez prowadzenie badań, posiadanie wiedzy teoretycznej dotyczącej na przykład stopy bezrobocia wśród niepełnosprawnych itd.). Ponadto samorządy marginalizowały problemy natury psychologicznej i zdrowotnej, skupiając się na barierach architektonicznych. Niestety, wyniki tych badań są adekwatne do sytuacji w pozostałej części naszego kraju[12]. Brak dostatecznej wiedzy na temat potrzeb osób z poszczególnymi rodzajami niepełnosprawności, brak konsultacji z osobami niepełnosprawnymi powoduje powstawanie pseudoułatwień architektonicznych, jak sporządzone na materiale kiepskiej jakości napisy brajlowskie, które w krótkim czasie stają się nieczytelne dla niewidomych.

Próbując wyodrębnić czynniki wpływające na postrzeganie osób niewidomych przez pełnosprawne wzrokowo społeczeństwo, dokładniejszej analizie poddałam wiek respondentów. W moich badaniach brały udział osoby w wieku

12 Ł. Kutyło, P. Stronkowski, I. Wolińska, M. Zub, *Bariery i możliwości integracji zawodowej osób niepełnosprawnych w województwie podkarpackim. Raport z badań*, WYG International, Warszawa 2009, s. 48–49.

18–65 lat, przyjmując zatem to kryterium, objęłam badaniami stosunkowo duży przekrój społeczeństwa. Mogę zaryzykować twierdzenie, że nie jest to czynnik rozstrzygający. Role przydzielane przez społeczeństwo są względnie stałe, dlatego też uzyskano podobne, niezależne od wieku badanych, wyniki. Niezależnie od wieku członkowie naszego społeczeństwa dużą wagę przywiązują do takich wartości, jak empatia czy potrzeba chronienia „słabszych". Postępująca demokratyzacja życia społecznego, coraz mocniej uwidaczniające się idee humanistyczne, emancypacyjne przyczyniają się do tego, że człowiek dąży do respektowania prawa do samodzielnych decyzji, indywidualnego spojrzenia na świat. Zgodne jest to z poglądami W. Dykcika, który uważa, że

> [...] społeczeństwo polskie na ogół przejawia postawy i przekonania coraz bardziej otwarte wobec chociażby częściowego uznania autonomii i zarazem społecznej integracji niepełnosprawnych[13].

By przybliżyć znaczenie wieku badanych dla postrzegania osób z niepełnosprawnością wzrokową, przeprowadziłam badania porównawcze w Polsce i Australii. Obejmowały one osoby w wieku 18–25 lat. Badani (zarówno w Polsce, jak i Australii) byli studentami wyższych uczelni. Sformułowana przeze mnie hipoteza zerowa brzmiała następująco: „Nie ma różnic w postrzeganiu możliwości i potrzeb osób niewidomych w Polsce i Australii". Wyniki badań przemawiają za potwierdzeniem hipotezy zerowej. Jedynie w przypadku 7 pytań na 24 można mówić o niewielkich istotnych statystycznie różnicach pomiędzy krajami. Pytania te dotyczyły niemal wyłącznie możliwości pracy osób niewidomych w przykładowych zawodach.

Podejmowanie działań zmierzających do wzajemnej integracji osób pełnosprawnych z niepełnosprawnymi wzrokowo postulowane jest nie tylko przez zainteresowane strony. Jego wagę podkreśla się także w aktach prawnych, takich jak Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności[14], która sankcjonuje potrzebę zagwarantowania osobom niepełnosprawnym możliwości pełnego korzystania z praw, bez jakiejkolwiek dyskryminacji. Osoby niepełnosprawne traktowane są jako część ludzkiej różnorodności. W konwencji bardzo wyraźnie uwypukla się również to, że niepełnosprawność jest konsekwencją oddziaływania pomiędzy osobami z dysfunkcjami a barierami wynikającymi z postaw i środowiska, co utrudnia im pełny udział w życiu społecznym, na równi z innymi osobami. Ponadto w akcie tym wskazuje się na znaczenie, jakie dla

---

13 W. Dykcik, *Problemy autonomii, integracji społecznej i normalizacji życia osób niepełnosprawnych w środowisku* [w:] W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, WN UAM, Poznań 1998, s. 168.

14 Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., Dz.U. z 1993 nr 61, poz. 284, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19930610284 [dostęp: 15.09.2015].

osób niepełnosprawnych mają ich samodzielność i niezależność, uwarunkowane m.in. dostępnością środowiska fizycznego, społecznego, gospodarczego i kulturalnego, opieki zdrowotnej, edukacji, informacji i komunikacji. Ważną rolę przypisuje się też współpracy z osobami niepełnosprawnymi przy tworzeniu oraz wdrażaniu ustawodawstwa i polityki na rzecz implementacji postanowień konwencji. Jako istotne konwencja przedstawia działania zmierzające do zwalczania stereotypów, uprzedzeń i szkodliwych praktyk wobec osób niepełnosprawnych, m.in. poprzez prowadzone kampanie społeczne oraz działania edukacyjno-wychowawcze w szkołach. W dokumencie mowa jest także o prawie do edukacji na wszystkich poziomach, stworzeniu włączającego systemu kształcenia, umożliwiającego integrację dzieci i młodzieży niepełnosprawnych na wszystkich poziomach edukacji, wprowadzanie racjonalnych usprawnień, ułatwianie nauki alfabetu Braille'a[15]. Jako przykład tzw. dobrych praktyk, ułatwiających wzajemne porozumienie pomiędzy osobami pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi wzrokowo, można podać działania w ramach projektu „Niewidomy uczeń w naszej szkole", realizowanego ze środków Ministerstwa Edukacji Narodowej przez Fundację „Vis Maior". W projekcie przewidziano 290 lekcji przeprowadzonych przez edukatorów w szkołach podstawowych i gimnazjach na terenie całej Polski, a także warsztaty dla nauczycieli i wychowawców[16].

Innym przykładem jest zorganizowana w Warszawie „Niewidzialna Wystawa". Jak piszą jej organizatorzy, stanowi ona wyjątkową interaktywną podróż w świat osób niewidomych i słabowidzących, w przestrzeń pozbawioną informacji wzrokowych, lecz pełną innych zmysłowych doznań. Dzięki tej podróży osoby widzące nie tylko mogą poczuć trudności, jakie mają niewidomi w różnych sytuacjach dnia codziennego, lecz także doświadczyć podobnych, wspólnych odczuć zmysłowych i przeżyć emocjonalnych. Przewodnikami po wystawie są osoby z różnym stopniem niepełnosprawności wzrokowej. Odwracają się role – to niewidomi prowadzą widzących. Zmiana perspektywy może skutkować naruszeniem stereotypów, a także umożliwić, nomen omen, uzyskanie nowego spojrzenia na świat, bez wrażeń wzrokowych[17]. Jak twierdzi T. Majewski, dziecko niewidome powinno być przygotowane do życia wśród widzących i trzeba mu pomóc w nabyciu tych sprawności i umiejętności, które umożliwią mu zachowywanie się zgodnie z rolą, jaką wyznaczają jego wiek i pozycja w jego środowisku społecznym. Jednak adaptacja społeczna nie zależy jedynie od samego dziecka, ale również od otoczenia, w jakim przebywa, w tym środowiska ludzi widzących[18].

---

15 Convention on the Rights of Persons with Disabilities, http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx [dostęp: 17.02.2015].

16 *Niewidomy uczeń w naszej szkole*, http://fundacjavismaior.pl/projekty/niewidomy-uczen-w-mojej-szkole-2013/ [dostęp: 7.09.2015].

17 *Niewidzialna wystawa*, http://niewidzialna.pl/category/aktualnosci [dostęp: 7.09.2015].

18 T. Majewski, *Psychologia niewidomych i niedowidzących*, PWN, Warszawa 1983, s. 139–140.

W świetle istniejących badań zasadne wydaje się rozwijanie w procesie edukacji młodego pokolenia pewnych cech osobowości, które sprzyjają kształtowaniu pozytywnych postaw wobec osób z niepełnoprawnością. Przykładem takich badań mogą być te prowadzone w grupie studentek pedagogiki specjalnej. Ich celem było sprawdzenie, czy istnieje zależność pomiędzy poczuciem sensu życia a postawami wobec osób niepełnosprawnych. Zaobserwowano dodatnie, istotne statystycznie, współczynniki korelacji nie tylko między postawami wobec osób niepełnosprawnych a ogólnym poczuciem sensu życia. Udało się także wyodrębnić pewne składniki tego ostatniego, takie jak: cele życia, afirmację życia, pozytywną ocenę siebie i własnego życia, poczucie wolności i odpowiedzialności. Ludzi, którzy są skłonni bardziej akceptować osoby niepełnosprawne, cechuje entuzjazm w podejściu do życia, są oni gotowi traktować swoje obowiązki jako źródło zadowolenia i przyjemności, mają poczucie wartości życia[19]. Trzeba zauważyć, że gotowość niesienia pomocy niepełnosprawnym przejawiały przede wszystkim osoby młodsze (młodzież i studenci) i mające wyższe wykształcenie[20].

Ważne okazuje się również rozwijanie pewnych cech osoby z niepełnosprawnością wzrokową, np. akceptacji własnej niepełnosprawności (a także rozumianej szerzej samoakceptacji), jak też usprawnianie komunikacji werbalnej i niewerbalnej.

Jeśli chodzi o emocjonalne podejście do swojej niepełnosprawności i jej akceptację, to uważa się, że niewidomi mniej niż słabowidzący odczuwają swoje kalectwo, bardziej je akceptują dzięki temu, że nie mają dylematu identyfikacyjnego z zakwalifikowaniem się do grupy osób niewidomych, podczas gdy osoby słabowidzące stoją na pograniczu niewidomych i widzących, nie identyfikując się z żadną z tych grup całkowicie, doświadczając dwuwartościowości stanów uczuciowych wobec „swoich" i „obcych", co nie pozwala im na jednoznaczne utożsamienie[21]. Problem z identyfikacją nie zawsze jest symptomem dylematów związanych z poczuciem własnej tożsamości, ale trzeba też zauważyć, że wpływa na niego specyfika funkcjonowania osób słabowidzących, które w zależności od warunków otoczenia fizycznego (oświetlenie, kontrast) raz mogą funkcjonować niemal jak osoby widzące, a raz jako niewidome. Badania nad samoakceptacją osób z niepełnosprawnością wzrokową pozwalają przypuszczać, że generalnie ich obraz siebie nie różni się od obrazu pełnosprawnych wzrokowo rówieśników, nie ma znaczących różnic w poziomie ich akceptacji[22], a średni poziom akceptacji dzieci słabowidzących przez pozostałych uczniów tej samej klasy jest tylko nieznacznie niższy od przeciętnego stopnia akceptacji ich pełnosprawnych

19 E. Zasępa, C. Czabała, M. Starzomska, *Postawy wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo" 2005, nr 1, s. 30–31.

20 *Ibidem*, s. 28.

21 J. Nikitorowicz, *Pogranicze. Tożsamość. Edukacja międzykulturowa*, Trans Humana, Białystok 1995, s. 14.

22 Z. Palak, *Obraz własnej osoby młodzieży niewidomej*, UMCS, Lublin 1988, s. 51–155.

rówieśników. Jednak pomimo poprawnych relacji z rówieśnikami uczniowie niewidomi i słabowidzący nie zawsze mogą liczyć na ich pomoc. Jest to spowodowane w przeważającej mierze niewystarczającą wiedzą pełnosprawnych na temat ograniczeń i potrzeb niewidomych[23].

Badania nad obrazem siebie prowadzone przez T. Witkowskiego wykazały, że wyniki osób (młodzieży i osób dorosłych) niewidomych w sferze dominacji i ogólnego nastroju mieściły się w przedziale wyników przeciętnych, natomiast w takich skalach, jak kontrola siebie, możliwości społeczne i rezonans społeczny, wykraczały poza skalę[24]. Interesujące są wyniki badań prowadzonych przez T. Sękowskiego. Dotyczyły one relacji pomiędzy poziomem stymulacji warunków pracy osób niewidomych zatrudnionych w pełnej integracji lub w spółdzielniach a ich cechami osobowości i temperamentu. Wszyscy badani byli w wieku 25–50 lat, pracowali co najmniej 5 lat w danym środowisku pracy, byli niewidomi (z pierwszą grupą inwalidztwa), pracowali w różnych zawodach, na różnych stanowiskach (byli wśród nich m.in.: masażyści, nauczyciele, prawnicy, elektromonterzy, pracownicy biurowi). Analiza wyników pozwoliła stwierdzić, że nie ma różnic pomiędzy obiema grupami, jeśli chodzi o poziom ekstra/intrawersji, jednak już w skali neurotyzmu wyższe wyniki uzyskali niewidomi zatrudnieni w spółdzielniach. Osoby pracujące w pełnej integracji charakteryzowały wyższe wyniki w zakresie akceptacji inwalidztwa, były one również bardziej skore do kierowania od wewnątrz swoim zachowaniem, miały mniejsze skłonności do etykietowania, były bardziej otwarte na kontakt emocjonalny, a więc przejawiały cechy, które kształci się w wyniku pokonywania trudności, radzenia sobie z wysokim poziomem stymulacji. Cechowały je także w porównaniu z pracownikami spółdzielni: większa równowaga emocjonalna, mniejsza wrażliwość emocjonalna, większa odporność na stres, mniejsze skłonności do niepokoju i dolegliwości somatycznych, większe poczucie wydolności i bardziej realistyczny obraz siebie. Nie znaczy to jednak, że każda osoba niewidoma może się dobrze czuć w pracy w pełnej integracji. Należy brać pod uwagę choćby fakt, że niektóre osoby mogą mieć pewne predyspozycje temperamentalne, osobowościowe, czy też wynikające z preferowanej filozofii życiowej (jak choćby niechęć do rywalizacji), czy długotrwałego przeżywania frustracji (np. wyuczona bezradność), które utrudniałyby taką pracę. Poza tym w niektórych przypadkach normy i warunki stawiane przez pracodawcę w zwykłych zakładach pracy mogą być trudne do spełnienia dla

23 M. Korewa, J. Żebrowski, *Funkcjonowanie dzieci niedowidzących w podstawowych szkołach masowych* [w:] J. Kuczyńska-Kwapisz (red.), *Rehabilitacja niewidomych i słabowidzących. Tendencje współczesne*, CMPPP MEN, Warszawa 1996, s. 120.

24 Za: T. Sękowski, *Psychologiczne aspekty rehabilitacji zawodowej osób niewidomych zatrudnionych w warunkach pełnej i częściowej integracji*, Wyd. UMCS, Lublin 2001, s. 76–77.

niektórych osób niewidomych ze względu na ich mniejszą wydolność, wydajność, czy rodzaj i charakter niepełnosprawności[25].

Jeśli chodzi o komunikację niewerbalną, to osoby niepełnosprawne wzrokowo, w tym całkowicie niewidome, nie mają problemów z wyrażaniem za pomocą mimiki prostych emocji (np. smutek, gniew, strach). Badania wykazały, że jest to umiejętność najprawdopodobniej wrodzona[26]. Sprawa komplikuje się jednak, gdy chodzi o emocje złożone (np. poczucie winy, wstyd), zwłaszcza wyrażane intencjonalnie (wyraz mimiczny dotyczący emocji spontanicznych jest podobny jak u osób widzących). Osoby niepełnosprawne wzrokowo są mniej świadome swoich reakcji mimicznych, zatem kierują nimi mniej planowo i mniej intencjonalnie wykorzystują je jako narzędzia komunikowania w sytuacjach społecznych[27].

4.3. Specjalne potrzeby osób niewidomych i słabowidzących w kontekście edukacji i możliwości ich zaspokojenia

Niewątpliwie brak odrzucających, paternalistycznych postaw ze strony otoczenia ułatwia wzajemną komunikację osób z niepełnosprawnością wzrokową i pełnosprawnych, jak również sprzyja prawidłowemu funkcjonowaniu osób niewidomych i słabowidzących, jednak istotne są także inne czynniki. Nie można zapominać, że osoby takie mają specjalne potrzeby edukacyjne. By ich procesy poznawcze przebiegały sprawnie, potrzebują one specjalistycznych pomocy i przemyślanego zorganizowania procesu edukacyjnego. Dzięki temu możliwe jest zminimalizowanie negatywnych skutków braku wrażeń wzrokowych. Jest to ważne już na etapie tworzenia spostrzeżeń, które tworzą się nie tylko na podstawie odbieranych wrażeń zmysłowych, lecz także doświadczeń zdobywanych w procesie poznawania rzeczywistości. Mówiąc w sposób nieco uproszczony – im więcej danych zmysłowych człowiek zdobywa, im lepiej potrafi je zorganizować i zapamiętać, tym prawdziwszy jest obraz przestrzeni wokół niego i tym lepsza w niej orientacja. W edukacji dzieci niepełnosprawnych należy zatem wykorzystywać różnego rodzaju narzędzia i pomoce ułatwiające percepcję otoczenia i rozwijające pozostałe procesy poznawcze (np. myślenie, wyobraźnię czy pamięć),

25 T. Sękowski, *Psychologiczne aspekty rehabilitacji zawodowej...*, *op. cit.*, s. 121–161.

26 J. Iverson, *Multimodality in infancy: Vocal-motor and speech-gesture coordinations in typical and atypical development*, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074363/pdf/nihms281355.pdf [dostęp: 30.07.2012].

27 D. Galati, K.R. Scherer, P.E. Ricci-Bitti, *Voluntary facial expression of emotion: Comparing congenitally blind with normally sighted encoders*, „Journal of Personality and Social Psychology" 1997, 73(6), s. 1365.

które wywierają wpływ na spostrzeganie. Zatem w kształceniu i wychowaniu dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością wzrokową niezwykle istotne jest takie pokierowane procesem nabywania nowych wiadomości i umiejętności, aby tacy uczniowie mogli się rozwijać samodzielnie, aktywnie i jak najbardziej efektywnie. Wszystko powinno się opierać na zasadzie indywidualizacji, ze zwróceniem uwagi nie tylko na specyficzne problemy ucznia wynikające z jego niepełnosprawności, lecz także na jego niepowtarzalne konfiguracje cech osobowości, zainteresowań itd. Prócz ogólnych celów rewalidacyjnych odnoszących się generalnie do osób z niepełnosprawnościami (np. rozwijanie umiejętności kojarzenia zjawisk i wydarzeń, wzmacnianie poczucia własnej wartości i uznania) powinno się realizować specyficzne cele rewalidacyjne. Należą do nich m.in.: ćwiczenie wrażliwości dotykowej, rozwijanie umiejętności posługiwania się konturem i kształtem, kształcenie umiejętności wyodrębniania figury z tła.

Praktyczne wskazówki do pracy z uczniem z niepełnosprawnością wzrokową
1. Wykorzystywanie specjalistycznych pomocy optycznych i nieoptycznych (np. monokulary, lupy, powiększalniki, linijki brajlowskie, programy głosowe, audiodeskrypcja) ułatwiających percepcję rzeczywistości i orientację w przestrzeni. 2. Odpowiednia organizacja otoczenia (np. klasy szkolnej), by zapobiegać niekorzystnym z punktu widzenia osób z niepełnosprawnością wzrokową zjawiskom, takim jak niekontrolowane odbicia światła od gładkich, błyszczących powierzchni. 3. Korzystanie z konsultacji rehabilitanta widzenia (np. w celu doboru odpowiednich pomocy czy oprogramowań). 4. Angażowanie wszystkich dostępnych zmysłów uczniów w powiązaniu z informacją werbalną, by umożliwić kompensację niewłaściwie funkcjonującego zmysłu wzroku. 5. Rozwijanie wszystkich procesów poznawczych (spostrzegania, myślenia, mowy, pamięci, uwagi, wyobraźni), dzięki czemu możliwe będzie lepsze poznanie świata mimo zubożenia wrażeń wzrokowych. 6. Doskonalenie dotyku aktywnego ucznia, a przeciwdziałanie dotykowi biernemu w procesie poznawania rzeczywistości. 7. Jak najczęstsze pracowanie na konkretach, by przezwyciężyć skutki zbyt szerokiej generalizacji informacji. 8. Powracanie co jakiś czas do przerobionego materiału, by nie zanikały związki czasowe. 9. Realizacja specyficznych celów rehabilitacyjnych (np. rozwijanie wrażliwości dotykowej i umiejętności posługiwania się konturem i kształtem, kształcenie umiejętności wyodrębniania figury z tła). 10. Zwracanie uwagi na większą męczliwość dzieci z niepełnosprawnością wzrokową. 11. Szeroko rozumiana indywidualizacja wymagań w zależności od potrzeb ucznia wynikających z jego niepełnosprawności.

Źródło: opracowanie własne.

Nie sposób wyobrazić sobie procesu edukacji bez nauki czytania i pisania. Ułatwiają one komunikację, jak również pozytywnie wpływają na rozwój człowieka we wszystkich sferach. Osoby z niepełnosprawnością wzrokową używają

alfabetu Braille'a. Przez wiele lat próbowano stworzyć rodzaj pisma przeznaczonego dla niewidomych, które dawałoby im możliwość stawania się nie tylko biernymi odbiorcami kultury, lecz także czynnymi jej twórcami. Pismo takie w założeniu miało zawierać litery, ale też na przykład notację muzyczną, chemiczną czy matematyczną. Miało być zarówno rodzajem druku, jak i pozwalać niewidomym samodzielnie pisać. Pierwszym, który użył punktu w systemie pisma, był F. Lana de Terzi. Pomysł zastosowania punktu czy linii punktowej posłużył C. Barbierowi do zaszyfrowania pisma dla celów wojskowych. Stworzył system dwunastopunktowy, który nie umożliwiał jednak pisania z uwzględnieniem zasad ortografii ani nie zawierał znaków interpunkcyjnych czy cyfr. L. Braille, niewidomy, zaledwie piętnastoletni uczeń Królewskiego Instytutu dla Niewidomych w Paryżu, zmodyfikował system dwunastopunktowy, redukując go do sześciu punktów (sześciopunkt), ułożył je w dwie kolumny po trzy punkty. To pozwoliło na zredukowanie wysokości znaku do 6,5 mm, ułatwiając tym samym jego percepcję. Notacja Braille'a uwzględniała także zasady ortografii, a także umożliwiała notację muzyczną i matematyczną[28]. Już po śmierci L. Braille'a znaki pisma punktowego zostały uporządkowane w siedem serii przez J.-J. Monniera, co nadało im spójną, logiczną formę, ułatwiającą naukę od kombinacji najprostszych do najbardziej skomplikowanych. Choć niektóre znaki interpunkcyjne różnią się od siebie w poszczególnych językach (np. znak wielkiej litery), to pierwszych 25 znaków z tablicy Monniera wraz z literą „w", znakami pomocniczymi i przestankowymi stanowi międzynarodową bazę alfabetu brajlowskiego.

W Polsce pierwsze próby wprowadzenia brajla, podejmowane od połowy XIX wieku, zakończyły się niepowodzeniem. Alfabet ten nie był przystosowany do specyfiki języka polskiego, na terenie poszczególnych zaborów funkcjonowały różne odmiany systemu brajla, brakowało też podręcznika. Brajlowski Elementarz Polski został opracowany w 1915 roku przez J. Hałarewicza, służył on prawdopodobnie do nauczania brajla ociemniałych żołnierzy we lwowskim Zakładzie Rehabilitacyjnym. W 1925 roku Krajowy Zjazd Nauczycieli Szkół Specjalnych uznał system L. Braille'a za obowiązujący w edukacji niewidomych dzieci i młodzieży. Ostateczna formuła polskiego brajla została opracowana w latach 30. XX stulecia. Dokonały tego pracujące w Ośrodku w Laskach matka E.R. Czacka oraz siostra T. Landy. Początkowo pisano dłutkiem na tabliczkach (drewnianych, rowkowych, metalowych, aluminiowych, z tworzyw sztucznych), wykorzystywano też maszyny brajlowskie. Obecnie używa się różnego rodzaju maszyn elektronicznych, notatników brajlowskich, linijek brajlowskich. Dzięki

28 M. Paplińska, *System Louisa Braille'a – nie tylko dla niewidomych* [w:] J.K. Zabłocki, D. Gorajewska (red.), *Pedagogika specjalna – kontynuacja tradycji dla przyszłości*, Wyd. APS, Warszawa 2004, s. 117–122.

nim możliwe jest m.in. drukowanie nie tylko na drukarkach brajlowskich, lecz także czarnodrukowych[29].

Bez względu na liczbę punktów każdy znak zajmuje taką samą powierzchnię na kartce czy maszynie do pisania. Dzięki kombinacjom punktów można uzyskać 63 znaki plus spacja (znak zeropunktowy). Nie wszystkie są jednakowo czytelne, ale wszystkie mogą być wykorzystane. Bardziej skomplikowane zapisy i symbole (np. symbol wielkiej litery) wykonuje się jednak za pomocą kombinacji znaków[30]. Coraz częściej do systemu brajla wprowadza się liczne skróty ułatwiające czytanie i pisanie. Niebagatelne znaczenie ma fakt, że dzięki tym skrótom możliwe jest zmniejszenie powierzchni druku w książkach brajlowskich. Są one bowiem drogie (jeden tom kosztuje średnio 200 złotych), obszerne i ciężkie, trudno więc je nosić i przechowywać. Na przykład *David Copperfield* C. Dickensa w czarnodruku ma 850 stron, a w brajlu aż 1300 (11 tomów). Nie wystarczy jednak dokonać skrótów, muszą one jeszcze być czytelne i jednoznaczne[31]. Zapis skrótowy ma dokładnie odzwierciedlać zapis ortograficzny tekstu, nie może nawiązywać do jego brzmienia, czy też stosować mechanicznych uproszczeń[32]. Czytanie brajlem ogranicza się do percepcji dotykowej (czego skutkiem może być na przykład wolniejsze czytanie tekstu brajlowskiego niż czarnodrukowego), gdyż na poziomie rozumienia czytanego tekstu i aspektów emocjonalnych wszystko przebiega podobnie jak w czytaniu wzrokowym[33]. W tym miejscu należy wspomnieć także o eurobrajlu, czyli brajlu komputerowym. Składa się on z ośmiu punktów, po cztery w każdej z dwóch kolumn, przy czym nie zmieniono numeracji, jaka istniała w sześciopunkcie, ale dodano po jednym nowym punkcie w każdej kolumnie. System ten pozwala na zapisanie 256 znaków, w tym symboli informatycznych, a także umożliwia tworzenie kodów brajlowskich[34].

Omawiając znaczenie brajla w rehabilitacji osób z niepełnosprawnością wzrokową, trzeba wyraźnie podkreślić, że jest on rodzajem pisma, a nie językiem (błędna analogia do języka migowego), dlatego też w żaden sposób nie utrudnia osobom niewidzącym kontaktu z widzącymi. Mowa pozostaje dla nich nadal głównym sposobem komunikacji. Dzięki uzyskaniu możliwości czytania, a przede wszystkim pisania, niewidomy przestaje być biernym odbiorcą kultury, a staje się jej twórcą. Formułując zdania w procesie pisania, analizując i syntezując materiał werbalny, człowiek doskonali inne procesy poznawcze – przede

29 A. Bohusz, *Metody nauczania pisma brajla*, „Tyfloświat" 2012, nr 3(16), s. 18–19.

30 T. Józefowicz, Z. Saloni, *System polskich ortograficznych skrótów brajlowskich. Omówienie systemu i jego historia*, Wyd. PZN, Warszawa 1991, s. 5–6.

31 K. Klimasiński, *Czytanie dotykiem. Specyficzne zagadnienia odbioru tekstów brajlowskich przez niewidomych*, „Zeszyty Tyflologiczne" 1984, nr 3, s. 12–16.

32 T. Józefowicz, Z. Saloni, *System...*, *op. cit.*, s. 8–10.

33 K. Klimasiński, *Czytanie dotykiem...*, *op. cit.*, s. 17–23.

34 A. Bohusz, *Metody nauczania...*, *op. cit.*, s. 19.

wszystkim myślenie, które jest ściśle związane z mową, ale i wyobraźnię, pamięć, spostrzeganie. Zapisywanie słów umożliwia powrót do nich w dowolnym czasie, poprawianie ich, wygładzanie, uściślanie. Słowo pisane staje się też środkiem ekspresji myśli, przeżyć, emocji. Pozwala spojrzeć z dystansem na własne przeżycia, dokonać ich ewaluacji. Pisanie wzbogaca słownictwo, ułatwia bycie komunikatywnym. Nie można zapomnieć o praktycznym wykorzystaniu brajla tam, gdzie elektroniczny zapis jest niemożliwy lub utrudniony (np. podpisywanie pudełek z płytami CD, brajlowskie napisy na opakowaniach leków, oznaczenia w mówiących bankomatach).

Mówiąc o zastosowaniu brajla w życiu osób z niepełnosprawnością wzrokową, nie można jednak nie wspomnieć, że przy czytaniu tekstów brajlowskich niezwykle ważna jest ich jakość. Tymczasem zdarza się, że napisy te są zbyt nisko wytłoczone, zbyt małe, zlewające się ze sobą, lub zbyt wielkie – stykające się ze sobą, nadmiernie spłaszczone, a przez to niemożliwe do przeczytania. Kopie tworzone na papierze kapsułkowym mogą mieć zniekształcenia z powodu przegrzania (np. uwypuklone powierzchnie niezaczernione). Prawidłowy punkt brajlowski powinien mieć kształt połowy czaszy kulistej, być mało chropowaty. Jest to ważne z tego względu, że ostre krawędzie niszczą palce osoby czytającej[35].

Wraz z rozwojem techniki powstają nowe sposoby ułatwiające szeroko rozumianą orientację w rzeczywistości. W tym miejscu chciałabym wspomnieć o audiodeskrypcji. Ta wywodząca się ze Stanów Zjednoczonych technika za pomocą słownego opisu dostarcza osobom niewidomym i słabowidzącym informacje, które przez osoby widzące odbierane są w postaci wizualnej[36]. Pierwsze teoretyczne podstawy tworzenia systemu narracji opisowej dla osób niewidomych i słabowidzących zostały opracowane przez G. Fraziera w latach 70. XX wieku w Stanach Zjednoczonych. W połowie lat 80. idea audiodeskrypcji trafiła do Europy. W Polsce, zanim jeszcze się rozpowszechniła, pod koniec lat 90. tworzone były tyflofilmy, czyli specjalne filmy dla osób niewidomych, które mogły być odtwarzane na tradycyjnym sprzęcie wideo lub odtwarzaczach komputerowych. W trakcie projekcji film był zatrzymywany, aby zmieścić konkretny fragment opisu. Było to nieco uciążliwe, ponieważ powodowało wydłużenie oryginalnego czasu trwania filmu. Ze społeczno-kulturalnego punktu widzenia niezwykle ważną zaletą tej metody jest to, że pozwala ona na uczestniczenie osobom z niepełnosprawnością wzroku na równi z osobami widzącymi w tym samym miejscu i czasie w projekcjach filmowych, ale i w innych wydarzeniach widowiskowych

35 L. Buczyński, *Ocena jakości druków Braille'a i kopii wypukłych w aspekcie nauczania niewidomych* [w:] A. Kaczmarek (red.), *Nowoczesne techniki kształcenia dzieci niewidomych i słabowidzących*, eMPi², Poznań 2003, s. 163.

36 B. Szymańska, *Audiodeskrypcja, czyli o tym jak kultura audiowizualna staje się dostępna niewidomym*, „Tyfloświat" 2001, nr 4, s. 27.

skierowanych do szerokiej publiczności. Nie ma potrzeby tworzenia zamkniętych, specjalnych pokazów dla niewidomych. Oficjalnie audiodeskrypcja w Polsce miała swą premierę w 2006 roku, gdy to w białostockim kinie „Pokój" odbył się pokaz filmu *Statyści* M. Kwiecińskiego. Rok później zastosowano audiodeskrypcję poza salą kinową czy odbiornikiem telewizyjnym – podczas meczu piłki nożnej i w spektaklu teatralnym w Białostockim Teatrze Lalek. Od tej pory audiodeskrypcja jest obecna na filmach na płytach DVD, na wernisażach w galeriach sztuki czy też w muzeach. Coraz więcej stacji telewizyjnych prowadzi też programy z audiodeskrypcją[37].

Trzeba jednak zauważyć, że audiodeskrypcja nie może być mylona z opowiadaniem lub interpretacją, uniemożliwiającą widzom niewidomym i słabowidzącym samodzielne kształtowanie wniosków i opinii. Audiodeskryptor powinien dokonać opisu tego, co jest niedostępne poznaniu osoby niewidomej, a nie przekazać gotową interpretację treści. W żaden sposób nie może blokować kontaktu osoby niewidzącej z dziełem. Dlatego też istnieją pewne standardy audiodeskrypcji opracowane przez fachowców zajmujących się tą problematyką. Mają one na celu:

> [...]
> – ujednolicenie praktyki zawodowej osób tworzących audiodeskrypcję;
> – harmonizowanie norm tworzenia audiodeskrypcji i zasad ich wdrażania przez polskich audiodeskryptorów z tymi, które obowiązują powszechnie w innych krajach;
> – promowanie jednolitych, obowiązujących w środowisku osób tworzących audiodeskrypcję, reguł postępowania, wpływających na ukształtowanie ich odpowiedzialności zawodowej;
> – kształtowanie wymagań i oczekiwań odbiorców audiodeskrypcji pod adresem osób ją tworzących oraz z drugiej strony, tworzenie podstaw do oddziaływania audiodeskryptorów na treść audiodeskrypcji, zabezpieczenie interesów odbiorców audiodeskrypcji poprzez sformułowanie wymogów, jakim powinna odpowiadać prawidłowo stworzona audiodeskrypcja;
> – umożliwienie dokonania oceny działalności konkretnego deskryptora, audiodeskryptora i lektora przy zastosowaniu zobiektywizowanych kryteriów[38].

Audiodeskryptor powinien potrafić operować słownictwem, które posiada desygnaty plastyczne odpowiadające znakom przedstawionym na ruchomym obrazie. Powinien również tworzyć krótkie, uporządkowane komunikaty, synchronizując je z treścią ruchomych obrazów, a także za pomocą intonacji, siły i barwy głosu, tempa mówienia sprawić, by ruchomy obraz pojawił się tak, jak gdyby był przez niewidomego widza oglądany. Oczywiście w odbiorze dzieła pomagają też inne elementy, niepoddające się audiodeskrypcji, jak pobudzająca wyobraźnię muzyka[39].

---

37 *Ibidem*, s. 27–30.
38 *Ibidem*, s. 34.
39 *Ibidem*, s. 36–37.

Osoby z niepełnosprawnością wzrokową na co dzień wykorzystują specjalistyczne przedmioty, urządzenia i oprogramowania ułatwiające im funkcjonowanie. Dzięki nim nie tylko przyswajają wiedzę, ale i rozwijają swe pasje, a nawet sferę społeczną, np. poprzez aktywne korzystanie z portali społecznościowych. Zaliczamy do nich np.: syntezatory mowy, monitory brajlowskie, mówiące notatniki brajlowskie, programy analizujące i konwertujące pismo punktowe na czarnodrukowe, mapy i plany wypukłe, lupy, powiększalniki. Bardzo ważne jest, aby te pomoce były dobierane indywidualnie do potrzeb ucznia. Takiego doboru dokonywać powinien najlepiej rehabilitant widzenia we współpracy z lekarzem okulistą. Wbrew powszechnym przekonaniom, by osobom z niepełnosprawnością wzrokową ułatwić funkcjonowanie, nie wystarczy dać jakąkolwiek (nawet najbardziej powiększającą) lupę czy powiększyć czcionkę do możliwie największego rozmiaru. Czasem nawet mniejszy rozmiar czcionki (z reguły za wystarczający uznaje się 16 lub 18), ale inny jej krój (np. Arial) przyniesie więcej korzyści.

Bardzo ważna, choć nieco niedoceniana przez nauczycieli, którzy pracują z uczniem z niepełnosprawnością wzrokową w szkole masowej, jest rola światła. Każdy rodzaj światła (żarowe, jarzeniowe, halogenowe) ma swoje charakterystyczne cechy. Każdy z nich może być wykorzystywany w określonym celu. Prawidłowe oświetlenie miejsca pracy, zapobieganie olśnieniom (czyli niekontrolowanym odbiciom światła np. przez wypolerowane blaty), wykorzystywanie kontrastu w otoczeniu (np. umieszczanie jasnych elementów układanki na ciemnym blacie) mogą się przyczynić do lepszego radzenia sobie przez niepełnosprawnego wzrokowo ucznia z zadaniami szkolnymi. Podobnie jak w wyznaczaniu celów rewalidacyjnych, w dostosowywaniu warunków zewnętrznych trzeba się kierować indywidualnymi potrzebami poszczególnych uczniów. Na przykład uczniowie powinni mieć możliwość korzystania z dodatkowych lamp biurkowych, wyboru miejsca do siedzenia, aby zminimalizować niekorzystny wpływ warunków zewnętrznych (np. z dala od okna, jeśli uczeń ma światłowstręt). Ważne jest także takie ustawienie ławek, by powstała bezpieczna droga ułatwiająca poruszanie się po klasie, uwrażliwianie innych uczniów na potrzebę zachowania porządku (np. niepozostawianie na podłodze rozrzuconych plecaków), zwracanie uwagi na to, aby drzwi były albo otwarte, albo zamknięte, w żadnym razie nieuchylone pod różnymi kątami.

Sukces edukacyjny uczniów z niepełnosprawnością wzrokową w szkołach ogólnodostępnych zależy nie tylko od ich indywidualnych możliwości, lecz także od wiedzy i zaangażowania nauczyciela. W wielu publikacjach podkreśla się, że rola nauczyciela ucznia z niepełnosprawnością wzrokową jest odpowiedzialna i niełatwa. Ja myślę jednak, że stanowi ona przede wszystkim fascynujące doświadczenie. Taki nauczyciel jest, dosłownie i w przenośni, przewodnikiem ucznia na drodze poznawania otoczenia (zarówno fizycznego, jak i społecznego) i prawdziwej integracji.

Bibliografia

Bohusz A., *Metody nauczania pisma brajla*, „Tyfloświat" 2012, nr 3(16).

Buczyński L., *Ocena jakości druków Braille'a i kopii wypukłych w aspekcie nauczania niewidomych* [w:] A. Kaczmarek (red.), *Nowoczesne techniki kształcenia dzieci niewidomych i słabowidzących*, eMPi², Poznań 2003.

Convention on the Rights of Persons with Disabilities, http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx [dostęp: 17.02.2015].

Erin J.N., *Individual and societal responses to diversity and visual impairment* [w:] J.N. Erin, M. Milian (eds.), *Diversity and visual impairment. The influence of race, gender, religion, and ethnicity on the individual*, AFB Press, New York 2001.

Dykcik W., *Problemy autonomii, integracji społecznej i normalizacji życia osób niepełnosprawnych w środowisku* [w:] W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*, WN UAM, Poznań 1998.

Galati D., Scherer K.R., Ricci-Bitti P.E., *Voluntary facial expression of emotion: Comparing congenitally blind with normally sighted encoders*, „Journal of Personality and Social Psychology" 1997, 73(6), s. 1363–1379.

Gładyszewska-Cylulko J., *Obraz osoby niepełnosprawnej wzrokowo w oczach pełnosprawnego społeczeństwa w kontekście przemian kulturowo-społecznych,* „Wychowanie na co Dzień" 2013, nr 12.

Goodrich G.L., Huebner K.M., *Low vision: A history of progress* [w:] A. Corn, J.N. Erin (eds.), *Foundations of low vision: Clinical functional perspectives*, AFB Press, New York 2010.

Hutchinson J., Atkinson K., Orpwood J., *Breaking down barriers. Access to further and higher education for visually impaired students*, Thornes, Cheltenham 1998.

Iverson J., *Multimodality in infancy: Vocal-motor and speech-gesture coordinations in typical and atypical development*, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074363/pdf/nihms281355.pdf [dostęp: 30.07.2012].

Józefowicz T., Saloni Z., *System polskich ortograficznych skrótów brajlowskich. Omówienie systemu i jego historia*, Wyd. PZN, Warszawa 1991.

Jutrzyna E., *Terapia muzyką w teorii i praktyce tyflologicznej*, Wyd. PZN, Warszawa 2007.

Kazanowski Z., *Stereotypowy wizerunek osób niepełnosprawnych. Konfrontacja bohaterów filmów fabularnych* [w:] M. Chodkowska, S. Byra, Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowolska, M. Parchomiuk, B. Szabała (red.), *Stereotypy niepełnosprawności. Między wykluczeniem a integracją*, Wyd. UMCS, Lublin 2010.

Klimasiński K., *Czytanie dotykiem. Specyficzne zagadnienia odbioru tekstów brajlowskich przez niewidomych*, „Zeszyty Tyflologiczne" 1984, nr 3.

Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., Dz.U. z 1993 nr 61, poz. 284, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19930610284 [dostęp: 15.09.2015].

Korewa M., Żebrowski J., *Funkcjonowanie dzieci niedowidzących w podstawowych szkołach masowych* [w:] J. Kuczyńska-Kwapisz (red.), *Rehabilitacja niewidomych i słabowidzących. Tendencje współczesne*, CMPPP MEN, Warszawa 1996.

Kutyło Ł., Stronkowski P., Wolińska I., Zub M., *Bariery i możliwości integracji zawodowej osób niepełnosprawnych w województwie podkarpackim. Raport z badań*, WYG International, Warszawa 2009.

Łukasiak E., Oleksiak E., *Osoby niewidome i niedowidzące* [w:] B.M. Kaczmarek (red.), *Zbiorczy raport z diagnozy świadczonych usług z zakresu rehabilitacji społecznej dla osób niepełnosprawnych w Polsce*, [s.n.], Warszawa 2011.

Majewski T., *Dzieci z uszkodzonym wzrokiem i ich edukacja* [w:] S. Jakubowski (red.), *Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabo widzącymi*, MEN, Warszawa 2001.

Majewski T., *Psychologia niewidomych i niedowidzących*, PWN, Warszawa 1983.

Niewidomy uczeń w naszej szkole, http://fundacjavismaior.pl/projekty/niewidomy-uczen-w-mojej-szkole-2013/ [dostęp: 7.09.2015].

Niewidzialna wystawa, http://niewidzialna.pl/category/aktualnosci [dostęp: 7.09.2015].

Nikitorowicz J., *Pogranicze. Tożsamość. Edukacja międzykulturowa*, Trans Humana, Białystok 1995.

Palak Z., *Obraz własnej osoby młodzieży niewidomej*, UMCS, Lublin 1988.

Paplińska M., *System Louisa Braille'a – nie tylko dla niewidomych* [w:] J.K. Zabłocki, D. Gorajewska (red.), *Pedagogika specjalna – kontynuacja tradycji dla przyszłości*, Wyd. APS, Warszawa 2004.

Sękowski T., *Psychologiczne aspekty rehabilitacji zawodowej osób niewidomych zatrudnionych w warunkach pełnej i częściowej integracji*, Wyd. UMCS, Lublin 2001.

Szymańska B., *Audiodeskrypcja, czyli o tym, jak kultura audiowizualna staje się dostępna niewidomym*, „Tyfloświat" 2001, nr 4.

Visual impairment and blindness, http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/ [dostęp: 10.09.2015].

Zasępa E., Czabała C., Starzomska M., *Postawy wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych*, „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo" 2005, nr 1.

5. Wspieranie i edukacja dziecka z chorobą przewlekłą

5.1. Wprowadzenie

Człowiek w środowisku społecznym doświadcza wielu sytuacji. Jednocześnie ma do zrealizowania określone zadania, wynikające z jego potrzeb oraz wymagań społecznych. W czasie realizacji tych zadań może napotkać różne przeszkody zakłócające lub uniemożliwiające osiągnięcie zamierzonych celów. Na jego drodze mogą się pojawić zarówno przeszkody, które pokona, jak i trudności, które przerosną jego możliwości i zakłócą normalny tok działania[1]. Osoby dotknięte poważną chorobą znajdują się w sytuacji szczególnej, kiedy ważne są nie tylko medyczna strona procesu leczenia, lecz także otoczenie i atmosfera, jaką stwarza się wokół chorego.

Rozumienie terminu CHOROBA PRZEWLEKŁA nie jest jednoznaczne. Schorzenia przewlekłe nie stanowią jednolitej kategorii. W każdej z chorób danego rodzaju mogą wystąpić wielorakie zróżnicowania. Schorzenia przewlekłe mogą się pojawić nagle lub następować w powolnym procesie; mogą się charakteryzować epizodycznymi nawrotami, pogorszeniem stanu zdrowia lub jego poprawą bez żadnych niepokojących symptomów przez długi okres. Odwołując się do złożonej natury pojęcia choroby przewlekłej, badacze stosują różne definicje, polegające m.in. na podaniu konstytutywnych cech odróżniających ją od choroby krótkotrwałej z ostrym przebiegiem. T. Nowakowska[2] stwierdza, że choroby przewlekłe, pomimo odmienności, łączy szereg wspólnych cech, a mianowicie: długi czas trwania (od kilkunastu tygodni wzwyż); łagodniejszy niż w stanie ostrym przebieg; na ogół nieodwracalność zmian patologicznych. Autorka dodaje także, że sytuacja życiowa osoby przewlekle chorej uzależniona jest w głównej

---

1 H. Larkowa, *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*, PWN, Warszawa 1987; J. Kirenko, *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*, WSUPiZ, Ryki 2002.

2 T. Nowakowska, *Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych, trwałego upośledzenia zdrowia oraz chorób nieuleczalnych i zagrażających życiu* [w:] M. Jarosz, K. Czubalski, I. Heszen-Klemens, M. Kulczycki, M. Łysiak, M.T. Nowakowska, H. Sęk (red.), *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa 1983.

mierze od dwóch czynników: ciężkości choroby (a co za tym idzie, stopnia wyłączenia z normalnego życia) i czasu jej trwania. Natomiast W. Pilecka akcentuje psychospołeczne uwarunkowania zdrowia i choroby człowieka. Uważa, że chorobę przewlekłą uznaje się za potencjalny stresor, przekształcający dotychczasową sytuację człowieka i jego rodziny w odmienną, której on sam i jego rodzina muszą sprostać[3].

A. Maciarz[4] do podstawowych cech choroby przewlekłej zalicza:
- długi okres trwania (przynajmniej cztery tygodnie);
- łagodniejsze nasilenie objawów w porównaniu z ostrym przebiegiem choroby;
- ryzyko trwałych, nieodwracalnych i patologicznych zmian organicznych;
- wymóg długotrwałej opieki medycznej i odpowiednio dobranej pomocy terapeutyczno-rehabilitacyjnej.

Należy podkreślić, że graniczny czas trwania choroby, pozwalający określić jej charakter jako ostry lub przewlekły, nie jest jednolicie przyjmowany. Amerykańska Agencja ds. Statystyki Zdrowia (National Center for Health Statistics) chorobie przypisuje miano przewlekłej, gdy trwa ona dłużej niż trzy miesiące[5].

W przypadku wielu chorób można wyróżnić pierwotne i wtórne ich następstwa. Pierwsze stanowią skutek samego procesu choroby i są nieuniknione. Inaczej jest z następstwami wtórnymi, które nie są nieuchronne, a mogą pogłębiać niesprawność osoby. Powstają w wyniku działania niekorzystnych warunków życia osoby chorej, mogących potęgować pierwotne skutki uszkodzenia. Istnieje jeszcze trzecia warstwa, która tworzy się w wyniku uświadomienia sobie własnego stanu – to ŚWIADOMOŚĆ WŁASNEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI[6]. Może być ona czynnikiem mobilizującym (wówczas osoba chora stara się pokonywać ograniczenia wynikające ze stanu choroby) lub hamującym.

5.2. Modele choroby przewlekłej

Modele choroby przewlekłej, oparte na określonych założeniach wyjaśniających genezę choroby i jej konsekwencje, a także rolę i miejsce osoby chorej w społeczeństwie, pozwalają zrozumieć, na czym polega przystosowanie do życia z ograniczeniami wywoływanymi przez zmiany chorobowe. Modele prezentowane na gruncie psychologii klinicznej, psychologii zdrowia czy też w obrębie pedagogiki specjalnej opisywane są często na bazie swoistej opozycyjności: medyczny

3 W. Pilecka, *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne*, Wyd. UJ, Kraków 2002.

4 A. Maciarz, *Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy*, Żak, Warszawa 2001.

5 S. Byra, *Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania*, Wyd. UMCS, Lublin 2012.

6 C. Kosakowski, *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Akapit, Toruń 2003.

i bio-psycho-społeczny (określany również jako holistyczno-funkcjonalny) oraz patogenetyczny i salutogenetyczny[7]. Przystosowanie osoby chorej, definiowane w ramach poszczególnych modeli, wiąże się z przyjmowaną w ich obrębie definicją zdrowia i choroby. W przypadku modelu biomedycznego zakłada się rozłączność zdrowia i choroby, które z kolei w modelu bio-psycho-społecznym osadzane są na kontinuum wyznaczającym poziom funkcjonowania człowieka na wszystkich płaszczyznach jego rozwoju[8].

W MODELU BIOMEDYCZNYM, skoncentrowanym na genezie, przebiegu, zapobieganiu i leczeniu choroby, zjawisko przystosowania określa się głównie w odniesieniu do czynników biologicznych determinujących funkcjonowanie jednostki. Natura przystosowania wyznaczana jest przez efektywne zarządzanie chorobą, prowadzące do zmian w biologicznej kondycji jednostki[9]. Bycie przystosowanym w kontekście doświadczania choroby oznacza tutaj względnie zachowaną harmonię w sferze biologicznej wraz z dążeniem do poznania patofizjologii generującej symptomy chorobowe[10].

BIO-PSYCHO-SPOŁECZNY MODEL CHOROBY, zakładający holistyczne podejście zarówno do choroby, jak i chorego, poszerza znacząco strukturę przystosowania, pozwala włączyć, obok negatywnych konsekwencji choroby, także pozytywne aspekty psychospołecznego funkcjonowania człowieka. W modelu tym przyjmuje się, że jednostka, będąc elementem większej całości, podlega oddziaływaniu środowiska, w którym egzystuje, oraz relacji, w jakie wchodzi z otoczeniem. Człowiek traktowany jest jako dynamiczny układ funkcjonujący zgodnie z zasadami regulacji i samoregulacji. Źródło pozytywnych skutków choroby tkwi w potencjale i zasobach jednostki, umożliwiających generowanie nowych szans rozwojowych[11].

Do popularnych podejść w wyjaśnianiu przystosowania do życia z chroniczną chorobą należą również MODELE POZNAWCZE CHOROBY koncentrujące się na przekonaniach jednostki na temat choroby, jej przyczyny, konsekwencji, swojej sytuacji jako chorego i przyszłości. U podstaw tworzonych interpretacji zachowania się człowieka w sytuacji choroby znajdują się założenia odnośnie do posiadanej przez niego struktury przekonań oraz ich zbieżności z rzeczywistością. Przystosowanie do życia z przewlekłą chorobą traktuje się tutaj jako proces, którego celem jest utrzymanie pozytywnego obrazu siebie i świata w obliczu doświadczanych problemów zdrowotnych. Zakłada się, że w dążeniu do odzyskania równowagi psychicznej, zakłóconej pojawieniem się choroby, jednostka może wykazywać

7 I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, WN PWN, Warszawa 2007.
8 S. Byra, *Przystosowanie do życia...*, *op. cit.*
9 L. Sutton, L. Porter, F. Keefe, *Cancer pain at the end life: A biopsychosocial perspective*, „Pain" 2002, 99(1), s. 5–10.
10 S. Byra, *Przystosowanie do życia...*, *op. cit.*
11 *Ibidem.*

znaczącą motywację do ukształtowania przystosowawczych poglądów dotyczących jej aktualnej sytuacji[12].

Rozumienie przystosowania jako procesu opartego na odnajdywaniu znaczenia i przywracaniu w konsekwencji tego zabiegu emocjonalnej równowagi oraz względnie stabilnej wizji siebie i świata pojawia się również w najnowszych nurtach badawczych odnoszących się do wyjaśnienia pozytywnych aspektów doświadczania choroby. Przystosowanie definiowane jest w nich na podstawie wskaźników jakości życia oraz pozytywnych przeobrażeń doznawanych w związku z doświadczaniem choroby przewlekłej, w tym bezpośrednio zagrażającej życiu[13].

Założenia modeli choroby przewlekłej nakreślają szeroki kontekst rozumienia procesu przystosowania do życia z ograniczeniami w zdrowiu i sprawności. Dostarczają podstaw do ogólnej charakterystyki tego zjawiska, wyznaczając teoretyczne ramy jego interpretacji. Uszczegółowione wyjaśnienia zawarte są w modelach, teoriach czy koncepcjach samego przystosowania, rozpatrywanego w kontekście choroby przewlekłej. Natomiast zakres desygnatów składających się na pojęcie przystosowania i natura oraz zasięg empirycznych ich odpowiedników są możliwe do przeanalizowania na płaszczyźnie konceptualnej, ukazującej różnorodne sposoby definiowania tego trudnego do określenia zjawiska wpisanego w codzienne życie osób chorych.

5.3. Choroba przewlekła jako sytuacja trudna

Poglądy autorów zajmujących się problemem choroby są zbieżne w kwestii tego, że w chorobach przewlekłych pomimo różnic indywidualnych, związanych z wiekiem, płcią, osobowością, a także symptomami choroby, diagnozą, prognozą czy terapią, da się wyodrębnić pewne cechy wspólne. Wiążą się one przede wszystkim z bólem, lękiem i ograniczeniem aktywności[14].

Według A. Kępińskiego w każdej chorobie zmniejsza się stopień integracji poszczególnych czynności ustroju. Strach, lęk, niepokój są najczęstszymi reakcjami na zagrożenie biologiczne i społeczne. Źródłem przykrych stanów emocjonalnych dla człowieka chorego są nie tylko dolegliwości i cierpienia związane z chorobą, lecz także ograniczenia, jakie ona stwarza. Ograniczenia najczęściej dotyczą zaspokajania potrzeb oraz sposobu, w jaki ono przebiega. Szczególnie dotkliwie przeżywany jest brak możliwości zaspokojenia potrzeby miłości, bezpieczeństwa, kontaktu społecznego, przywiązania, uznania i szacunku, a także samorealizacji

12 S. Byra, *Przystosowanie do życia...*, *op. cit.*
13 S. Folkman, *Stress, coping, and hope*, "Psycho-Oncology" 2010, 19(8), s. 901–908.
14 B. Antoszewska, *Dziecko z chorobą nowotworową – problemy psychopedagogiczne*, Impuls, Kraków 2006.

i potrzeby osiągnięć. Niezaspokojenie tych potrzeb rozwija mechanizmy będące źródłem lęku, zaburza poczucie własnej wartości lub prowadzi do obniżenia się odporności w sytuacjach zagrożenia. Choroba stawia zatem człowieka w obliczu sytuacji trudnych[15].

W literaturze przedmiotu nie ma jednoznacznego określenia dla sytuacji, w której dochodzi do dezorganizacji relacji między jednostką a zadaniami i czynnościami przez nią wykonywanymi. Stan ten jest najczęściej definiowany jako: stres, sytuacja stresowa, frustracja, sytuacja konfliktowa[16], sytuacja trudna[17], sytuacja problemowa[18]. Według M. Tyszkowej za wyróżniającą cechę sytuacji zwanych trudnymi uznaje się to, że zawierają one czynnik powodujący przeciążenie systemu regulacji, które zmusza osobnika do nowej koordynacji w celu osiągnięcia (a właściwie przywrócenia) stanu umożliwiającego koordynowanie czynności ukierunkowanej na realizację dążenia. Wśród czynników prowadzących do przeciążenia systemu regulacji najważniejsze wydają się dwie grupy: czynniki zakłócające (zakłócenia) i czynniki zagrażające (groźby, zagrożenia). Sytuację trudną można rozumieć jako układ bodźców (warunków) powodujących zakłócenie czynności lub zagrożenie potrzeb jednostki, jej dążeń czy cenionych wartości i wywołujących w związku z tym charakterystyczne zmiany w jej zachowaniu[19].

T. Tomaszewski, twórca teorii czynności i sytuacji, sprecyzował koncepcję sytuacji trudnej przez opozycję do sytuacji normalnej. Podział na te dwa typy sytuacji wynika ze struktury czynności. Czynność T. Tomaszewski definiuje jako proces ukierunkowany na osiągnięcie wyniku o strukturze kształtującej się stosownie do warunków, tak że możliwość osiągnięcia wyniku zostaje utrzymana. Wyszczególnione w definicji trzy elementy: zadania (cele), warunki i możliwości tworzą sytuację psychologiczną pojmowaną nie jako coś, co znajduje się wyłącznie na zewnątrz człowieka, lecz jako złożony układ obejmujący całokształt związków między konkretnym człowiekiem a otaczającym go środowiskiem[20]. Gdy struktura jest względnie ustabilizowana, wówczas T. Tomaszewski pisze o sytuacji normalnej, w której występuje adekwatność między elementami składowymi struktury, tj. celami, czynnościami i warunkami. Jednostka ma możliwość sprawnego funkcjonowania ukierunkowanego na realizację zamierzonych celów, bez nadmiernego obciążenia wewnętrznego systemu regulacji. Gdy równowaga między poszczególnymi elementami zostaje naruszona, wówczas mamy do czynienia z sytuacją trudną, w której osiągnięcie wyniku jest możliwe tylko przy zmianie

15 A. Kępiński, *Poznanie chorego*, WL PZWL, Warszawa 2002.
16 M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa 1988.
17 T. Tomaszewski, *Człowiek w sytuacji* [w:] T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, PWN, Warszawa 1982, s. 17–36.
18 M. Tyszkowa, *Zachowanie się dzieci szkolnych w sytuacjach trudnych*, PWN, Warszawa 1986.
19 *Ibidem*.
20 *Ibidem*.

normalnej struktury czynności. Sytuacje trudne to takie, w których zachodzi rozbieżność między potrzebami lub zadaniami człowieka a możliwościami ich zaspokojenia lub wykonania[21]. Tak rozumianej sytuacji trudnej T. Tomaszewski przypisuje status stresu psychologicznego w wymiarze zarówno subiektywnym, jak i obiektywnym[22].

T. Tomaszewski, M. Tyszkowa, M. Jarosz wymieniają trudności obiektywne oraz subiektywne. Trudności obiektywne wynikają ze zmienności otoczenia, z nowych zadań, jakie człowiek otrzymuje do wykonania, ze zmiany warunków, które zmuszają go do wykonania innych niż dotąd czynności[23]. Trudności subiektywne zaś mogą mieć charakter trwały lub przejściowy. Przejściowy wiąże się z wahaniem w zakresie zdolności i stosunku do pracy, trwały – z chronicznymi chorobami, a także trwałymi zaburzeniami nerwowymi, z nerwicami i psychozami. Ujmując jednocześnie trudności obiektywne i subiektywne, pozostające zawsze ze sobą w ścisłym związku, można wskazać następujące typy sytuacji trudnych: deprywacja, przeciążenie, zagrożenie, utrudnienie[24].

Deprywacja (brak, utrata) to sytuacja, gdy w otoczeniu brakuje podstawowych elementów potrzebnych do normalnego funkcjonowania; uniemożliwione jest zaspokojenie przez jednostkę podstawowych potrzeb. W sytuacji deprywacji mogą nastąpić: obniżenie poziomu sprawności organizmu, proces dezorganizacji funkcjonalnej czy sytuacja skrajna. T. Tomaszewski wyróżnia następujące rodzaje deprywacji: stymulacyjną (sensoryczną), emocjonalną, poznawczą i czynnościową (behawioralną)[25].

Przeciążenie to sytuacja trudna, kiedy to jednostka z jej możliwościami i warunkami, w których działa, jest obciążona ponad siły. T. Tomaszewski wskazuje, że przeciążeniu mogą ulec zarówno czynności percepcyjne, jak i motoryczne. Krótkotrwałe i niepowtarzające się przeciążenie powoduje wyczerpanie, zmęczenie, zniechęcenie itp. Natomiast długotrwałe przeciążenie może doprowadzić do szeregu zaburzeń. Zagrożenie jest wówczas, gdy występuje naruszenie wysoko cenionych przez człowieka wartości[26].

Utrudnienia, które J. Strelau nazywa zakłóceniami, to zmiany w układzie zwanym sytuacją normalną. Zmiany te mogą być zewnętrzne lub wewnętrzne.

---

21 M. Tyszkowa, *Zachowanie się dzieci...*, *op. cit.*
22 *Ibidem*.
23 T. Tomaszewski, *Człowiek...*, *op. cit.*; M. Tyszkowa, *Zachowanie się dzieci...*, *op. cit.*; M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, *op. cit.*
24 J. Kirenko, *Wsparcie społeczne...*, *op. cit.*
25 T. Tomaszewski, *Człowiek...*, *op. cit.*
26 *Ibidem*.

Utrudnienia mogą być spowodowane brakiem informacji, przedmiotów, przeszkodami fizycznymi lub wewnętrznymi barierami, różnorodnymi naciskami[27].

Typy sytuacji trudnych nie wykluczają się wzajemnie, lecz mogą występować w tym samym czasie i dotyczyć tej samej osoby.

Wśród sytuacji trudnych H. Sęk wymienia:

- SYTUACJE DEPRYWACJI – cechuje je brak koniecznych warunków umożliwiających zaspokojenie przez człowieka potrzeb fizjologicznych oraz psychicznych (deprywacja fizjologiczna oraz psychiczna);
- SYTUACJE FRUSTRACJI – człowiek na drodze do realizacji celu lub zaspokojenia potrzeb napotyka różne przeszkody, które mu to utrudniają lub uniemożliwiają;
- SYTUACJE ZAGRAŻAJĄCE – sygnalizują utratę cenionych wartości;
- SYTUACJE UTRATY – kiedy następuje utrata cenionych wartości materialnych, psychicznych oraz społecznych;
- SYTUACJE KONFLIKTOWE – człowiek znajduje się w obliczu sprzecznych wartości;
- SYTUACJE TRAUMATYCZNE – taka sytuacja przekracza możliwości adaptacyjne człowieka, ZAGRAŻA jego życiu i zdrowiu fizycznemu oraz psychicznemu[28].

Przedstawione podziały sytuacji trudnych ukazują, że są to sytuacje postrzegane przez jednostkę jako czynniki zakłócające lub zagrażające. Przeciążenie, deprywacja, zagrożenie czy utrudnienie wpływają na aktywność osoby i wywołują zakłócenia w wewnętrznych warunkach czynności, obciążają system regulacyjny, a także powodują konieczność zmiany normalnej struktury czynności[29]. H. Larkowa podkreśla, że analiza sytuacji trudnych, w których człowiek napotyka różne przeszkody na drodze do realizacji dążeń, pozwala stwierdzić, iż częściej mogą ich doświadczać osoby z niepełnosprawnościami. Utrata cenionych wartości, w tym zdrowia i sprawności fizycznej, powoduje sytuację trudną i reakcję stresową[30]. Podobnego zdania są M. Parchomiuk i S. Byra, stwierdzając, że niepełnosprawność jest stresorem wywołującym wiele trudnych sytuacji w życiu osoby. Autorki uważają, że sytuacje te mogą prowadzić do dezorganizacji zachowania i podejmowanych przez jednostkę aktywności. Wskazują też, że problemy tych osób dotyczą głównie zaspokojenia ich potrzeb, ale w konsekwencji mogą nasilać trudności o charakterze zarówno psychologicznym, jak i społecznym[31].

---

27 J. Strelau, *Sposoby reagowania w sytuacjach trudnych* [w:] J. Strelau, A. Jurkowski, Z. Putkiewicz, *Podstawy psychologii dla nauczycieli*, PWN, Warszawa 1978, s. 382–392.

28 H. Sęk, *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych* [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, WN PWN, Warszawa 2011, s. 49–67.

29 J. Kirenko, *Wsparcie społeczne...*, *op. cit.*

30 H. Larkowa, *Człowiek niepełnosprawny...*, *op. cit.*

31 M. Parchomiuk, S. Byra, *Style radzenia sobie w sytuacjach trudnych a jakość życia osób z niepełnosprawnością narządu ruchu* [w:] J. Rottermund, A. Klinik, S. Wrona (red.), *Wybrane uwarunkowania rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Impuls, Kraków 2005, s. 95–106.

I. Obuchowska i M. Krawczyński[32] wymieniają kilka rodzajów obrony przed obciążeniem psychicznym spowodowanym lękiem wykorzystywanych przez chore dzieci:

– mechanizm UMOTYWOWANEGO ZACHOWANIA – zwany wypieraniem, polega na nieutrzymywaniu w świadomości przykrego zdarzenia; interesującym przykładem wypierania u hospitalizowanych dzieci może być treść ich wspomnień szpitalnych wyrażona w rysunkach i opowiadaniach, w których częściej zawierały one mało istotne, ale przyjemne przeżycia, niż te związane z przebiegiem leczenia;
– PRZEMIESZCZANIE LĘKU – polega na tym, że zjawisko, które wywołuje lęk, nie jest jego prawdziwym źródłem, lecz pełni funkcję zastępczą; prawdziwe źródło zostaje w ten sposób ukryte, a dzieje się tak wówczas, gdy jest ono szczególnie zagrażające;
– MECHANIZM PROJEKCJI, który polega na przedstawieniu w sposób dramatyczny przebiegu choroby;
– MECHANIZM RACJONALIZACJI, zarówno w wersji SŁODKA CYTRYNA (dodanie wartości sytuacji, której się nie pragnie, a jest nieuchronna), jak i KWAŚNE WINOGRONA (obniżenie wartości sytuacji, której się pragnie, a która jest nieunikniona);
– MECHANIZM ZAPRZECZENIA (negowanie choroby, nieprzyjmowanie informacji do wiadomości) i izolacji (psychiczne wyłączenie się, unikanie kontaktów); występuje on częściej u dzieci starszych niż u młodszych i na ogół w ciężkich stanach chorobowych;
– MECHANIZM UCIECZKI W FANTAZJĘ – pojawia się u dzieci hospitalizowanych, jak również leczonych w domu, szczególnie u bardzo inteligentnych; dziecko wytwarza sobie w wyobraźni postać, która przez dłuższy czas staje się towarzyszem jego codziennego życia, z którą wiąże swoje radości i lęki.

Choroba przewlekła powoduje ograniczenia nie tylko w aspekcie organicznym, lecz także psychicznym i społecznym. C. Kosakowski[33] pisze, że w zdecydowanej większości odchyleń od normy można wyróżnić trzy wymiary choroby: organiczny, psychiczny i społeczny. Choroba może również pozwolić człowiekowi odnaleźć sens życia, uruchomić niezwykłą odporność psychiczną, skłonić ludzi, by dostrzegli to, co w życiu ważne[34].

G. Dolińska-Zygmunt twierdzi, że u jednych choroba wywołuje tak duże zmiany, że otoczenie widzi w nich innych ludzi, a u drugich zmian się nie dostrzega, nadal są tacy sami jak przed chorobą, pomimo że przeżywają wiele cierpień

32 I. Obuchowska, M. Krawczyński, *Chore dziecko*, NK, Warszawa 1991, s. 23–24.
33 C. Kosakowski, *Węzłowe problemy...*, *op. cit.*
34 T. Gordon, *Pacjent jako partner*, tłum. T. Szafrański, Pax, Warszawa 1999, s. 223.

i ograniczeń przez nią narzuconych[35]. Najbardziej pożądaną reakcją w sytuacji choroby jest wsparcie. Doświadczanie wsparcia i pozytywnych reakcji, przyjaźni, życzliwości ze strony osób najbliższych i osób spoza środowiska rodzinnego pozwala ukształtować pozytywne reakcje wobec siebie, nie wywołując zmian czy ograniczeń w planach, aspiracjach życiowych. Proces społecznego funkcjonowania człowieka chorego może być jednak utrudniony przez napotykane w życiu bariery związane z niepożądanymi reakcjami otoczenia społecznego, takimi jak: stereotypy, piętnowanie i negatywne postawy[36].

Zdaniem Z. Sękowskiej rodzaj i siła reakcji na chorobę przewlekłą zależą w dużej mierze od indywidualnych cech psychofizycznych danej osoby, a także jej doświadczeń życiowych czy też oddziaływań wychowawczych środowiska. Istotny jest również subiektywnie odczuwany stan zdrowia, tj. świadomość osoby co do przebiegu choroby i jej prognozy. Znaczenie mają też: wiek, sytuacja życiowa osoby z niepełnosprawnością, okres życia, w którym wystąpiła dana niepełnosprawność[37].

Podsumowując, można powiedzieć, że ognisko choroby przewlekłej jest źródłem różnorodnych zaburzeń w funkcjonowaniu osoby chorej – wiąże się zawsze z uszkodzeniem organicznym. Nieprawidłowo funkcjonujący narząd lub cały układ wywołuje różne oznaki fizyczne, a następnie trudne do przezwyciężenia problemy psychospołeczne. W wielu przypadkach można się nauczyć sposobów radzenia sobie z chorobą, na przykład przez przyjmowanie leków, które łagodzą bądź eliminują jej dolegliwości. Zdecydowanie trudniejsze są myśli o nieuleczalności choroby czy też związane z ograniczeniem aktywności fizycznej[38].

5.4. Wsparcie dzieci przewlekle chorych

Wsparcie ułatwia dziecku radzenie sobie z chorobą. Istotne jest obserwowanie dziecka, poznanie jego potrzeb, stosowanych sposobów radzenia sobie z zaistniałą sytuacją, tego, jak postrzega swoją chorobę i jakie w związku z tym przeżywa emocje. Inne potrzeby będzie przejawiać dziecko, które jest na etapie zaprzeczania własnej chorobie, w fazie gniewu, depresji czy akceptacji. Podobnie, całkowicie inny rodzaj współpracy, zachowania przejawiać będzie dziecko radzące sobie głównie zadaniowo, a jeszcze inny dziecko unikające czy skoncentrowane na emocjach. Pierwszym krokiem na drodze pomocy i wsparcia chorych przewlekle

35 G. Dolińska-Zygmunt, *Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych* [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wyd. UWr, Wrocław 2001, s. 209–227.
36 B. Antoszewska, *Dziecko...*, *op. cit.*
37 Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wyd. APS, Warszawa 2001.
38 B. Antoszewska, *Dziecko...*, *op. cit.*

i ich rodzin jest więc poznanie sposobu rozumienia choroby i dotychczasowego radzenia sobie z nią.

W obliczu szczególnie trudnych zdarzeń i perspektyw życiowych człowiek doświadcza przerażenia, bezradności i zagubienia. Sytuacja choroby pociąga za sobą sekwencję pewnych wydarzeń: leczenie, jego psychologiczne i fizyczne koszty, ograniczenia, wobec których staje dziecko, oraz względną kontrolowalność choroby. To ostatnie oznacza, że można podjąć działania, leczenie, by przeciwdziałać rozwojowi choroby, jednak nie zawsze są one gwarantem powodzenia, wyleczenia. Ograniczenia oraz niska kontrolowalność z dużym nasileniem pojawiają się w sytuacji choroby przewlekłej. Skutki i ograniczenia związane z przeżywaniem choroby mogą dotyczyć sfer: fizycznej, psychicznej, duchowej, społecznej. Wsparcie społeczne pełni istotną funkcję w zmaganiu się z chorobą przewlekłą, m.in. poprzez pośredniczenie między działaniem stresorów (diagnoza, poszczególne formy leczenia) a odczuwaniem ich skutków[39]. Zapotrzebowanie na wsparcie wzrasta w sytuacjach trudnych, a taką stanowi dla pacjenta choroba przewlekła. Na poszczególnych etapach przeżywania choroby pojawia się zapotrzebowanie na wsparcie (różnego rodzaju i o różnym stopniu nasilenia) ze strony innych – rodziny, instytucji medycznych i organizacji społecznych[40].

Wsparcie społeczne jest jednym ze sposobów radzenia sobie w sytuacji trudnej. Potrzebują go zarówno dzieci przewlekle chore, jak i osoby zdrowe, by mogły się rozwijać i dostarczać wsparcia innym. Celem wsparcia jest też podniesienie jakości życia, tak by przyjęło ono wymiary: samodzielnego, aktywnego i twórczego. Wsparcie społeczne, rozumiane jako zasoby osobiste, to potencjalnie dostępne, wspierające zabezpieczenie, którego źródłem są specyficzne relacje w obrębie indywidualnych sieci społecznych. Wsparcie społeczne można także pojmować jako reakcję zaradczą[41].

Organizując wsparcie dziecku przewlekle choremu, należy uwzględnić jego potrzeby, problemy, doświadczenia, warunki, w jakich funkcjonuje, a także cechy jego osobowości, potencjał biopsychiczny oraz stopień rozwoju choroby i niepełnosprawności[42]. Główne źródło pomocy dla osób dotkniętych chorobą przewlekłą stanowi rodzina [43]. Członkowie rodziny znają swoje potrzeby, przyzwyczajenia. W związku z tym są osobami, które mogą nieść najbardziej efektywną pomoc. Wsparcie rodziny może mieć różnorodny charakter, począwszy od

---

39 B. Antoszewska, *Dziecko...*, *op. cit.*; L. Zabłocka-Żytka, *Zrozumieć pacjenta. Stres choroby przewlekłej i sposoby radzenia sobie na przykładzie pacjentek z rakiem piersi* [w:] E. Zasępa (red.), *Doświadczanie choroby i niepełnosprawności*, Wyd. APS, Warszawa 2013, s. 109–124.

40 J. Kirenko, *Wsparcie społeczne...*, *op. cit.*

41 J. Kirenko, *Dylematy wparcia społecznego osób z niepełnosprawnością* [w:] Z. Palak, Z. Bartkowicz (red.), *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*, Wyd. UMCS, Lublin 2004.

42 *Ibidem*.

43 A. Pietrzyk, *„Ta choroba" w rodzinie. Psycholog o raku*, Impuls, Kraków 2006.

samej obecności, towarzyszenia w trudnych chwilach, do podejmowania decyzji, np. co do form leczenia. Okazuje się, że najbliżsi mają istotne znaczenie dla sposobu przeżywania choroby i zmagania się z nią. Wsparcie adekwatne do potrzeb pacjenta ułatwia radzenie sobie z chorobą. Zarówno brak, jak i nadmiar wsparcia społecznego utrudniają proces adaptacji i radzenia sobie z chorobą przewlekłą[44]. Adekwatność udzielanego wsparcia wiąże się m.in. ze znajomością potrzeb odbiorcy wsparcia co do ilości, rodzaju i źródła pomocy oraz wiedzą na temat aktualnego etapu zmagania się przez podopiecznego z chorobą przewlekłą[45].

Przewlekła choroba stwarza zagrożenia rozwoju dziecka, które tkwią w samej chorobie, w procesie leczenia, w niewłaściwych postawach rodziców i nauczycieli wobec dziecka chorego. Obraz kliniczny przewlekłych chorób charakteryzuje się zmianami stanu psychicznego dzieci. Zmiany te mogą mieć charakter okresowy lub trwały. W przebiegu wielu chorób występują: obniżenie sprawności intelektualnej i percepcyjnej, zaburzenia koordynacji ruchowej i pogorszenie się samopoczucia, obniżenie poczucia własnej wartości, zaburzenie sfery emocjonalnej i motywacyjnej. Ważne jest zmniejszanie psychicznych skutków choroby u dziecka poprzez:

– oddziaływania zwiększające jego poczucie bezpieczeństwa (obecność przy dziecku osób bliskich, wyjaśnianie mu planowanych zbiegów);
– oddziaływania zapewniające mu warunki samorealizacji (uczenie dziecka sposobów przystosowania się do niedogodności chorowania, inicjowanie aktywności dostępnej dla chorego dziecka, ukazywanie mu pozytywnej prognozy leczenia i możliwości podejmowania dostępnych dla niego ról społecznych);
– oddziaływania psychoterapeutyczne prowadzące do złagodzenia u dziecka stanów i nastawień lękowych z zastosowaniem różnych metod psychoterapii.

Nie tylko sama choroba, lecz także proces leczenia narażają dziecko na ograniczenia w zaspokojeniu jego potrzeb i w realizacji różnych rodzajów aktywności. Ponadto wiele rodziców dzieci przewlekle chorych przejawia „postawę aktywnej akceptacji chorego dziecka", wyrażającą się w tym, że przyjmują chorobę jako zdarzenie losowe, wobec którego mobilizują swoje możliwości fizyczne i psychiczne. Jednak nie zawsze łączą troskę o zdrowie somatyczne dziecka z zaspokojeniem jego potrzeb psychicznych. Koncentracja na biologicznych aspektach choroby powoduje nadopiekuńczość rodziców wraz ze wszystkimi jej konsekwencjami. Przewlekła choroba dziecka stanowi w życiu rodziny bardzo przykre zdarzenie i zmusza jej członków, w tym szczególnie rodziców, do podjęcia nieznanych im

---

44 D. Włodarczyk, B. Skuza, *Czynniki psychospołeczne a zdrowie* [w:] A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk (red.), *Psychologia w praktyce medycznej*, WL PZWL, Warszawa 2007, s. 42–50.

45 S. Steuden, W. Okła, *Czynniki sprzyjające podnoszeniu jakości życia w sytuacji choroby* [w:] P. Oleś, S. Steuden, J. Toczołowski (red.), *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia*, TN KUL, Lublin 2007, s. 195–199.

dotąd trudnych zadań. Wypełnianie tych zadań wymaga od rodziców zdobycia odpowiednich wiadomości i umiejętności niezbędnych w wychowaniu i rehabilitacji dziecka.

Zapewnienie choremu dziecku należytej opieki leczniczej i wychowawczej nie jest dla rodziców łatwe. Choroba dziecka bowiem stanowi dla nich duże obciążenie psychiczne, naraża ich na wiele przeżyć frustracyjnych i stresowych, i zwykle narusza układ więzi emocjonalnych w rodzinie[46]. Każdy z członków rodziny inaczej reaguje na chorobę dziecka, zależnie od swoich właściwości psychicznych, pozycji, jaką zajmuje w rodzinie, relacji, w jakich pozostaje z chorym potomkiem, oraz całokształtu sytuacji kulturowo-społecznej i materialnej, w jakiej dana rodzina żyje. Niekiedy choroba dezintegruje rodzinę, czasem tylko jeden rodzic podejmuje trud opieki i wychowania chorego dziecka, a zdarza się także, że choroba dziecka powoduje większą spójność rodziny, poprawia wzajemne porozumienie i zdolność do wspólnego wysiłku. Wielu rodziców dzieci przewlekle chorych wymaga wsparcia społecznego ze strony różnych specjalistów i stowarzyszeń. W ostatnich latach powstają stowarzyszenia rodziców dzieci niepełnosprawnych. Samopomoc ta ma charakter socjalny i usługowy, poradniczy i terapeutyczny. Realizowana jest więc w formie wzajemnego wspierania się psychicznego rodziców mających podobne problemy związane z chorobą dziecka i jego rehabilitacją.

Warunki życiowe dziecka chorego sprawiają, że mogą u niego wystąpić, pod wpływem czynników frustracyjnych, pewne zmiany osobowości. Szczególnie ważne dla pedagogów są reakcje dziecka na frustrację. S. Rosenzweig wymienia trzy podstawowe typy reakcji frustracyjnych u dzieci:

1. Reakcje o charakterze emocjonalnym – u dzieci takimi reakcjami są nieumotywowane wybuchy płaczu, związane ze zmęczeniem, a czasem z nieudaną czynnością. Dzieje się tak dlatego, że u dzieci chorych wrażliwość uczuciowa i nerwowa z wielu powodów są wzmożone (zagadnienie fizjologiczne), a próg wszelkiej wrażliwości jest ogólnie obniżony.
2. Zachowania agresywne – charakteryzujące się szukaniem kogoś odpowiedzialnego za doznane zło i chęcią ukarania go. Dziecko czuje się czyjąś ofiarą lub uważa, że samo zawiniło, i w stosunku do siebie ma pretensję bliską nienawiści. Może tu też występować mechanizm kozła ofiarnego, co wyraża się w biciu lalki, psa czy kota, w niszczeniu mebli, złośliwości wobec kolegów, którzy nic nie zawinili. Reakcje agresywne mogą się objawiać w takich formach, jak: agresywność słowna, agresywność ruchów, wrogość, niechęć, zazdrość, nieufność, niecierpliwość.
3. Zachowania uchylające się: ucieczki od ludzkiego wzroku, izolacja, zamknięcie się w sobie, niechęć do nawiązywania kontaktów społecznych[47].

---

46 A. Maciarz, *Pedagogika lecznicza...*, *op. cit.*

47 Za: Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki...*, *op. cit.*

Znajomość powyższych reakcji jest bardzo ważna dla rodziców i pedagogów specjalnych podczas stosowania zróżnicowanych form i metod terapii wychowawczej.

5.5. Dziecko przewlekle chore w roli ucznia

Stan zdrowia dziecka przewlekle chorego wpływa na organizację jego wychowania i nauczania. Uczniowie z chorobą przewlekłą ruchową nie stanowią jednolitej grupy. Wpływ choroby na funkcjonowanie w sytuacjach edukacyjnych może zależeć od jej przyczyny. Choroba przewlekła ma niekorzystny wpływ na rozwój dziecka, gdyż w dużej mierze opiera się on na jego własnej aktywności ruchowej oraz samodzielnie zdobytych doświadczeniach. Funkcjonowanie w roli ucznia również wiąże z wykorzystywaniem różnych umiejętności ruchowych, których opanowanie u tej grupy uczniów jest ograniczone. Dodatkowo problemy z przemieszczaniem się powodują trudności z zaspokajaniem potrzeb, m.in.: potrzeby aktywności i samodzielności, kontaktu emocjonalnego, bezpieczeństwa i przynależności do grupy społecznej[48]. Dziecko przewlekle chore narażone jest na przykre przeżycia związane z dolegliwościami bólowymi doznawanymi z powodu choroby i zabiegów leczniczych, z pobytem w szpitalu. Wiele przeżyć dziecka o charakterze frustracji wynika z ograniczenia możliwości sprawnego poruszania się i wykonywania różnych czynności motorycznych. W przebiegu wielu chorób u dziecka pojawiają się: okresowe obniżenie sprawności intelektualnej, pogorszenie samopoczucia, rozdrażnienie, apatia połączona ze spadkiem aktywności. W tym czasie dziecko nie jest w stanie efektywnie funkcjonować w szkole, uczestniczyć w zabawach czy też podołać obowiązkom domowym. Choroba przewlekła powoduje także ograniczenia doświadczeń poznawczych – dziecko nie może się swobodnie przemieszczać, manipulować przedmiotami, wykonywać różnych czynności wymagających koordynacji i precyzji ruchów.

Dziecko z chorobą przewlekłą może realizować obowiązek szkolny lub obowiązek nauki w szkołach ogólnodostępnych, w szkołach specjalnych organizowanych w szpitalach, sanatoriach, uzdrowiskach lub w formie indywidualnego nauczania (w przypadku gdy jego stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły). Uczniowie z chorobami przewlekłymi realizują podstawę programową kształcenia ogólnego. W odniesieniu do tych dzieci należy zwrócić szczególną uwagę na problemy, które mogą się zaostrzyć lub powstać na skutek specyficznych doświadczeń w okresie nauki w szkole podstawowej, gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej, m.in.: słabą koncentrację uwagi, dysharmonię

48 M. Loska, *Uczniowie z mózgowym porażeniem dziecięcym. Osiągnięcia edukacyjne*, WSiP, Warszawa 2005.

rozwoju, nadpobudliwość, męczliwość, bierność, zachowania agresywne i buntownicze, niską lub zbyt wysoką (i przez to nieadekwatną) samoocenę, trudności w relacjach społecznych, zaburzenia komunikacyjne, obniżenie nastroju czy występowanie lęków o własne zdrowie i przyszłość. Często uczniowie z chorobami przewlekłymi nie wymagają specjalnych dostosowań w zakresie metod i środków kształcenia, chyba że chorobie przewlekłej towarzyszą dodatkowe dysfunkcje, na przykład w obrębie rozwoju intelektualnego lub narządów zmysłów. Jedynie w zakresie form kształcenia istotne jest podkreślenie roli pracy grupowej jako środka włączającego dziecko z trudnościami rozwojowymi do naturalnego i pełnego funkcjonowania grupy. Taki rodzaj pracy może przynieść przewlekle choremu uczniowi więcej satysfakcji z uwagi na zawarty w niej element współżycia społecznego i komunikacji międzyosobowej.

Zasady pracy z uczniem z chorobą przewlekłą to m.in.:
- zasada podmiotowości i indywidualizacji;
- oszczędzanie zbytecznego wysiłku i aktywizacji terapeutycznej;
- wyzwalanie ekspresji i wzmaganie procesu samorealizacji;
- reintegracja funkcjonalna i rewaloryzacja społeczna;
- plastyczność i kompleksowość działania;
- waloryzacja środowiska rodzinnego.

Prowadząc zajęcia edukacyjne, nauczyciel realizuje różne cele (terapeutyczne, rewalidacyjne, dydaktyczne, wychowawcze oraz profilaktyczne), których hierarchia zależy od stanu zdrowia, poziomu uszkodzeń i wyniszczenia przez chorobę, potrzeb kompensacyjnych oraz wskazań medycznych. Niezwykle istotnym aspektem pracy z uczniem z chorobą przewlekłą jest umożliwienie mu pełnego i właściwego radzenia sobie z emocjami związanymi z chorobą. W przypadku choroby przewlekłej w fazie terminalnej konieczne jest zaoferowanie wsparcia psychologicznego (lub lepiej) psychoterapeutycznego, by dziecko mogło sobie poradzić ze wzrastającym lękiem lub nasilającą się złością. Niejednokrotnie konieczne może się okazać również dostarczenie wsparcia psychologicznego rodzicom/opiekunom ucznia. Nie tylko po to, by lepiej radzili sobie z chorobą dziecka, lecz także by skuteczniej umieli podtrzymywać w dziecku chęci do uczenia się.

Podsumowując, można stwierdzić, że trudności, które musi pokonywać dziecko przewlekle chore, z formalnego punktu widzenia da się podzielić na dwie grupy. Jedną z nich stanowią trudności fizyczne, natomiast drugą – psychologiczne. Problemy wynikające z choroby przewlekłej, które mogą ograniczać lub uniemożliwiać właściwe funkcjonowanie w roli ucznia, najczęściej dotyczą:
- TRUDNOŚCI W SAMODZIELNYM PRZEMIESZCZANIU SIĘ W PRZESTRZENI – utrudniają one zrozumienie pojęć związanych z określaniem stosunków przestrzennych oraz oceniających odległość i szybkość przemieszczania się w przestrzeni oraz nie pozwalają na powiększanie wiedzy o otaczającym świecie i samym sobie;

– PROBLEMÓW ZE ZMIANĄ POSTAWY (LUB POZYCJI) w zależności od rodzaju wykonywanej aktywności oraz utrzymania jej przez cały czas niezbędny do wykonania konkretnego zadania – może to powodować niekontrolowaną utratę stabilności, co sprawia, że uczeń szybciej się męczy i trudniej koncentruje uwagę na toku zajęć;
– NIEDOSTATECZNEGO POZIOMU ROZWOJU UMIEJĘTNOŚCI MANIPULACYJNYCH I PRECYZYJNYCH RUCHÓW DOCELOWYCH;
– KŁOPOTÓW Z KOMUNIKOWANIEM SIĘ, wynikających z zaburzeń motorycznych mowy – ogranicza to możliwość wymiany informacji, sygnalizowania swoich potrzeb i emocji; może również wpływać na to, że zasób słownictwa biernego i czynnego są mniejsze, oraz powodować trudności w rozumieniu słuchanego lub czytanego tekstu i problemy z wypowiadaniem się pełnymi zdaniami czy formułowaniem kilkuzdaniowej, logicznej wypowiedzi;
– OGRANICZEŃ W SAMODZIELNYM FUNKCJONOWANIU W SZKOLE – wynika to z konieczności indywidualnego dobrania pozycji ciała, a nieraz i specjalistycznych pomocy[49].

Z. Sękowska wymienia i omawia dwie niezwykle ważne formy terapii wychowawczej wykorzystywane podczas pracy z dziećmi przewlekle chorymi lub dziećmi z niepełnosprawnością ruchową. We wszystkich formach terapii wychowawczej kryteriami warunkującymi właściwy dobór środków są trzy czynniki: rodzaj schorzenia, jego siła oraz zewnętrzne warunki chorowania. Autorka w ramach terapii wychowawczej wyodrębnia terapię odciążeniową (spoczynkową) oraz terapię uczynniającą (czynnościową)[50].

Zadanie TERAPII ODCIĄŻENIOWEJ (spoczynkowej) polega na zapewnieniu choremu takich warunków, by wymagały od niego jak najmniejszego wydatkowania wysiłku związanego ze środowiskiem zewnętrznym w celu gromadzenia sił do walki z przyczyną chorobotwórczą (m.in.: zapewnienie warunków do dobrego i spokojnego snu, obecność pielęgniarki przy chorym po zabiegu, terapia słowna, zapewnienie warunków zewnętrznych wpływających kojąco na system nerwowy, kontakt z rodziną jako czynnik odciążający)[51].

TERAPIA CZYNNOŚCIOWA to organizowanie wszelkich form aktywności, których celem jest zdynamizowanie, usprawnienie wyższej czynności nerwowej i procesów kinestetycznych [m.in.: aktywizacja ruchowa, leczenie przez rozrywkę (zabawę), odpowiednio dobrane zajęcia uaktywniające jednostkę, terapia pracy][52].

---

49 M. Loska, *Uczniowie...*, *op. cit.*
50 Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki...*, *op. cit.*
51 *Ibidem.*
52 *Ibidem.*

5.6. Podsumowanie

Podstawowym celem rehabilitacji psychicznej jest ułatwienie dziecku adaptacji do nowych sytuacji i warunków, jakie zaistniały pod wpływem choroby przewlekłej.

Cele rehabilitacji dziecka przewlekle chorego:

- poznanie dziecka przewlekle chorego, uświadomienie mu istoty jego choroby i konieczności zaakceptowania jej;
- zwiększenie u dziecka przewlekle chorego zaufania do samego siebie i poczucia własnej wartości;
- uświadomienie dziecku choremu i jego najbliższym konieczności i sposobu dalszego leczenia;
- pouczenie o tym, co dziecko może uczynić samo, aby zmniejszyć skutki choroby;
- uświadomienie dziecku jego realnych możliwości, z uwzględnieniem społecznych i prawnych ograniczeń wynikających z choroby;
- dostosowanie otoczenia w taki sposób, aby dziecko mogło się samodzielnie poruszać (jeśli ma ograniczoną sprawność ruchową);
- prezentacja treści w taki sposób, by stały się w pełni dostępne dla ucznia;
- dostosowanie celów edukacyjno-terapeutycznych tak, by odpowiadały indywidualnym
- potrzebom dziecka;
- stosowanie aktywizujących metod i form pracy terapeutycznej;
- częstsze niż zwykle użycie w edukacji środków informatycznych (jeśli dziecko ma ograniczoną sprawność ruchową);
- organizacja czasu pracy ucznia w szkole i w domu (konieczność przerw) z dokładnym rozeznaniem, ile czasu zajmuje mu wykonanie poszczególnych czynności edukacyjnych;
- rozpoznawanie symptomów słabszego samopoczucia (nauczyciel powinien wiedzieć, jak może pomóc dziecku);
- zachęcanie dziecka do podejmowania częstych interakcji społecznych i zawierania przyjaźni;
- konieczność zapewnienia pomocy przy nadrabianiu zaległości związanych z absencją szkolną;
- dawanie okazji do wykazywania się samodzielnością;
- ujmowanie problemów i potrzeb chorego przewlekle całościowo i wieloaspektowo;
- wykorzystywanie zdolności organizmu do kompensacji;
- rozwijanie zachowanych sprawności;
- przystosowanie środowiska rodzinnego, szkolnego, fizycznego do potrzeb dziecka chorego;
- przystosowanie się dziecka do sytuacji, które wytworzyła mu określona choroba;
- uczenie umiejętności właściwej regulacji emocjonalnej i wzmacniania samooceny;
- aktywność własna dziecka podczas leczenia i rehabilitacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie B. Trochimiak i in., *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały szkoleniowe*, cz. 2, MEN, Warszawa 2010, s. 225–250.

Podsumowując, należy stwierdzić, że w pracy z dzieckiem przewlekle chorym trzeba uwzględnić wiele aspektów, w tym m.in.: dynamizowanie życia dziecka poprzez rozbudzanie nowych zainteresowań, stworzenie odpowiedniej atmosfery dającej dziecku poczucie bezpieczeństwa i zaufania, rozszerzanie środowiska

dziecka chorego poprzez ułatwienie mu kontaktów z osobami spoza jego stałego otoczenia oraz umożliwienie mu kontaktów ze środowiskiem naturalnym.

Bibliografia

Antoszewska B., *Dziecko z chorobą nowotworową – problemy psychopedagogiczne*, Impuls, Kraków 2006.

Byra S., *Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania*, Wyd. UMCS, Lublin 2012.

Dolińska-Zygmunt G., *Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych* [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wyd. UWr, Wrocław 2001.

Folkman S., *Stress, coping, and hope*, „Psycho-Oncology" 2010, 19(8), s. 901–908.

Gordon T., *Pacjent jako partner*, tłum. T. Szafrański, Pax, Warszawa 1999.

Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, WN PWN, Warszawa 2007.

Jarosz M., *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa 1988.

Kępiński A., *Poznanie chorego*, WL PZWL, Warszawa 2002.

Kirenko J., *Dylematy wparcia społecznego osób z niepełnosprawnością* [w:] Z. Palak, Z. Bartkowicz (red.), *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*, Wyd. UMCS, Lublin 2004.

Kirenko J., *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*, WSUPiZ, Ryki 2002.

Kosakowski C., *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*, Akapit, Toruń 2003.

Larkowa H., *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*, PWN, Warszawa 1987.

Loska M., *Uczniowie z mózgowym porażeniem dziecięcym. Osiągnięcia edukacyjne*, WSiP, Warszawa 2005.

Maciarz A., *Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy*, Żak, Warszawa 2001.

Nowakowska T., *Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych, trwałego upośledzenia zdrowia oraz chorób nieuleczalnych i zagrażających życiu* [w:] M. Jarosz, K. Czubalski, I. Heszen-Klemens, M. Kulczycki, M. Łysiak, M.T. Nowakowska, H. Sęk (red.), *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa 1983.

Obuchowska I., Krawczyński M., *Chore dziecko*, NK, Warszawa 1991.

Parchomiuk M., Byra S., *Style radzenia sobie w sytuacjach trudnych a jakość życia osób z niepełnosprawnością narządu ruchu* [w:] J. Rottermund, A. Klinik, S. Wrona (red.), *Wybrane uwarunkowania rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Impuls, Kraków 2005.

Pietrzyk A., *„Ta choroba" w rodzinie. Psycholog o raku*, Impuls, Kraków 2006.

Pilecka W., *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne*, Wyd. UJ, Kraków 2002.

Sęk H., *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych* [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, WN PWN, Warszawa 2011.

Sękowska Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wyd. APS, Warszawa 2001.

Steuden S., Okła W., *Czynniki sprzyjające podnoszeniu jakości życia w sytuacji choroby* [w:] P. Oleś, S. Steuden, J. Toczołowski (red.), *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia*, TN KUL, Lublin 2007.

Strelau J., *Sposoby reagowania w sytuacjach trudnych* [w:] J. Strelau, A. Jurkowski, Z. Putkiewicz, *Podstawy psychologii dla nauczycieli*, PWN, Warszawa 1978.

Sutton L., Porter L., Keefe F., *Cancer pain at the end life: A biopsychosocial perspective*, „Pain" 2002, 99(1), s. 5–10.

Tomaszewski T., *Człowiek w sytuacji* [w:] T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, PWN, Warszawa 1982.

Trochimiak B. i in., *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Materiały szkoleniowe*, cz. 2, MEN, Warszawa 2010.

Tyszkowa M., *Zachowanie się dzieci szkolnych w sytuacjach trudnych*, PWN, Warszawa 1986.

Włodarczyk D., Skuza B., *Czynniki psychospołeczne a zdrowie* [w:] A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk (red.), *Psychologia w praktyce medycznej*, WL PZWL, Warszawa 2007.

Zabłocka-Żytka L., *Zrozumieć pacjenta. Stres choroby przewlekłej i sposoby radzenia sobie na przykładzie pacjentek z rakiem piersi* [w:] E. Zasępa (red.), *Doświadczanie choroby i niepełnosprawności*, Wyd. APS, Warszawa 2013.

6. Nauczanie dziecka z niepełnosprawnością ruchową

Wraz z wprowadzaniem idei normalizacji i inkluzji w szkołach ogólnodostępnych pojawia się coraz więcej dzieci z niepełnosprawnością ruchową. Jest to bardzo zróżnicowana grupa, dotknięta różnymi rodzajami niepełnosprawności, takimi jak: mózgowe porażenie dziecięce, rozszczep kręgosłupa, przepuklina oponowo-rdzeniowa, dystrofia mięśniowa, a także następstwa po urazach czaszkowo-rdzeniowych, urazach kręgosłupa i innych. Często niepełnosprawność ruchowa towarzyszy dziecku od wczesnego okresu życia. W innych przypadkach, jeśli przyczyna jest nagła, np. wypadek lub choroba, powoduje drastyczną zmianę w jego życiu. W każdej z takich sytuacji wymaga ono specjalnego, indywidualnego podejścia, które będzie uwzględniało jego możliwości, ale również ograniczenia.

Według M. Borkowskiej:

> [...] pod pojęciem NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI RUCHOWEJ rozumie się wszelkie zaburzenia w funkcjonowaniu narządu ruchu człowieka, które mogą być wywołane wieloma przyczynami, np. uszkodzeniami lub zaburzeniami czynności układu nerwowego, chorobami genetycznie uwarunkowanymi, wadami wrodzonymi, stanami pourazowymi lub innymi przyczynami, ale ich konsekwencją jest zawsze ograniczenie sprawności ruchowej[1].

Rodzajów niepełnosprawności ruchowej jest wiele, wynikają z różnorakich przyczyn i mają różne objawy.

DO NAJCZĘSTSZYCH PRZYCZYN MOŻNA ZALICZYĆ: mózgowe porażenie dziecięce, wrodzone wady cewy nerwowej, choroby nerwowo-mięśniowe, urazy czaszkowo-mózgowe, urazy kręgosłupa, choroby nowotworowe ośrodkowego układu nerwowego, choroby metaboliczne i inne.

1 M. Borkowska, *Niepełnosprawność ruchowa u dzieci* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, MENiS, Warszawa 2005, s. 9.

6.1. Podstawowe jednostki chorobowe powodujące niepełnosprawność ruchową

Mózgowe porażenie dziecięce

Do jednej z najczęstszych przyczyn niepełnosprawności ruchowej należy mózgowe porażenie dziecięce (mpdz). Częstość występowania mpdz w Polsce ocenia się na 1,5–3 na 1000 żywo urodzonych dzieci[2].

Według R. Michałowicza mózgowe porażenie dziecięce to

> [...] powstałe w czasie ciąży, porodu lub w okresie okołoporodowym niepostępujące zaburzenia czynności będącego w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza ośrodkowego neuronu ruchowego. Mpdz nie stanowi określonej jednostki chorobowej, lecz jest różnorodnym etiologicznie zespołem objawów chorobowych[3].

Jednak sama diagnoza „mózgowe porażenie dziecięce" niewiele mówi jeszcze nauczycielowi, który podejmuje pracę z dzieckiem. H. Kubiak zauważa, że

> [...] różnorodność etiologii, obrazu anatomopatologicznego, postaci mpdz i – co bardzo istotne – jego nasilenia pozwala jedynie na określenie obszarów rozwojowego ryzyka związanego z chorobą[4].

Dziecko z mpdz może więc być: osobą sprawną intelektualnie, mającą problemy głównie z narządem ruchu, osobą wielorako niepełnosprawną z zaburzeniami sensorycznymi, ze wzmożonym napięciem mięśniowym lub wręcz przeciwnie z wiotkością, która nie pozwala jej utrzymać właściwej pozycji, z ruchami mimowolnymi lub bez nich.

Trochę więcej informacji daje terapeutom wiedza na temat tego, jaką postać mpdz zdiagnozowano u dziecka. Istnieje wiele klasyfikacji porażenia mózgowego. Niektóre opierają się na lokalizacji uszkodzenia (postacie piramidowe, pozapiramidowe, móżdżkowe), określeniu typu zaburzeń ruchowych (np. typ spastyczny, atetotyczny, hipotoniczny, ataktyczny), na wskazaniu części ciała objętej porażeniem (np. monoplegia, hemiplegia, triplegia, diplegia, qadriplegia) lub czynnikach etiologicznych[5]. Jedną z najczęściej przytaczanych jest klasyfikacja opracowana przez T. Ingrama. Wyróżnił on sześć postaci mpdz:

---

2 R. Michałowicz, *Dziecko ryzyka. Mózgowe porażenie dziecięce* [w:] R. Michałowicz, S. Jóźwiak (red.), *Neurologia dziecięca*, Urban & Partner, Wrocław 2000, s. 99–104.

3 *Ibidem*, s. 101.

4 H. Kubiak, *Mózgowe porażenie dziecięce* [w:] A. Jakoniuk-Diallo, H. Kubiak (red.), *O co pytają rodzice dzieci z niepełnosprawnością?*, Difin, Warszawa 2010, s. 119.

5 M. Synder (red.), *Dziecko z porażeniem mózgowym. Poradnik dla rodziców i opiekunów*, Święty Paweł, Częstochowa 2002; K. Zabłocki, *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii*, Żak, Warszawa 1998.

– obustronny niedowład kurczowy (diplegia),
– niedowład połowiczy (hemiplegia),
– obustronny niedowład połowiczy (hemiplegia bilateralis),
– postać pozapiramidowa (dyskineza, atetoza),
– postać móżdżkowa (ataksja),
– postacie mieszane[6].

Obustronny niedowład kurczowy wiąże się głównie z patologią okołoporodową i niską masą urodzeniową dziecka i charakteryzuje się większym nasileniem zmian w kończynach dolnych niż górnych. U małego dziecka, pomimo prawidłowych ruchów głowy i kończyn górnych, widoczna jest zmniejszona ruchliwość nóg. Charakterystyczne jest ustawienie ich w przywiedzeniu. Dziecko ma tendencję do stawania na palcach lub na ugiętych kolanach i przywiedzionych nogach albo uginania bioder podczas prostowania kolan. W zależności od nasilenia spastyczności z opóźnieniem rozwijają się funkcja stania i chodzenia. Mogą się one pojawić między 2. a 4. rokiem życia, ale spotyka się dzieci, u których spastyczność jest tak wielka, że nie są one w stanie nauczyć się samodzielnego chodzenia[7].

Niedowład połowiczy obserwuje się w około 30% przypadków mpdz. U dzieci występują niedowłady kurczowe po jednej stronie ciała. Rozpoznanie tej postaci następuje najczęściej między 3. a 5. miesiącem życia, kiedy widoczne są już charakterystyczne objawy: dziecko trzyma zawsze jedną rękę zaciśniętą w pięść, nie umie przesunąć jej do linii środkowej, nadgarstek jest przywiedziony i jakby schowany w dłoni, istnieje tendencja do przechylania się na jedną stronę. Po 5.–8. roku życia mogą się pojawić ruchy atetotyczne. Z wiekiem widoczne jest upośledzenie wzrostu niedowładnych kończyn. To powoduje, że u dzieci z niedowładem połowiczym jednostronnym łatwo postępują skrzywienie kręgosłupa, a także nierówność w ustawieniu barków. Pomimo tego dzieci z tą postacią osiągają zwykle zdolność samodzielnego chodzenia[8].

U dzieci z obustronnym niedowładem połowiczym uszkodzenia mózgu są często rozległe i rozsiane. Objawy chorobowe dotyczą wszystkich czterech kończyn, ale większe nasilenie zmian występuje w kończynach górnych, które są w przywiedzeniu, z nadgarstkami zgiętymi i kciukami schowanymi w dłoni. Kończyny dolne są zwykle zgięte, odwiedzione i w bezruchu, a około 6.–8. mie-

6 R. Michałowicz, *Dziecko ryzyka...*, *op. cit.*, s. 99–104.
7 M. Loska, *Uczniowie z mózgowym porażeniem dziecięcym. Osiągnięcia edukacyjne*, WSiP, Warszawa 2005; Z. Kułakowska, *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu*, Folium, Lublin 2003; M. Synder (red.), *Dziecko...*, *op. cit.*
8 M. Loska, *Zespół mózgowego porażenia dziecięcego* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością...*, *op. cit.*, s. 45–53; R. Michałowicz, *Dziecko ryzyka...*, *op. cit.*, s. 99–104.

siąca życia dziecka pojawia się zgięcie podeszwowe stóp[9]. Wiele dzieci z tą postacią mpdz nie opanowuje zdolności utrzymania pozycji stojącej. Do najważniejszych czynników utrudniających im rozwój umiejętności ruchowych należą: wzmożone napięcie mięśniowe w kończynach, przy równoczesnym osłabieniu napięcia w osi głowa – tułów, ograniczenia występujące przy ruchach dowolnych, przetrwałe odruchy toniczne, takie jak: toniczne szyjne, chwytania, reakcja cofania. Na przykład pochylenie głowy do przodu powoduje zgięcie kończyn górnych i wyprost dolnych, natomiast odchylenie jej do tyłu – wyprost górnych przy zgięciu dolnych za powodu utrzymującego się odruchu tonicznego szyjnego[10]. Z powodu porażenia mięśni twarzy, połykania oraz języka dzieci mają często ubogą mimikę, trudności w zamykaniu ust, w ssaniu, a potem w jedzeniu. Każde dotknięcie warg powoduje wyzwolenie przetrwałego i nadmiernie wyrażonego odruchu ssania. Mowa rozwija się z opóźnieniem, a poziom umysłowy w tej grupie jest zwykle niski[11].

Opisane powyżej postacie są wynikiem uszkodzenia dróg korowo-rdzeniowych (piramidowych), które odpowiadają za powstawanie ruchów dowolnych. Symptomami ruchowymi są tu przede wszystkim: wzmożone napięcie mięśniowe, obecność niektórych odruchów patologicznych, wybiórczy brak odruchów dowolnych, przykurcze mięśniowe, zaburzenie czynności czuciowych[12].

Inny obraz kliniczny prezentuje dziecko z postacią pozapiramidową, kiedy uszkodzeniu ulegają drogi pozapiramidowe. Jedną z charakterystycznych cech stanowi tutaj zmienność napięcia mięśniowego, które podczas idealnego rozluźnienia (np. we śnie) jest zazwyczaj obniżone, jednak każdy bodziec dopływający z zewnątrz, np. dźwięk, dotyk, ruch, może spowodować nagły jego wzrost aż do uogólnionej sztywności ciała. Z powodu dyskinezy mięśni artykulacyjnych częste są zaburzenia mowy pod postacią dysartrii[13]. W tym przypadku występują również różnego rodzaju ruchy mimowolne, które ograniczają rozwój funkcji lokomocyjnych i manipulacyjnych. Mogą to być: ruchy atetotyczne, dotyczące najczęściej rąk, kiedy nadmiernie wyprostowane palce rąk ułożone w niezwykły sposób, przemieszczają się powolnym ruchem, ruchy pląsawicze – szybkie, nieskoordynowane wyrzuty kończyn, lub ruchy dystoniczne, obejmujące głównie mięśnie pasa barkowego i miednicy. Możliwości poznawcze tej grupy dzieci są na

---

9 Z. Kułakowska, *Wczesne uszkodzenie...*, *op. cit.*; R. Michałowicz, *Definicja, obraz kliniczny, podział* [w:] R. Michałowicz (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce*, WL PZWL, Warszawa 2001, za: M. Loska, *Zespół mózgowego porażenia...*, *op. cit.*, s. 45–53.

10 R. Michałowicz, *Definicja...*, *op. cit.*

11 M. Synder (red.), *Dziecko...*, *op. cit.*

12 A. Ferrari, S. Alboresi, *Guide to the interpretation cerebral palsy* [w:] A. Ferrari, G. Cioni, *The spastic forms of cerebral palsy*, Springer, Milan 2010, s. 17–31; R. Michałowicz, *Dziecko ryzyka...*, *op. cit.*, s. 99–104.

13 Z. Kułakowska, *Wczesne uszkodzenie...*, *op. cit.*; M. Synder (red.), *Dziecko...*, *op. cit.*

ogół wysokie, ale dość często występują u nich zaburzenia emocjonalne, wynikające z uszkodzenia struktur limbicznych, oraz niedosłuch lub głuchota[14].

Postać móżdżkowa porażenia mózgowego związana jest z uszkodzeniem struktury mózgowia nazywanej móżdżkiem, która bierze pośredni udział w utrzymaniu równowagi i koordynacji czynności mięśni. U dzieci z tym rodzajem mpdz występują zwykle:
– zaburzenia równowagi;
– trudności w koordynacji ruchów;
– niezborność ruchu i postawy, uniemożliwiające utrzymanie prostej pozycji stojącej i chodzenie po linii prostej;
– niemożność zahamowania ruchu w dowolnym momencie;
– drżenie zamiarowe[15].

Oprócz objawów motorycznych u dziecka dość często pojawiają się oczopląs oraz dysartia ataktyczna, mająca charakter mowy skandowanej. Chociaż rozwój umysłowy jest najczęściej prawidłowy, zaburzenia ruchu i mowy poważnie utrudniają wykonywanie czynności życia codziennego i często uniemożliwiają podjęcie nauki szkolnej[16].

Jak widać, każda z wymienionych wyżej postaci wykazuje dużą różnorodność objawów i zaburzeń. Co więcej, jak podkreśla Z. Łosiowski, w codziennej praktyce spotyka się dzieci, które mają objawy więcej niż jednej postaci. Są to tzw. postacie mieszane. Mogą one dawać jeszcze bardziej niejednorodny i skomplikowany obraz dziecka z mpdz[17].

Pracę z dzieckiem z mpdz jeszcze bardziej utrudnia fakt, że chociaż zgodnie z definicją główną cechą mózgowego porażenia dziecięcego są zaburzenia ruchowe, nie są to jedyne, a w niektórych przypadkach nawet nie najważniejsze nieprawidłowości występujące u dzieci z mpdz, ponieważ w większości wypadków towarzyszy im wiele zaburzeń współwystępujących[18]. Zdarzają się nawet dzieci, u których jedno z nich, np. epilepsja czy niepełnosprawność intelektualna, dominuje wśród objawów klinicznych. Zatem nauczyciel czy terapeuta podejmujący pracę z dzieckiem, oprócz jego ograniczeń ruchowych, musi również brać pod uwagę możliwe utrudnienia wynikające z zaburzeń towarzyszących, do których

---

14 J. Czochańska, *Objawy mózgowego porażenia dziecięcego* [w:] Z. Łosiowski (red.), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo*, cz. 1: *Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne*, WSiP, Warszawa 1997, za: M. Loska, *Zespół mózgowego porażenia*..., *op. cit.*, s. 45–53; Z. Kułakowska, *Wczesne uszkodzenie*..., *op. cit.*; M. Synder (red.), *Dziecko*..., *op. cit.*

15 M. Borkowska, *Uwarunkowania rozwoju ruchowego i jego zaburzenia w mózgowym porażeniu dziecięcym*, Zaułek, Warszawa 2001, za: M. Loska, *Zespół mózgowego porażenia*..., *op. cit.*, s. 45–53.

16 Z. Kułakowska, *Wczesne uszkodzenie*..., *op. cit.*; R. Michałowicz, *Dziecko ryzyka*..., *op. cit.*, s. 99–104.

17 Za: M. Loska, *Zespół mózgowego porażenia*..., *op. cit.*, s. 45–53.

18 A. Ferrari, S. Alboresi, *Guide*..., *op. cit.*, s. 17–31.

należą: zaburzenia wzroku, słuchu czy mowy, epilepsja, niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia w zachowaniu czy deficyty fragmentaryczne[19]. Niektóre z nich mają charakter pierwotny, czyli wynikają bezpośrednio z uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Inne natomiast są raczej konsekwencją trudności, z jakimi spotyka się dziecko w czasie swojego rozwoju, a więc mają charakter wtórny[20]. Zwykle jednak nakładają się na siebie i wraz z dysfunkcjami motorycznymi tworzą bardzo skomplikowany obraz niepełnosprawności, który musi zostać uwzględniony przez nauczyciela planującego pracę z dzieckiem.

Zgodnie z definicją:

> Mpdz nie stanowi określonej jednostki chorobowej, lecz jest różnorodnym etiologicznie zespołem objawów chorobowych[21].

– Dziecko z mpdz może więc być: osobą sprawną intelektualnie, mającą problemy głównie z narządem ruchu, osobą wielorako niepełnosprawną z zaburzeniami sensorycznymi, ze wzmożonym napięciem mięśniowym lub wręcz przeciwnie z wiotkością, która nie pozwala jej utrzymać właściwej pozycji, z ruchami mimowolnymi lub bez nich.
– Do przygotowania odpowiedniego programu nauczania konieczna jest znajomość postaci mpdz i zaburzeń współwystępujących, do których należą: zaburzenia wzroku, słuchu czy mowy, epilepsja, niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia w zachowaniu czy deficyty fragmentaryczne.

Wrodzone wady cewy nerwowej

Inną grupą zaburzeń prowadzących do niepełnosprawności ruchowych są wrodzone wady cewy nerwowej, takie jak: rozszczep kręgosłupa, przepuklina oponowa, przepuklina oponowo-rdzeniowa. Do głównych przyczyn należą tu: czynniki genetyczne, zakażenia wewnątrzmaciczne, choroby metaboliczne matki, toksyny i niektóre leki. Częstość występowania wad cewy nerwowej jest bardzo wysoka i wynosi 2,68 na 1000 urodzeń[22]. Chociaż w ostatnich latach obserwuje się spadek ich występowania, w Polsce każdego roku rodzi się 500–700 dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową[23].

---

19 M. Loska, *Uczniowie...*, *op. cit.*
20 A. Ferrari, S. Alboresi, *Guide...*, *op. cit.*, s. 17–31; R. Michałowicz, *Dziecko ryzyka...*, *op. cit.*, s. 99–104.
21 R. Michałowicz, *Dziecko ryzyka...*, *op. cit.*, s. 101.
22 E. Matuszczak, W. Dębek, A. Hermanowicz, M. Oksiuta, E. Dzienis-Koronkiewicz, *Metody usprawniania i rehabilitacji dzieci urodzonych z przepukliną oponowo-rdzeniową*, „Neurologia Dziecięca" 2012, t. 21, nr 43, s. 59–63; B. Schmidt-Sidor, *Wady wrodzone ośrodkowego układu nerwowego* [w:] Z. Łosiowski (red.), *Dziecko niepełnosprawne...*, *op. cit.*, s. 35–42.
23 B. Skórzak, *Rozszczep kręgosłupa i przepuklina oponowo-rdzeniowa* [w:] M. Borkowska (red.), *Dziecko z niepełnosprawnością ruchową. Jak wspomagać rozwój psychoruchowy*, WL PZWL, Warszawa 2012, s. 116–130.

Najlżejszą postacią w tej grupie jest rozszczep kręgosłupa, czyli brak złączenia łuków kręgowych. Często nie daje on żadnych objawów. Rozwój dziecka z przepukliną oponową również zwykle przebiega prawidłowo, ponieważ w większości przypadków rdzeń kręgowy i korzenie rdzeniowe mają prawidłową budowę[24]. Konieczny jest szybki zabieg operacyjny, podobnie jak przy przepuklinie oponowo-rdzeniowej, która jednak – pomimo operacji – ma często dużo poważniejsze konsekwencje dla rozwoju dziecka. Dochodzi do uwypuklenia się worka przepuklinowego przez niespojony łuk, w wyniku czego następuje uszkodzenie dróg nerwowych i narządy znajdujące się w obszarze unerwienia uszkodzonych fragmentów rdzeniowych nie mają odpowiedniego unerwienia wegetatywnego, czuciowego i ruchowego[25]. Według B. Skórzak do głównych następstw przepukliny oponowo-rdzeniowej należą:

> [...]
> – różnego stopnia niedowłady lub porażenia mięśni nóg, niekiedy także tułowia,
> – zniesienie czucia i zaburzenia odżywcze w porażonych częściach ciała,
> – zaburzenia czynności przewodu pokarmowego i układu moczowego[26].

Możliwości ruchowe zależą od wysokości wystąpienia rozszczepu – im wyżej jest on umiejscowiony, tym większe zaburzenia. Niektóre dzieci odpowiednio zaopatrzone ortopedycznie chodzą z pomocą, ale wiele z nich korzysta z wózka inwalidzkiego. Dużym problemem dla dzieci z tą wadą są zaburzenia prawidłowego funkcjonowania zwieraczy odbytu oraz czynności pęcherza moczowego. Dotyczą one zdolności odczuwania potrzeby oddania moczu lub stolca, a także możliwości dowolnego ich wydalania i powstrzymywania. Dochodzi do nietrzymania moczu i stolca oraz częstych infekcji dróg moczowych[27].

Rozwój umysłowy dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową jest najczęściej prawidłowy – u 70% poziom IQ przekracza 80. Pomimo tego pracujący z nimi nauczyciel może się spotkać z wieloma problemami, ponieważ prawie u wszystkich występują trudności w mówieniu i zaburzenia poznawcze[28].

---

24 I. Herman-Sucharska, P. Bożek, A. Bryll, *Wady rozszczepowe kręgosłupa – od diagnostyki do terapii*, „Przegląd Lekarski" 2013, nr 5(70), s. 344–350; E. Matuszczak, W. Dębek, A. Hermanowicz, M. Oksiuta, E. Dzienis-Koronkiewicz, *Metody usprawniania...*, *op. cit.*, s. 59–63.

25 M. Borkowska, *Najczęstsze schorzenia powodujące niepełnosprawność ruchową u dzieci i najczęściej stosowane pomoce ortopedyczne* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością...*, *op. cit.*, s. 16–24; I. Herman-Sucharska, P. Bożek, A. Bryll, *Wady rozszczepowe...*, *op. cit.*, s. 344–350.

26 B. Skórzak, *Rozszczep kręgosłupa...*, *op. cit.*, s. 120.

27 *Ibidem*.

28 I. Herman-Sucharska, P. Bożek, A. Bryll, *Wady rozszczepowe...*, *op. cit.*, s. 344–350.

Choroby nerwowo-mięśniowe

Niepełnosprawność ruchowa może być również spowodowana przez choroby nerwowo-mięśniowe, do których należą:
– choroby pierwotnie mięśniowe – dystrofie, miopatie;
– choroby nerwów obwodowych – neuropatie;
– choroby komórek ruchowych rdzenia kręgowego – rdzeniowy zanik mięśni[29].

Są one najczęściej uwarunkowane genetycznie i dzielą się na różne postacie, w zależności od postaci klinicznych, wieku, w którym się pojawiają, i rodzaju zmian w mięśniach[30].

Większość chorób nerwowo-mięśniowych ma podobne objawy, takie jak:
– wiotkość mięśni;
– osłabienie siły mięśniowej;
– zanik mięśni różnego stopnia i dotyczący różnych grup mięśni w zależności od typu dystrofii;
– przykurcze, które powodują ograniczenia ruchomości w stawach;
– bóle i skurcze mięśni pojawiające się czasami, najczęściej po wysiłku[31].

Do najczęstszych chorób nerwowo-mięśniowych należy dystrofia mięśniowa Duchenne'a (DMD). Jej zachorowalność określa się na 1 : 3600 żywo urodzonych chłopców. Jest ona dziedziczona w sposób recesywny sprzężony z płcią. Chorują na nią tylko chłopcy, a nosicielami są kobiety[32]. Chociaż choruje się na nią od urodzenia, jej objawy zaczynają być widoczne zwykle wówczas, gdy dziecko zaczyna samodzielnie chodzić – gorzej biega, często się przewraca, wstaje z trudnością. Około 3.–4. roku życia chód staje się kołyszący i obserwuje się przerost łydek. Stopniowo zmienia się postawa dziecka – uwypukla się brzuch, pogłębia się lordoza lędźwiowa. Potem pojawia się osłabienie kończyn górnych. Postęp choroby doprowadza do konieczności korzystania z wózka inwalidzkiego[33]. M. Borkowska[34] uważa, że u większości dzieci z tą chorobą rozwój umysłowy nie odbiega od normy, chociaż według A. Kostery-Pruszczyk, A. Radwańskiej i B. Ryniewicz u 40–60% stwierdza się niepełnosprawność intelektualną, która powoduje trudności w nauce[35].

---

29 B. Ryniewicz, *Choroby nerwowo-mięśniowe* [w:] Z. Łosiowski (red.), *Dziecko niepełnosprawne...*, *op. cit.*, s. 43–60.
30 A. Kostera-Pruszczyk, A. Radwańska, B. Ryniewicz, *Dystrofie mięśniowe*, WL PZWL, Warszawa 2010.
31 *Ibidem*.
32 M. Borkowska, *Najczęstsze schorzenia...*, *op. cit.*, s. 16–24; S. Jóźwiak, *Choroby nerwowo-mięśniowe* [w:] R. Michałowicz, S. Jóźwiak (red.), *Neurologia...*, *op. cit.*, s. 205–223.
33 A. Kostera-Pruszczyk, A. Radwańska, B. Ryniewicz, *Dystrofie mięśniowe*, *op. cit.*
34 M. Borkowska, *Najczęstsze schorzenia...*, *op. cit.*, s. 16–24.
35 A. Kostera-Pruszczyk, A. Radwańska, B. Ryniewicz, *Dystrofie mięśniowe*, *op. cit.*

Innym przykładem choroby nerwowo-mięśniowej jest rdzeniowy zanik mięśni (SMA). To również choroba uwarunkowana genetycznie. Jej występowanie ocenia się na od 1 : 6 000 do 1 : 10 000 żywo urodzonych dzieci[36]. Może ona występować w różnych postaciach – od ostrej (choroba Werdniga–Hoffmana), która kończy się śmiercią w pierwszych latach życia, do łagodnej (choroba Kugelberga–Welander), w której występuje znaczny deficyt ruchowy, ale chorzy zachowują zdolność poruszania się nawet do późnego wieku. W przypadku pośredniej postaci SMA dziecko rodzi się pozornie zdrowe. Objawy pojawiają się w pierwszych latach życia. Widoczna jest mniejsza sprawność ruchowa, stopniowo pojawiają się skrzywienie kręgosłupa, deformacja klatki piersiowej, przykurcze w stawach kolanowych i łokciowych, zanik mięśni ksobnych. Rozwój umysłowy we wszystkich postaciach jest prawidłowy[37].

Niepełnosprawność ruchowa dziecka może być spowodowana przez wiele innych schorzeń lub urazów, m.in.: przez urazy czaszkowo-mózgowe, urazy kręgosłupa, choroby nowotworowe ośrodkowego układu nerwowego, choroby metaboliczne, choroby reumatoidalne, jałowe martwice kości, amputacje[38]. Chociaż mają one różne przyczyny i objawy, wszystkie powodują znaczne utrudnienia w rozwoju dziecka i wymagają od nauczyciela oraz terapeuty specjalnego podejścia w nauczaniu i terapii.

6.2. Specyfika nauczania dziecka z niepełnosprawnością ruchową

Niepełnosprawność ruchowa i związane z nią zaburzenia sprawiają, że dziecko ma ograniczone możliwości zdobywania doświadczeń poznawczych i społecznych oraz rozwijania aktywności. Jak podkreślają M. Loska i D. Myślińska,

> [...] rolą osób i instytucji opiekujących się dzieckiem niepełnosprawnym jest stworzenie takich warunków do rozwoju, by niwelować skutki niepełnosprawności. Polega to na odpowiednim przystosowaniu najbliższego otoczenia, doborze właściwego oprzyrządowania i takiej organizacji kształcenia, by dziecko jak najpełniej mogło wykorzystać i rozwinąć swój potencjał[39].

Pracując z dzieckiem, należy uwzględnić to, że jego rozwój emocjonalno-społeczny może być zakłócony przez częste hospitalizacje, doświadczanie bólu,

36 M.T.C. Baioni, C.R. Ambiel, *Spinal muscular atrophy: Diagnosis, treatment and future prospects*, „Jornal de Pediatria" 2010, 86(4), s. 261–270.

37 S. Jóźwiak, *Choroby...*, *op. cit.*, s. 205–223; M.T.C. Baioni, C.R. Ambiel, *Spinal muscular...*, *op. cit.*, s. 261–270; B. Ryniewicz, *Choroby...*, *op. cit.*, s. 43–60.

38 M. Borkowska, *Najczęstsze schorzenia...*, *op. cit.*, s. 16–24.

39 M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością...*, *op. cit.*, s. 3.

dodatkowe zajęcia terapeutyczne, ograniczające czas, który dziecko mogłoby poświęcić na zabawę i kontakty z rówieśnikami. Częstym problemem są trudności w komunikacji, a brak zaspokojenia podstawowych potrzeb może prowadzić do zaburzeń zachowania. Pomimo tak wielu utrudnień każdy uczeń z niepełnosprawnością ruchową posiada wiele mocnych stron, które powinny stanowić podstawę opracowania skutecznego programu nauczania i wychowania.

6.3. Dobór właściwego stanowiska pracy

Przygotowanie uczniowi z niepełnosprawnością ruchową odpowiedniego miejsca do nauki jest jednym z najważniejszych zadań. Nie chodzi tylko o samo stanowisko pracy, ale o całą salę. Powinna być ona dość duża i przestrzenna, aby dziecko poruszające się na wózku inwalidzkim lub za pomocą sprzętu ortopedycznego mogło się swobodnie przemieszczać. Ważne jest właściwe oświetlenie światłem naturalnym. Znaczenie mają też kolory ścian i motywy dekoracyjne – zbyt duża ich liczba, intensywne barwy powodują rozpraszanie ucznia i zakłócają procesy spostrzegania[40].

Stanowisko nauki ucznia powinno być przygotowane zgodnie z zaleceniami rehabilitanta. Przede wszystkim musi ono dawać dziecku poczucie bezpieczeństwa i umożliwić utrzymanie jak najbardziej prawidłowej pozycji. Ważne jest, aby siedzisko miało odpowiednią głębokość i wysokość oraz zapewniało oparcie stóp na podłożu. Czasami powinno być wyposażone w klin, gąbki stabilizujące postawę, a w przypadku niektórych dzieci – nawet w pasy utrzymujące tułów[41].

Innym istotnym elementem stanowisk pracy są odpowiednio dostosowane stoliki – ławki lub blaty montowane do siedziska. Powinny się one znajdować na wysokości dopasowanej do potrzeb dziecka i mieć odpowiednią wielkość. Dla niektórych uczniów konieczne jest zamontowanie uchwytów, mat antypoślizgowych i ograniczników, zabezpieczających pomoce czy przybory przed spadaniem[42].

Czasami zachodzi konieczność zapewnienia dziecku pozycji leżącej, np. na brzuchu na klinie lub na plecach z wałkiem pod nogami. Jak podkreśla M. Loska,

> [...] przyjąć należy zasadę, że najlepsza jest taka pozycja do nauki, która zapewnia celową i w miarę wydajną pracę rąk pod kontrolą wzroku oraz nie utrwala patologicznych wzorców ułożenia[43].

---

40 M. Loska, D. Myślińska, *Dobór właściwego stanowiska do nauki* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością...*, *op. cit.*, s. 68–71; M. Loska, *Uczniowie...*, *op. cit.*

41 M. Loska, *Uczniowie...*, *op. cit.*

42 *Ibidem*.

43 M. Loska, D. Myślińska, *Dobór właściwego stanowiska...*, *op. cit.*, s. 76.

6.4. Dostosowanie programu i pomocy dydaktycznych

Niestety większość podręczników, kart pracy, pomocy dydaktycznych nie jest dostosowana do dużej grupy dzieci z niepełnosprawnością ruchową. Chodzi tu przede wszystkim o uczniów z cięższymi uszkodzeniami oun, zaburzeniami percepcji wzrokowej, słuchowej, małą sprawnością manualną.

Pomoce przygotowane przez nauczyciela muszą uwzględniać możliwości i ograniczenia dziecka. Dobrze, aby elementy do manipulacji były odpowiedniej wielkości lub nawet zostały zaopatrzone w uchwyty ułatwiające ich trzymanie. Poszczególne fragmenty pomocy dydaktycznych powinny kontrastować z tłem, na którym są eksponowane, i – jeśli to możliwe – również pomiędzy sobą. Wszystkie oznakowania muszą być wyraźne, aby dobrze wyodrębniały się z tła. Ważny jest również dobór odpowiednich przyborów – grube ołówki, flamastry ułatwiające utrzymanie ich w dłoni lub wyposażone w specjalne nakładki, używanie oddzielnych kartek A4 zamiast zeszytów. Karty pracy powinny być dostosowane do wielkości pola widzenia i zakresu ruchów rąk. Ułatwieniem może być umieszczanie pola przeznaczonego do wypełniania w określonym dla konkretnego ucznia miejscu karty i regulacja liczby ćwiczeń znajdujących się na jednej karcie. Również szerokość linii do pisania ręcznego powinna być dostosowana indywidualnie. W przypadku niektórych dzieci, zwłaszcza z mpdz, należy zaakceptować fakt, że samodzielne ręczne pisanie nie będzie możliwe i od samego początku wprowadzać pisanie na komputerze z odpowiednio dostosowaną klawiaturą[44].

Nauczyciel musi się również liczyć z tym, że dzieci z niepełnosprawnością ruchową będą miały duże trudności z opanowaniem matematyki. Dysfunkcje motoryczne utrudniają im często poznanie własnego ciała i eksplorację otoczenia. Zwykle z opóźnieniem osiągają dojrzałość myślenia na poziomie operacji konkretnych i mają problem z rozumieniem zależności przyczynowo-skutkowych. W tej grupie uczniów nauka matematyki musi się rozpocząć od uzupełnienia braków w zakresie znajomości schematu własnego ciała, organizacji przestrzeni, pojęć wielkości i czasu[45]. Ważną regułą na lekcjach powinno być stosowanie czynności konkretnych, obserwacji i doświadczeń, a także wiązanie wiadomości z matematyki z problemami życia codziennego, łączenie geometrii z algebrą, co daje uczniowi okazję do wykonywania różnorodnych czynności – obliczania,

---

44 M. Loska, D. Myślińska, *Dobór właściwego stanowiska...*, *op. cit.*; M. Loska, *Uczniowie...*, *op. cit.*

45 K.M. Jenks, J. de Moor, E.C.D.M. van Lieshout, *Arithmetic difficulties in children with cerebral palsy are related to executive function and working memory*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry" 2009, 50(7), s. 824–833; M. Loska, *Uczniowie...*, *op. cit.*

porównywania, szacowania, przewidywania itp. Konieczne jest dopasowanie tempa pracy i stopnia trudności do możliwości psychoruchowych dziecka[46].

Zasada dostosowania treści, metod i form nauczania do dziecka z niepełnosprawnością ruchową dotyczy wszystkich przedmiotów. Wymaga to od nauczyciela wiedzy na temat możliwości i ograniczeń ucznia, a także dużej kreatywności, ponieważ większość dostępnych pomocy dydaktycznych będzie potrzebowała modyfikacji. Pomocą mogą być komputery, tablety z programami przeznaczonymi do edukacji dziecka niepełnosprawnego, które coraz częściej pojawiają się na rynku.

6.5. Wspieranie porozumiewania się – alternatywne formy komunikacji

Jednym z największych problemów uczniów z niepełnosprawnością ruchową mogą być utrudnienia w komunikacji. Dotyczy to zwłaszcza dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, u których często występują różnego rodzaju zaburzenia mowy. Niektóre dysfunkcje są pochodzenia centralnego, przyczyną innych jest uszkodzenie dróg unerwiających obwodową część narządu mowy. Czasami są one związane ze złym funkcjonowaniem wykonawczego ruchowego aparatu mowy, tzn. nieprawidłowym oddychaniem, niedowładami lub porażeniami strun głosowych, niewłaściwym funkcjonowaniem warg i języka, niedowładami podniebienia miękkiego, dystonicznymi ruchami gardła i języka[47]. Utrudnia to dzieciom kontaktowanie się z innymi, a – jak zauważa M. Grycman[48] –

> [...] porozumiewanie się wpływa na jakość naszej egzystencji. Nasza tożsamość jest zależna od rodzajów kontaktów z innymi ludźmi i sposobu, w jaki się porozumiewamy. Obraz samego siebie kształtuje się w oparciu o relacje ja – ja, ja – otoczenie oraz ja – rodzina. Funkcjonowanie osoby, a w szczególności osoby niepełnosprawnej niemówiącej, jej percepcja świata, społeczny odbiór, a nawet tożsamość w dużym stopniu zależą od używanego przez nią języka[49].

---

46 G. Olczyk, *Uczeń niepełnosprawny na lekcjach matematyki* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością...*, *op. cit.*, s. 148–149.

47 M. Dąmbska, *Zaburzenia mowy u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym* [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowa (oprac.), *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*, DiG, Warszawa 1997, s. 11–16; E. Minczakiewicz, *Rozwój umiejętności komunikacyjnych u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w kompleksowych oddziaływaniach terapeutycznych* [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowa (oprac.), *Mózgowe porażenie...*, *op. cit.*, s. 54–71.

48 M. Grycman, *Być sprawcą* [w:] M. Grycman, A. Smyczek (red.), *Wiem, czego chcę! Doświadczenia polskich terapeutów i użytkowników wspomagających sposobów porozumiewania się (AAC)*, Stowarzyszenie „Mówić bez Słów", Kraków 2004.

49 *Ibidem*, s. 23.

Wprowadzanie form alternatywnej i wspomagającej komunikacji (Augmentative and Alternative Communication, AAC) jest więc jednym z najważniejszych zadań nauczyciela, który dzięki temu zapobiegnie powstawaniu wielu zaburzeń natury emocjonalnej i społecznej, uzyska możliwość efektywnego nauczania, jak również sprawdzania przyswojonej przez dziecko wiedzy. A. Smyczek[50] uważa, że dla osób, które nigdy nie mówiły, nauka czytania i pisania to ogromne wyzwanie. Wprowadzanie alternatywnych form komunikacji może być tu ułatwieniem, ponieważ metodyka AAC dysponuje wieloma technikami, które kształtują umiejętności potrzebne do opanowywania czytania i pisania, np. budowanie sekwencji znaków czy sposoby pracy z książką (czytanie uczestniczące)[51].

Dobór formy komunikacji zależy od potrzeb ucznia. S. von Tetzchner[52] dzieli osoby, którym potrzebne jest wspomaganie komunikacji, na trzy grupy, biorąc pod uwagę funkcję, jaką ma pełnić system alternatywny. Do pierwszej, zwanej grupą języka ekspresyjnego, należą ludzie, u których występuje rozdźwięk pomiędzy rozumieniem a ekspresją słowną. Można do niej zaliczyć dużą grupę uczniów z porażeniem mózgowym, którzy często dość dobrze rozumieją mowę, ale mają problemy z artykulacją dźwięków. Potrzebują oni sposobu ekspresji, którego będą używali przez całe życie w wielu sytuacjach. W drugiej grupie – wsparcia językowego – znajdą się osoby potrzebujące systemu komunikacji do nabywania języka lub uczenia się mowy na nowo, np. po wypadkach lub operacjach, w tym uczniowie, dla których komunikacja alternatywna nie jest główną formą porozumiewania się, ale potrzebują oni wsparcia w nowych sytuacjach, wśród nieznanych osób. Trzecia grupa – języka alternatywnego – uwzględnia osoby, które używają mowy i rozumieją ją w małym stopniu lub nie posługują się nią wcale. System komunikacji ma tutaj być główną formą porozumiewania się[53].

Pierwszym etapem opracowywania systemu komunikacji dla ucznia jest więc ocena jego potrzeb komunikacyjnych. Powinna ona polegać na określeniu priorytetów i wskazaniu umiejętności, które mogą być wyrobione jako pierwsze. Trzeba uwzględnić również: ocenę środowiska komunikacyjnego, ocenę zdolności poznawczych i językowych, zagadnień dotyczących pozycji (tym obszarem potrzeb najczęściej zajmują się rehabilitanci), zdolności ruchowych oraz badanie umiejętności wzrokowych[54].

---

50 A. Smyczek, *Otwieranie świata liter* [w:] M. Grycman, A. Smyczek (red.), *Wiem, czego chcę!...*, *op. cit.*

51 *Ibidem*, s. 107–119.

52 Za: M. Grycman, *Być sprawcą*, *op. cit.*

53 Z. Gryszka-Męrek, *Wprowadzenie alternatywnych i wspomagających metod komunikacji u dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym* [w:] O. Przybyla (red.), *Logopedia Silesiana*, t. 1, Wyd. UŚ, Katowice 2012, s. 140–158; M. Grycman, *Być sprawcą*, *op. cit.*, s. 23–32.

54 M. Grycman, *Dom na nowo malowany*, Wyd. „Edition 2000", Kraków 2006, za: Z. Gryszka-Męrek, *Wprowadzenie alternatywnych...*, *op. cit.*, s. 140–158.

Do najczęściej stosowanych systemów komunikacji można zaliczyć:
– symbole PCS,
– symbole Blissa,
– piktogramy (Piktogram Ideogram Communication – PIC),
– gesty,
– różnego rodzaju rysunki, obrazki, zdjęcia[55].

Wybór odpowiedniego systemu komunikacji zależy od wielu czynników i ma indywidualny charakter. Istnieją jednak pewne zasady uniwersalne, ustalone na podstawie wieloletnich doświadczeń praktyków. Ważne jest jak najwcześniejsze wspieranie rozwoju mowy dziecka poprzez zastosowanie wspomagających sposobów porozumiewania się. Zapewnienie uczniowi indywidualnych zajęć komunikacji prowadzonych przez specjalistę AAC ułatwi zbudowanie i rozwijanie systemu komunikacji alternatywnej. Stwarzanie sytuacji komunikacyjnych jest istotnym zadaniem nauczyciela i terapeuty. Uczeń powinien mieć zawsze możliwość szybkiego przekazania najważniejszych dla niego informacji poprzez dostęp do PCS-ów, piktogramów lub urządzeń odtwarzających mowę, np. BIG MAC, Step-by-Step. Aby dziecko niemówiące mogło brać aktywny udział w zajęciach, korzystne byłoby zapewnienie mu osobistego asystenta. Mógłby on pomagać uczniowi w przewracaniu stron w osobistej książce do komunikacji, odczytywać głośno komunikat nadany przez dziecko, pomagać mu włączać się w normalny rytm zajęć. Doświadczenie pokazuje, że dziecko z niepełnosprawnością ruchową i dodatkowo zaburzoną mową bez asystenta często staje się biernym obserwatorem i słuchaczem, co nie sprzyja jego pełnemu rozwojowi[56].

6.6. Współpraca z rodzicami ucznia niepełnosprawnego ruchowo

Współpraca z rodzicami ucznia z niepełnosprawnością ruchową jest jednym z najważniejszych zadań nauczyciela i całego zespołu specjalistów zajmujących się dzieckiem. Program takiej współpracy powinien zostać szczegółowo zaplanowany i systematycznie realizowany. Celem ma być zdobywanie i dostarczanie wiedzy na temat rozwoju dziecka, jego możliwości i ograniczeń, metod wychowawczych. Wiele wiadomości koniecznych do opracowania programu edukacji pochodzi od rodziców/opiekunów, którzy najlepiej znają swoje dzieci. Chodzi również o to, aby rodzic/opiekun nabył odpowiednich umiejętności, koniecznych

55 Z. Gryszka-Męrek, *Wprowadzenie alternatywnych...*, *op. cit.*, s. 140–158.
56 A. Lechowicz, *Wspieranie porozumiewania się ucznia niepełnosprawnego ruchowo z zaburzeniami mowy metodami komunikacji niewerbalnej* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością...*, *op. cit.*, s. 85–93.

do właściwego stosowania metod wychowawczych, podejmowania interwencji w sytuacjach trudnych. Proponując rodzicom konkretne narzędzia w postaci reguł, zasad czy metod, nauczyciel może ich wspomóc w rozwijaniu właściwych kompetencji wychowawczych[57].

Istotne jest, aby kontakty z nauczycielem dawały rodzicom poczucie kompetencji i odpowiedzialności za dziecko. Nie sprzyjają temu na pewno zbyt szybkie diagnozowanie, dawanie uproszczonych rozwiązań, krytykowanie lub ignorowanie. Należy pamiętać, że wychowanie dziecka niepełnosprawnego jest niezwykle trudnym zadaniem, ponieważ rodzic musi brać pod uwagę wiele czynników wpływających na jego rozwój, które wynikają ze specyfiki jego choroby i sytuacji rodzinnej[58]. Według J. Kielina[59] niezbędnym warunkiem konstruktywnej współpracy z rodzicami powinno być zawarcie kontraktu, który będzie obowiązywał zarówno rodziców, jak i pedagogów. Powinien on być poprzedzony diagnozą środowiska rodzinnego i zawierać podstawowe założenia współpracy, m.in.: zadania i formy współpracy, określenie częstotliwości spotkań, konsekwencje zerwania kontraktu.

Formy współpracy z rodzicami mogą mieć charakter indywidualny, np.: konsultacje, wymiana informacji, interwencje, wsparcie społeczne, i grupowy, a więc: zebrania klasowe, warsztaty, treningi, grupy wsparcia itp.[60] Zawsze nadrzędnym celem jest poprawa sytuacji ucznia i stworzenie mu jak najlepszych możliwości rozwoju.

Powyższy tekst zarysowuje tylko specyfikę nauczania dzieci z niepełnosprawnością ruchową, przedstawiając wybrane jednostki chorobowe, przykłady adaptacji zasad i metod pracy z uczniami i współpracy z rodzicami. Jest to bardzo zróżnicowana grupa dzieci i nauczyciel może się spotkać z wieloma innymi wyzwaniami i komplikacjami w pracy z nimi. Niewątpliwie jednak przy odpowiednio dostosowanym otoczeniu i indywidualnie dobranym programie możemy dać im szansę na rozwijanie się i wychowywanie w normalnym środowisku szkolnym wśród rówieśników.

---

57 B. Marcinkowska, *Współpraca z rodzicami dziecka niepełnosprawnego* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością...*, *op. cit.*, s. 213–220.

58 *Ibidem*.

59 Za: *ibidem*.

60 *Ibidem*.

Dzieci z niepełnosprawnością ruchową wymagają specjalnego, indywidualnego podejścia, które będzie uwzględniało ich możliwości, ale również ograniczenia.

W pracy należy uwzględnić:
- zapoznanie się z jednostką chorobową powodującą niepełnosprawność ruchową ucznia;
- przygotowanie odpowiedniego miejsca do nauki;
- opracowanie właściwego programu nauczania;
- dostosowanie pomocy dydaktycznych;
- wspieranie porozumiewania się, w razie potrzeby wykorzystanie alternatywnych form komunikacji (AAC);
- rozwijanie współpracy z rodzicami ucznia.

Bibliografia

Baioni M.T.C., Ambiel C.R., *Spinal muscular atrophy: Diagnosis, treatment and future prospects*, „Jornal de Pediatria" 2010, 86(4), s. 261–270.

Borkowska M., *Mózgowe porażenie dziecięce* [w:] M. Borkowska (red.), *Dziecko z niepełnosprawnością ruchową. Jak wspomagać rozwój psychoruchowy*, WL PZWL, Warszawa 2012.

Borkowska M., *Najczęstsze schorzenia powodujące niepełnosprawność ruchową u dzieci i najczęściej stosowane pomoce ortopedyczne* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, MENiS, Warszawa 2005.

Borkowska M., *Niepełnosprawność ruchowa u dzieci* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, MENiS, Warszawa 2005.

Borkowska M., *Uwarunkowania rozwoju ruchowego i jego zaburzenia w mózgowym porażeniu dziecięcym*, Zaułek, Warszawa 2001.

Czochańska J., *Objawy mózgowego porażenia dziecięcego* [w:] Z. Łosiowski (red.), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo*, cz. 1: *Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne*, WSiP, Warszawa 1997.

Dąmbska M., *Zaburzenia mowy u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym* [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowa (oprac.), *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*, DiG, Warszawa 1997.

Ferrari A., S. Alboresi, *Guide to the interpretation cerebral palsy* [w:] A. Ferrari, G. Cioni, *The spastic forms of cerebral palsy*, Springer, Milano 2010.

Grycman M., *Być sprawcą* [w:] M. Grycman, A. Smyczek (red.), *Wiem, czego chcę! Doświadczenia polskich terapeutów i użytkowników wspomagających sposobów porozumiewania się (AAC)*, Stowarzyszenie „Mówić bez Słów", Kraków 2004.

Grycman M., *Dom na nowo malowany*, Wyd. „Edition 2000", Kraków 2006.

Gryszka-Męrek Z., *Wprowadzenie alternatywnych i wspomagających metod komunikacji u dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym* [w:] O. Przybyla (red.), *Logopedia Silesiana*, t. 1, Wyd. UŚ, Katowice 2012.

Herman-Sucharska I., Bożek P., Bryll A., *Wady rozszczepowe kręgosłupa – od diagnostyki do terapii*, „Przegląd Lekarski" 2013, nr 5(70).

Jenks K.M., Moor J. de, Lieshout E.C.D.M. van, *Arithmetic difficulties in children with cerebral palsy are related to executive function and working memory*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry" 2009, 50(7), s. 824–833.

Jóźwiak S., *Choroby nerwowo-mięśniowe* [w:] R. Michałowicz, S. Jóźwiak (red.), *Neurologia dziecięca*, Urban & Partner, Wrocław 2000.

Kostera-Pruszczyk A., Radwańska A., Ryniewicz B., *Dystrofie mięśniowe*, WL PZWL, Warszawa 2010.

Kubiak H., *Mózgowe porażenie dziecięce* [w:] A. Jakoniuk-Diallo, H. Kubiak (red.), *O co pytają rodzice dzieci z niepełnosprawnością?*, Difin, Warszawa 2010.

Kułakowska Z., *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu*, Folium, Lublin 2003.

Lechowicz A., *Wspieranie porozumiewania się ucznia niepełnosprawnego ruchowo z zaburzeniami mowy metodami komunikacji niewerbalnej* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, MENiS, Warszawa 2005.

Loska M., *Uczniowie z mózgowym porażeniem dziecięcym. Osiągnięcia edukacyjne*, WSiP, Warszawa 2005.

Loska M., *Zespół mózgowego porażenia dziecięcego* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, MENiS, Warszawa 2005.

Loska M., Myślińska D., *Dobór właściwego stanowiska do nauki* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, MENiS, Warszawa 2005.

Loska M., Myślińska D. (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, MENiS, Warszawa 2005.

Marcinkowska B., *Współpraca z rodzicami dziecka niepełnosprawnego* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, MENiS, Warszawa 2005.

Matuszczak E., Dębek W., Hermanowicz A., Oksiuta M., Dzienis-Koronkiewicz E., *Metody usprawniania i rehabilitacji dzieci urodzonych z przepukliną oponowo-rdzeniową*, „Neurologia Dziecięca" 2012, t. 21, nr 43.

Michałowicz R., *Definicja, obraz kliniczny, podział* [w:] R. Michałowicz (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce*, WL PZWL, Warszawa 2001.

Michałowicz R., *Dziecko ryzyka. Mózgowe porażenie dziecięce* [w:] R. Michałowicz, S. Jóźwiak (red.), *Neurologia dziecięca*, Urban & Partner, Wrocław 2000.

Minczakiewicz E., *Rozwój umiejętności komunikacyjnych u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w kompleksowych oddziaływaniach terapeutycznych* [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowa (oprac.), *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*, DiG, Warszawa 1997.

Olczyk G., *Uczeń niepełnosprawny na lekcjach matematyki* [w:] M. Loska, D. Myślińska (red.), *Uczeń z niepełnosprawnością ruchową w szkole ogólnodostępnej. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*, MENiS, Warszawa 2005.

Rosenbaum P., Paneth N., Leviton A., *A report: The definition and classification of cerebral palsy April 2006*, „Developmental Medical Child Neurology Suppl." 2007, 109, s. 8–14.

Ryniewicz B., *Choroby nerwowo-mięśniowe* [w:] Z. Łosiowski (red.), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo*, cz. 1: *Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne*, WSiP, Warszawa 1997.

Skórzak B., *Rozszczep kręgosłupa i przepuklina oponowo-rdzeniowa* [w:] M. Borkowska (red.), *Dziecko z niepełnosprawnością ruchową. Jak wspomagać rozwój psychoruchowy,* WL PZWL, Warszawa 2012.

Synder M. (red.), *Dziecko z porażeniem mózgowym. Poradnik dla rodziców i opiekunów*, Święty Paweł, Częstochowa 2002.

Schmidt-Sidor B., *Wady wrodzone ośrodkowego układu nerwowego* [w:] Z. Łosiowski (red.), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo*, cz. 1: *Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne*, WSiP, Warszawa 1997.

Smyczek A., *Otwieranie świata liter* [w:] M. Grycman, A. Smyczek (red.) *Wiem, czego chcę! Doświadczenia polskich terapeutów i użytkowników wspomagających sposobów porozumiewania się (AAC)*, Stowarzyszenie „Mówić bez Słów", Kraków 2004.

Zabłocki K., *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i terapii*, Żak, Warszawa 1998.

O autorach

Beata Cytowska – doktor habilitowana nauk społecznych w zakresie pedagogiki, profesor nadzwyczajny w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego, kierownik Zakładu Edukacji Osób z Niepełnosprawnością. Główny obszar działalności naukowej to pedagogika specjalna oraz pedagogika osób z niepełnosprawnością intelektualną. Autorka jest długoletnim współpracownikiem Dolnośląskiego Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom i Młodzieży z MPDz „Ostoja" i wicedyrektorem Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjnego dla Dzieci Niepełnosprawnych we Wrocławiu – prowadzonego przez Stowarzyszenie. Jej zainteresowania naukowo-badawcze koncentrują się na takich zagadnieniach, jak: wczesna interwencja i wczesne wspomaganie rozwoju małych dzieci oraz wsparcie ich rodzin, edukacja i rehabilitacja osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, problematyka dorosłości osób z niepełnosprawnością intelektualną, zatrudnianie wspomagane osób z niepełnosprawnością, inkluzja osób z niepełnosprawnością. Autorka wielu uznanych publikacji książkowych i artykułów naukowych.

Agnieszka Drzazga – doktor nauk humanistycznych, pedagog specjalny, fizjoterapeutka, filolog angielski, adiunkt w Zakładzie Edukacji Osób z Niepełnosprawnością w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego, nauczyciel pracujący z dziećmi z różnymi rodzajami niepełnosprawności, przede wszystkim z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym i głębokim. Do jej zainteresowań badawczych należą: diagnoza i terapia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, system Nauczania Kierowanego w pracy z dziećmi z głęboką i znaczną niepełnosprawnością intelektualną, społeczne aspekty funkcjonowania osób niepełnosprawnych, neurodydaktyka w kontekście dzieci z niepełnosprawnością, dorosłość i starość osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Joanna Gładyszewska-Cylulko – doktor nauk humanistycznych, psycholog kliniczny, tyflopedagog, adiunkt w Zakładzie Edukacji Osób z Niepełnosprawnością w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego. Swoje zainteresowania badawcze skupia wokół problematyki edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością wzrokową, ze szczególnym uwzględnieniem ich funkcjonowania emocjonalno-społecznego. W kręgu jej zainteresowań badawczych znajduje się także poszukiwanie nowych sposobów rehabilitacji osób niewidomych i słabowidzących i podnoszenia jakości ich życia na przykład poprzez terapię przez sztukę. Autorka licznych publikacji naukowych z zakresu tyflopedagogiki i arteterapii.

Iwona Jagoszewska – doktor nauk humanistycznych, surdopedagog i pedagog porównawczy, adiunkt w Zakładzie Edukacji Osób z Niepełnosprawnością w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół zagadnień pedagogiki specjalnej ze szczególnym uwzględnieniem edukacji i rehabilitacji osób niesłyszących. Autorka licznych publikacji naukowych związanych z niesłyszącymi, m.in. o roli kompetencji komunikacyjnych w tworzeniu integracyjnej przestrzeni społecznej. Prowadzi warsztaty i szkolenia dla nauczycieli w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej oraz wykłady w ramach Dolnośląskiego Festiwalu Nauki.

Piotr Plichta – doktor nauk humanistycznych, pedagog specjalny, adiunkt w Zakładzie Edukacji Osób z Niepełnosprawnością w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego. Autor i współautor licznych publikacji naukowych. Uczestnik krajowych i międzynarodowych sieci naukowych, programów badawczych i edukacyjnych. Jego zainteresowania naukowe koncentrują są m.in: na ryzyku przemocy rówieśniczej wobec uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, korzystaniu z nowych mediów przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną oraz na stresie i wypalaniu się sił w zawodach pomocowych.

Bernadeta Szczupał – doktor habilitowana, profesor Uniwersytetu Wrocławskiego w Zakładzie Edukacji Osób z Niepełnosprawnością w Instytucie Pedagogiki. Jej działalność naukowo-badawcza koncentruje się wokół psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością, w tym szczególnie ich systemu wartości, poczucia samotności, zatrudnienia, rehabilitacji społeczno-zawodowej oraz jej uwarunkowań prawnych, jak również poczucia godności osób z niepełnosprawnością oraz osób przewlekle chorych i wykorzystania biblioterapii w pracy z nimi. Autorka licznych publikacji naukowych związanych z rehabilitacją społeczno-zawodową, biblioterapią i wsparciem dzieci przewlekle chorych i z dysfunkcją narządu ruchu.