

Nr 4 (260) 2011
Tom LXXII
WRZESIEŃ
PAŹDZIERNIK

SZKOŁA SPECJALNA

DWUMIESIĘCZNIK AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ
im. Marii Grzegorzewskiej



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej

Recenzowali: *prof. zw. dr hab. Karol Poznański*
dr hab., prof. UJK Bożena Matyjas

Tłumaczenie na język angielski: *mgr Renata Wójtowicz*

Redakcja: *Monika Bielska-Łach*

Czasopismo „Szkoła Specjalna” posiada punktację MNiSW (2 punkty) w kategorii B.

Komitet Redakcyjny:

prof. Władysław Dykcik, prof. Tadeusz Gałkowski, prof. Aniela Korzon, prof. Czesław Kosakowski, prof. Aleksandra Maciarz, prof. Irena Obuchowska, dr Adam Szecówka

Redakcja:

dr hab., prof. APS Ewa Maria Kulesza (redaktor naczelna), mgr Bernadetta Węclawik (sekretarz), mgr Katarzyna Smolińska (członek)

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
Dyrektor Wydawnictwa – Monika Bielska-Łach

Adres Redakcji: Wydawnictwo APS, 02-353 Warszawa
ul. Szczęśliwicka 40, tel. 22-589-36-45
centrala 22-589-36-00 wew. 1212, fax 22-658-11-18
e-mail: szkolaspecjalna@aps.edu.pl
nakład 1000 egz.

SPIS TREŚCI

OPRACOWANIA NAUKOWE

- 245 – *Marlena Kilian, Małgorzata Cichocka*
Muzykoterapia w rehabilitacji dzieci niewidomych i słabowidzących – założenia teoretyczne (część 1)
- 258 – *Alicja Zarin, Marina Jakowlewa*
Warianty opóźnionego rozwoju psychoruchowego dzieci w wieku od roku do trzech lat
- 264 – *Olga Jauer-Niworowska, Bożena Strachalska*
Badania logopedyczne i ich zastosowanie w praktyce diagnostyczno-terapeutycznej (zmienność realizacji elementów języka u osób z afazją i u osób z dyzartrią)
- 271 – *Ewa Maria Kulesza*
Diagnoza potencjału poznawczego dzieci w wieku przedszkolnym (część 4). Dzieci trzy- i czteroletnie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim
- 283 – *Agnieszka Fusińska*
Wyuczona bezradność intelektualna oraz umiejscowienie poczucia kontroli nad ocenami szkolnymi u młodzieży gimnazjalnej z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim

Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

- 296 – *Barbara Marcinkowska*
Kształcenie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną (część 2)
- 303 – *Teresa Brych, Marzena Gołbiowska*
Międzyszkolny program integracyjny *Iskierka przyjaźni*

PRAWO I PRAKTYKA

- 306 – *Irena Kleniewska*
Indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne i nauczanie indywidualne – dyskryminacja czy wyrównywanie szans

Z KRAJU I ZE ŚWIATA

- 311 – *Natalia Sarnowska*
Sprawozdanie z konferencji *Integracja osób z autyzmem w środowisku typowo rozwijających się dzieci – najnowsze wyniki badań, z doświadczeń Zespołu Szkół nr 31 w Toruniu*. Toruń, 30 marca 2011
- 312 – *Elżbieta Paradowska*
Sprawozdanie z warsztatów *Dziecko głuchoniewidome z zespołem CHARGE*. Warszawa, 6–7 maja 2011

RECENZJE

- 316 – Tadeusz Wolak: *Muzykowanie metodą cyfrowo-literową z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu lekkim* (wydanej wraz z płytą DVD), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010 (*Elżbieta Maria Minczakiewicz*)

NASZYM CZYTELNIKOM POLECAMY

- Anna Klim-Klimaszewska: *Pedagogika przedszkolna*. Instytut Wydawniczy ERICA, Warszawa 2011 (*Monika Koczańska*)
- P. Bąbel, M. Suchowierska, P. Ostaszewski: *Analiza zachowania od A do Z*, GWP, Gdańsk 2010 (*Natalia Sarnowska*)

CONTENTS

SCIENTIFIC STUDIES

- 245 – *Marlena Kilian, Małgorzata Cichocka*
Music Therapy in the Rehabilitation of Blind and Low Vision Children – Theoretical Assumptions (Part 1)
- 258 – *Alicja Zarin, Marina Jakowlewa*
Variants of Impaired Psychomotor Development Children Aged One to Three
- 264 – *Olga Jauer-Niworowska, Bożena Strachalska*
Speech Therapy Studies and Their Use in Diagnostic and Therapeutic Practice (Variability in the Use of Language Elements in People with Aphasia and in People with Dysarthria)
- 271 – *Ewa Maria Kulesza*
Diagnosis of Cognitive Potential in Preschool-Aged Children (Part 4). Three- and Four- Year Old Children with Mild Intellectual Disabilities
- 283 – *Agnieszka Fusińska*
Learnt Intellectual Helplessness and Locus of Control over Grades in Junior High Adolescents with Mild Intellectual Disabilities

FROM TEACHING PRACTICE

- 296 – *Barbara Marcinkowska*
Educating Students with Intellectual Disabilities (Part 2)
- 303 – *Teresa Brych, Marzena Gołębiowska*
A Spark of Friendship – An Interschool Integration Program

LAW AND PRACTICE

- 306 – *Irena Kleniewska*
One-Year Compulsory Individual Preschool Preparation and Individual Instruction – Discrimination or Equal Opportunity

HOME AND WORLD NEWS

- 311 – *Natalia Sarnowska*
Report on the Conference: *Integration of People with Autism into the Environment of Children with Normal Development – The Latest Research Findings, Experiences of the School Complex No. 31 in Toruń*. Toruń, March 30th, 2011
- 312 – *Elżbieta Paradowska*
Report on the Workshop: *A Deafblind Child with CHARGE Syndrome*. Warsaw, May 6–7, 2011

REVIEWS

- 316 – Tadeusz Wolak: *Muzykowanie metodą cyfrowo-literową z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu lekkim* [Making Music with Students with Mild Intellectual Disabilities with the Use of the Number-Letter Method (published together with a DVD), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010 (*Elżbieta Maria Minczakiewicz*)

WE RECOMMEND TO OUR READERS

- A. Klim-Klimaszewska: *Pedagogika przedszkolna* [Preschool Teaching]. Instytut Wydawniczy ERICA, Warszawa 2011, pp. 376 (*Monika Koczańska*)
- P. Bąbel, M. Suchowierska, P. Ostaszewski: *Analiza zachowania od A do Z* [Behavior Analysis from A to Z], Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2010, pp. 165 (*Natalia Sarnowska*)

MARLENA KILIAN, MAŁGORZATA CICHOCKA
UKSW, Warszawa

MUZYKOTERAPIA W REHABILITACJI DZIECI NIEWIDOMYCH I SŁABOWIDZĄCYCH – ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE (CZĘŚĆ 1)

Analiza tematyczna piśmiennictwa pozwala stwierdzić, że tyflomuzykoterapia prowadzi nie tylko do doskonalenia funkcji kompensacyjnych słuchu, ale wpływa również na inne sfery funkcjonowania, np.: umysłową, emocjonalną, motoryczną, społeczną, dzięki czemu znajduje szerokie zastosowanie w procesie leczenia i rewalidacji. Doceniając wartość jej praktycznego wykorzystania, jak również potrzebę usystematyzowania dorobku naukowego w tej dziedzinie, w niniejszej pracy zaprezentowano podwaliny teoretyczne tyflomuzykoterapii w zakresie: definicyjnym pojęcia, celów, zadań, a także zasad organizacji zajęć, w tym stosowanych metod, programów, przebiegu i czasu trwania spotkań oraz liczebności uczestników. Przybliżono możliwości zastosowania w tyflomuzykoterapii konkretnych technik, form aktywności oraz środków i pomocy. Pomimo gwałtownego rozwoju muzykoterapii w ostatnich dziesięcioleciach, należy uznać, że dorobek naukowy w dziedzinie tyflomuzykoterapii jest wciąż skromny i wymaga dalszego wzbogacania w sferze badań teoretycznych i empirycznych.

Słowa kluczowe: muzykoterapia, tyflomuzykoterapia, uszkodzenie wzroku, edukacja muzyczna

Wprowadzenie

Już w starożytnej Grecji doceniano lecznicze właściwości muzyki. Pitagoras zalecał swoim uczniom wykorzystywanie jej w pracy i w odpoczynku jako medium wspomagające nabywanie postawy umiaru i harmonii. Starożytni Grecy i Egipcjanie muzykę i medycynę postrzegali jako jedność, tak jak za nierozzerwalną całość uważano ludzkie ciało i umysł. W okresie średniowiecza i renesansu muzycy i lekarze współuczestniczyli w zajęciach i dyskusjach, realizując zazębiający się w pewnym obszarze program nauczania. Aby zostać lekarzem, student zobowiązany był do udziału w zajęciach ze sztuki, w tym do studiowania muzyki. Późniejsza specjalizacja rozdzieliła te dwie profesje. Muzykoterapia zniknęła z krajów arabskich i zachodnich na 1000 lat. Konieczność prowadzenia rehabilitacji wśród licznych po II wojnie światowej weteranów stanowiła impuls do odnowienia związku między medycyną a muzyką. Dostrzeżono potencjał muzyki jako ważnego czynnika wpływającego na relację ciała i umysłu. Rozpoczął się proces znoszenia na gruncie medycyny i rehabilitacji kartezyńskiej dychotomii ciała i umysłu (Pratt 1991). Terapeutyczną i leczniczą rolę muzyki zaczęto odkrywać w Europie i USA w latach 50. XX w., zwłaszcza wobec pacjentów szpitali wykazujących zainteresowania muzyczne (Wilson 1990). W Polsce w 1972 r. powołano Instytut Muzykoterapii z prof. T. Natansonem na czele – propagatorem muzykoterapii na niwie nauki oraz wdrażania jej teoretycznych podwalin na grunt praktycznego zastosowania. W tym samym roku z inicjatywy T. Natansona oraz A. Ja-

nickiego stworzono pierwszy w Polsce Zakład Muzykoterapii działający w Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu pod kierownictwem prof. T. Natanson. W roku następnym muzykoterapia zyskała status przedmiotu akademickiego wykładanego na tejże uczelni. Obecnie muzykoterapia funkcjonuje jako dziedzina interdyscyplinarna z pogranicza: psychologii, medycyny, rehabilitacji, pedagogiki, w tym pedagogiki specjalnej oraz edukacji muzycznej.

Muzykoterapia w procesie leczenia i rewalidacji

Muzykoterapia jest procesem wykorzystywania muzyki i dźwięku do poprawy zdrowia fizycznego i psychicznego pacjentów (Patterson 2003). T. Natanson (1979) określił ją jako metodę postępowania wielostronnie wykorzystującą wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka. Kilka lat później przypisał jej szerokie działanie „(...) zmierzające w kierunku rehumanizacji współczesnego życia przez wielostronne wykorzystywanie wielorakich walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywracania ludzkiego zdrowia oraz w celu korzystnego wpływania na współkształtowanie zarówno środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i na panujące w nim stosunki międzyludzkie” (Natanson 1988, s. 123). Zdaniem E. Galińskiej (2001) „Przez muzykoterapię rozumiemy systematyczne i metodyczne zastosowanie muzyki w procesie diagnozy, leczenia i rozwoju osobowości, oparte na interdyscyplinarnych, muzyczno-psychologiczno-medycznych założeniach”.

Amerykańskie Stowarzyszenie Muzykoterapii (2002) muzykoterapię definiuje jako „(...) zalecone wykorzystywanie muzyki przez wykwalifikowaną osobę w celu uzyskania pozytywnych zmian w psychologicznym, fizycznym, umysłowym i społecznym funkcjonowaniu jednostek z problemami zdrowotnymi lub edukacyjnymi”. W nowszej definicji (2007) zwraca uwagę na muzykoterapię jako profesję, która „(...) posługuje się muzyką do zaspokajania fizycznych, emocjonalnych, umysłowych i społecznych potrzeb ludzi w każdym wieku”. Podobnie K.N. Bruscia (1998) w klasycznej pozycji na temat teoretycznych założeń muzykoterapii określa ją jako systematyczny proces interwencji, w której terapeuta wykorzystuje doświadczenia muzyczne oraz rozwijające się dzięki nim związki jako dynamiczne siły zmian stosowane w celu osiągnięcia efektów zdrowotnych pacjenta. Z kolei w opinii L. Bunta (1994, s. 8) „(...) muzykoterapia to stosowanie zorganizowanych dźwięków i muzyki w ramach rozwijającej się relacji między podopiecznym a terapeutą, w celu wspierania i pobudzania jego fizycznego, umysłowego, społecznego i emocjonalnego dobrostanu”.

Elementy specyficzne dla muzykoterapii, odróżniające ją od edukacji muzycznej, to: obecność i zaangażowanie wyszkolonego muzykoterapeuty, proces leczenia, wykorzystywanie muzyki w procesie leczenia (Kennelly, Brien-Elliott 2001). Muzykoterapia nie jest dostarczana tylko dlatego, że dzieci lubią muzykę lub dlatego, że posiadają niepełnosprawność. Pojawia się w kontekście ich edukacyjnych potrzeb (Patterson 2003). Muzykoterapeuci, którzy najczęściej są muzykami, powinni stosować muzykę dla realizacji uprzednio sformułowanych celów, np. socjalizacji, rozwijania języka i zdolności motorycznych (Gourgey 1998). Muzykoterapia to forma interwencji ukierunkowanej na osiągnięcie zaplanowanego niemuzycznego efektu w dziedzinie zdrowia, edukacji czy funkcjonowania społecznego. Muzykoterapia stanowi element szerszego planu leczenia lub usprawniania pacjenta tworzonego wspólnie z innymi tera-

peutami, nauczycielami, lekarzami. Jest narzędziem w rehabilitacji, a także w procesie wspierania rozwoju dziecka.

Muzykoterapia ma za zadanie uzdalniać jednostki do wyrażania siebie i interakcji z innymi na poziomie niewerbalnym, bez względu na fizyczne, sensoryczne, komunikacyjne lub behawioralne trudności. Odpowiada na takie cele, jak: promowanie emocjonalnej ekspresji, rozwijanie poczucia tożsamości, poprawa umiejętności społecznych i jakości życia (Wigram, Pedersen, Bonde 2002). Może być wykorzystywana do kształtowania świadomości własnego ciała i ruchu, rozwijania komunikacji i społecznej interakcji, świadomości osobistej tożsamości (Trevarthen 2002). Celem muzykoterapii w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością są: dostarczanie stymulacji sensorycznej, wzrost samoświadomości, rozwijanie świadomości otoczenia, świadomości braku dźwięku, wzrost czasu uwagi, wzrost dokładności umiejętności motorycznych, poprawa społecznych interakcji, dostarczenie środków emocjonalnej ekspresji, rozwijanie języka i pojęć (Cormier 1982). T. Natanson (1992) wymienia następujące zadania muzykoterapii: wzbudzanie pożądanych emocji oraz kierowanie nimi; wzbudzanie gotowości do kontaktu oraz inspirowanie i ukierunkowane rozwijanie prawidłowej międzyludzkiej komunikacji; wzbogacanie osobowości pacjenta, pobudzanie postawy twórczej, pomnażanie zasobu jego doświadczeń emocjonalnych i intelektualnych; wpływanie na stan aktywności psychomotorycznej oraz napięcia emocjonalnego i mięśniowego; korzystne wpływanie na stan psychofizycznego samopoczucia; wzbogacanie oraz wspomaganie metod diagnostycznych; wzbudzanie określonych reakcji fizjologicznych oraz wpływanie na przemiany biochemiczne zachodzące w ustroju.

Muzyka nie wymaga od odbiorców specjalnego przygotowania czy określonych predyspozycji intelektualnych, motorycznych, wzrokowych. Posługuje się niewerbalną ekspresją i komunikacją. Umożliwia dostosowywanie rytmu, melodii, tempa, głośności, wysokości dźwięku do behawioralnego, fizycznego, emocjonalnego, umysłowego i społecznego stanu pacjenta. Pozwala na przyjęcie postawy receptywnej (odbiór muzyki) oraz aktywnej (np. improwizacje muzyczne). Najczęstsze techniki wykorzystywane w muzykoterapii to: wolna lub ustrukturyzowana improwizacja, śpiewanie znanych lub improwizowanych piosenek, słuchanie muzyki (technika receptywna), werbalna refleksja nad związkami muzyki z problemami pacjenta (Wigram, Pedersen, Bonde 2002).

Muzykoterapia znajduje szerokie zastosowanie. Wykorzystywana jest w przebiegu medycznych zabiegów, zwłaszcza w inwazyjnej, bolesnej czy stresującej diagnostyce, np. podczas wykonywania echokardiogramu, tomografii komputerowej, EEG, badań dożylnych (DeLoach Walworth 2005, Koch, Kain, Ayoub, Rosenbaum 1998). Muzykoterapię praktykuje się w leczeniu dentystrycznym i przeciwbólowym (Maranto 1993), w terapii chodu i równowagi (Thaut, McIntosh, Rice i in. 1996), wśród pacjentów chorych umysłowo (Unkefer 1990), schizofrenicznych (Galińska 2001) oraz na terminalnym etapie choroby nowotworowej (Standley, Hanser 1995).

Muzykoterapia zyskuje coraz większe uznanie w terapii dzieci chorych oraz z niepełnosprawnością. Muzykoterapia znajduje zastosowanie „(...) w przypadkach opóźnień w rozwoju, u osób z uszkodzeniami mózgu, w autyzmie wczesnodziecięcym, przy zaburzeniach zachowania, w nerwicach u dzieci z defektami fragmentarycznymi. Stosuje się też zwykle muzykę w leczeniu dzieci sparaliżowanych, niewidomych, głuchych i ogólnie w pediatrii dla celów profilaktycznych” (Lewandowska 1996, s. 55).

Posiada swoje stałe miejsce w terapii wcześniaków i noworodków (Standley 2003), a także starszych dzieci w kontekście ich kompleksowych potrzeb edukacyjnych. Terapeutyczne walory muzyki doceniono w pracy z dziećmi z chorobą nowotworową (Brodsky 1989), z dziećmi wykorzystywanymi seksualnie (Rogers 1993) oraz wśród dzieci hospitalizowanych (Edwards 1999).

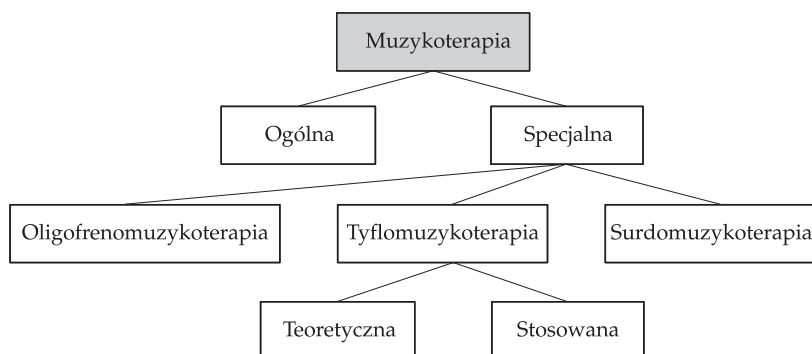
Muzykoterapeuci szkoleni są do wykorzystywania elementów muzyki, jak: tempo, rytm, melodia, harmonia, do promowania efektywnych strategii komunikacyjnych. Poprzez muzykoterapię można prowadzić: techniki relaksacyjne, ćwiczenia oddechowe i lokalizacyjne, artykulację, skandowanie słów i fraz, słownictwo, śpiew (Zoller 1991). Powyższe techniki znajdują zastosowanie w terapii logopedycznej (Sutton 1995), a także w rehabilitacji ludzi z uszkodzeniami neurologicznymi, np. komunikowanie się z pacjentami po wylewie poprzez śpiew ułatwia socjalizację i emocjonalną ekspresję (Popowici 1995). W leczeniu dzieci autystycznych muzykoterapia wspiera rozwój spontanicznej ekspresji, emocjonalnej komunikacji, społecznej interakcji (Alvin, Warwick 1991). Na aktywności muzycznej bazują popularne systemy wychowania muzycznego oraz metody terapeutyczne jak: terapia metodą C. Orffa czy E. Hillman Boxill.

Pojęcie tyflomuzykoterapii

Mimo że lecznicze właściwości muzyki doceniano już w czasach starożytnych, obecne jej stosowanie w pracy rehabilitacyjnej z dziećmi niepełnosprawnymi wciąż nosi znamiona działań nowatorskich. Tyflomuzykoterapia, choć bezsprzecznie wspiera kompensacyjną rolę słuchu oraz orientacji w przestrzeni u dzieci z poważnym uszkodzeniem wzroku, pozostaje dziedziną o ubogim dorobku badawczym w obszarze teorii oraz empirii, również w skali światowej. Za pionierskie należy zatem uznać dokonania naukowe P. Cylulko (2004), który w 1996 r. na VIII Światowym Kongresie Muzykoterapii w Hamburgu zaproponował wprowadzenie terminu tyflomuzykoterapii oraz zaprezentował jej podstawowe założenia teoretyczne.

Tyflomuzykoterapia, czyli terapia muzyką osób z dysfunkcją wzroku, jest nową dziedziną naukową, poczynając od samej nazwy, poprzez jej funkcje, cele, środki oddziaływania aż po rolę ukierunkowującą i koordynującą całość działań terapeutycznych. Termin „tyflomuzykoterapia” pochodzi od greckich słów: *typhlos* (niewidomy), *mousike* (utwory muzyczne) i *therapeia* (leczenie, działalność medyczna mająca na celu przywracanie ludziom zdrowia i sprawności psychofizycznej za pomocą leków oraz zabiegów). Problematyka tyflomuzykoterapii obejmuje terapię muzyczną dzieci, młodzieży i osób dorosłych, zarówno niewidomych, ociemniałych, szczerkowo widzących, jak i słabowidzących (również z dodatkowymi niepełnosprawnościami i deficytami rozwojowymi). Uwzględnia zagadnienia z zakresu tyflogologii, w tym granice i możliwości rozwojowe pacjenta z zaburzeniami widzenia, czynniki wpływające na kształtowanie się jego osobowości oraz przystosowanie się do świata ludzi widzących. Tyflomuzykoterapia ściśle wiąże się z takimi naukami, jak np.: tyflogologia, tyflopedagogika i tyflopsychologia. Tyflomuzykoterapia jest jedną z form psychoterapii i fizjoterapii, która w wieloraki sposób wykorzystuje materiał muzyczny oraz zjawiska akustyczne w celu regulowania zaburzonych funkcji jednostki oraz przystosowania jej do życia w warunkach zupełnego braku lub ograniczonego działania analizatora wzrokowego. Tyflomuzykoterapia jest więc działem muzykoterapii specjalnej, uwzględ-

niającym specyficzne zagadnienia tyflogiczne, a jej nazwa przemawia za związkiem z tyflogią, tyflopedagogiką i tyflopsychologią (Cylulko 1998).



Rysunek 1. Tyfłomuzykoterapia w systemie nauk

Źródło: P. Cylulko, *Tyfłomuzykoterapia dzieci: teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*, Wrocław 2004, s. 92.

P. Cylulko (2004, s. 95) sformułował następującą definicję muzykoterapii: „Tyfłomuzykoterapia (muzykoterapia niewidomych i słabo widzących dzieci) stanowi jedną z odmian arteterapii, jedną z form oddziaływania fizjoterapeutycznego, psychoterapeutycznego stosującą w sposób wieloraki materiał muzyczny oraz inne zjawiska akustyczne (dźwiękowe) w celu stymulowania rozwoju dziecka, korygowania i kompensowania zaburzonych funkcji jego organizmu (np. poznawczych, orientacyjnych, lokomocyjnych, komunikacyjnych) oraz przysposobienia go do życia bez udziału wzroku lub przy znacznym jego osłabieniu”. Głównymi funkcjami tak pojmowanej terapii są uzupełnianie i wspieranie kompleksowego działania wychowawczego i usprawniającego prowadzonego w stosunku do pacjentów z dysfunkcją narządu wzroku.

Tyfłomuzykoterapia dzieli się na teoretyczną i stosowaną. Pierwsza swym zakresem obejmuje ogólne zagadnienia teoretyczne charakterystyczne dla muzykoterapii niepełnosprawnych wzrokowo pacjentów. Jednym z jej celów jest ustalenie różnic pomiędzy terapią pacjentów z uszkodzonym wzrokiem a terapią pacjentów niepełnosprawnych wzrokowo lub z innymi uszkodzeniami oraz określenie tych różnic. Tyfłomuzykoterapia stosowana zajmuje się z kolei praktycznym wykorzystaniem zagadnień teoretycznych w procesie wychowania, terapii i usprawniania dzieci i osób dorosłych niewidomych oraz słabowidzących (Cylulko 2004).

Zdaniem P. Cylulko (2004) do zadań tyfłomuzykoterapii należą: określenie, jakim warunkom powinien odpowiadać proces terapeutyczny oraz osoba prowadząca terapię, a także jakie środki oddziaływania należy stosować względem omawianej grupy pacjentów. Do celów pośrednich działań tyfłomuzykoterapeutycznych zalicza się: motywowanie do aktywności poznawczej i ruchowej, ćwiczenie sprawności lokomocyjnej i manipulacyjnej, korektę nieprawidłowej postawy ciała oraz przeciwdziałanie i redukcja blindyzmów, doskonalenie zmysłów – głównie słuchu, dotyku i kinestetyki, obniżanie poziomu lęku i niepokoju, ułatwienie akceptacji siebie i swojej niepełnosprawności, wzmacnianie samooceny, budzenie wiary we własne siły i pewności w działaniu, wyrabianie samodzielności, naukę współdziałania w grupie i podporządk-

kowywanie się jej normom, naukę nawiązywania i podtrzymywania prawidłowych kontaktów interpersonalnych, doskonalenie zmysłu estetycznego, rozwijanie zainteresowań i zdolności muzycznych, edukację środowiska społecznego itp. (Cylulko 1998).

W opinii Z. Konaszkiewicz (1994) oddziaływania muzykoterapeutyczne pobudzają, przyspieszają, usprawniają, korygują rozwój dziecka z defektem wzroku, tj. jego rozwój fizyczny, motoryczny, sensoryczny, psychiczny, intelektualny, osobowościowy i duchowy. Ponadto, obcowanie z muzyką wpływa na poprawę subiektywnego stanu samopoczucia, a nawet na obiektywną poprawę stanu zdrowia, sprzyja osiągnięciu uczucia satysfakcji, poczucia własnej wartości, niekiedy nawet uczucia szczęścia tak trudno dostępnego, a przecież upragnionego przez niepełnosprawne dziecko. U. Olszewska-Koziarska, D. Kamińska (1992) zalecają, aby oddziaływania muzykoterapeutyczne w procesie usprawniania dzieci niewidomych i słabowidzących ze sprzężoną niepełnosprawnością psychofizyczną dokonywały się w kontekście całościowych celów rehabilitacyjnych i były ściśle związane z: rehabilitacją wzroku, kinezyterapią, logopedią, psychoterapią oraz działaniami pedagogiczno-wychowawczymi.

Cele finalne tyflomuzykoterapii ostatecznie prowadzą do osiągnięcia przez dziecko samodzielności wyrażającej się w możliwie maksymalnej sprawności fizycznej, motorycznej, psychicznej i społecznej. W naturalny sposób wypływają z przypisanych tyflomuzykoterapii funkcji, wśród których wymienia się (Cylulko 2004):

- funkcję adaptacyjną – przygotowanie do życia w sytuacji zaburzonej sprawności wzrokowej, funkcjonowania w warunkach placówki rehabilitacyjnej, odnalezienia się w roli pacjenta, przygotowanie do opuszczenia tej placówki itd.;
- funkcję fizjoterapeutyczną – usprawnianie i kompensowanie utraconych sprawności motorycznych i ubytków somatycznych;
- funkcję psychoterapeutyczną – zachęcanie do samopoznania, budzenie pozytywnego obrazu siebie i innych osób, podnoszenie samoakceptacji, łagodzenie lęku i niepokoju, uczenie rozwiązywania sytuacji trudnych, dostarczanie pozytywnych przeżyć emocjonalnych;
- funkcję rozwojową – wspomaganie indywidualnego rozwoju osobniczego;
- funkcję wychowawczą – stwarzanie sytuacji wychowawczych bogatych w pozytywne wzory osobowościowe godne naśladowania;
- funkcję integracyjną – ułatwianie nawiązywania kontaktów interpersonalnych i podtrzymywania już istniejących;
- funkcję rekreacyjno-ludyczną – zaspokajanie naturalnej potrzeby dziecka, jaką jest zabawa, oraz dostarczanie atrakcyjnej formy spędzania czasu;
- funkcję estetyczną – pobudzanie i kultywowanie zainteresowań i zamiłowań muzycznych;
- funkcję diagnostyczną – badanie różnych aspektów rozwoju dziecka.

Właściwie postawiona diagnoza decyduje o prawidłowości i efektywności procesu terapeutycznego. Muzykoterapeuta tworzy własną diagnozę na podstawie obserwacji zachowań muzycznych i niemuzycznych dziecka, rozmowy z nim, wywiadu z jego rodzicami (opiekunami), innymi specjalistami oraz analizy jego dokumentacji (np. historii życia, choroby, niepełnosprawności, wywiadu środowiskowego, arkusza ocen szkolnych). Biorąc pod uwagę prowadzoną terapię określa skutki uszkodzeń, niedoborów rozwojowych dziecka, zaburzenia jego zachowania itp. Następnie, również za pomocą wywiadu i obserwacji, próbuje rozeznaczyć się w prawidłowości funkcjonowa-

nia poszczególnych zmysłów pacjenta. Orientuje się w zakresie realnych możliwości słuchowych, głosowych, ruchowych dziecka, w jego wrażliwości emocjonalno-estetycznej na oddziaływanie sztuki muzycznej, w preferencjach, gustach, zainteresowaniach i zdolnościach muzycznych. W działaniach diagnostycznych bardzo ważne jest, aby terapeuta starał się u małego pacjenta odkrywać nie tylko zaburzenia, opóźnienia, trudności i ograniczenia, ale także jego mocne strony, np. umiejętności, zdolności, zainteresowania, predyspozycje (Cylulko 2004).

Zasady organizacji terapii muzyką dzieci niewidomych

Zdaniem E. Jutrzyzny (2007) terapia muzyką powinna bazować na następujących zasadach: stymulacji działalności poznawczej, wzmocnienia pedagogicznego kierownictwa, kształtowania doświadczeń sensorycznych, rozwoju czynności dotykowych, intelektualizacji oddziaływań muzykoterapeutycznych, rozwoju działalności współzależnej na możliwie wczesnych etapach rozwoju, kształtowaniu emocji i umiejętności ich wyrażania. Powyższe zasady realizowane są w określonym polu społeczno-kulturowym.

Wielopłaszczyznowość terapii muzycznej zwiększa możliwości oddziaływań wychowawczych i rehabilitacyjnych prowadzonych przez szkołę, internat, ośrodek, sanatorium bądź szpital. Wedle P. Cylulki (2004) muzykoterapia w placówce dla niewidomych i słabowidzących pacjentów powinna być prowadzona na pięciu płaszczyznach: zajęcia grupowe, zajęcia indywidualne, współpraca z domem rodzinnym lub opiekuńczym dziecka, współdziałanie z kadrami placówki, edukacja środowiska społecznego.

Muzykoterapia prowadzona metodą grupową polega na pracy z kilkoma pacjentami. W tego typu zajęciach uczestniczą dzieci z lżejszym stopniem niepełnosprawności, sprawniejsze, zdrowsze, lepiej poruszające się w przestrzeni, bardziej samodzielne i uspołecznione. Pracujący z całą grupą muzykoterapeuta zobowiązany jest brać pod uwagę indywidualne możliwości poszczególnych dzieci, a z drugiej strony realizować cele grupowe. Środkiem do osiągnięcia zamierzonych celów w terapii grupowej są relacje i interakcje zachodzące pomiędzy uczestnikami grupy oraz terapeutą a grupą. Rodzące się związki emocjonalno-społeczne przyczyniają się do lepszej integracji uczestników spotkań. Terapia grupowa pozwala dziecku na uczestniczenie w grupie rówieśniczej, daje możliwość aktywnego udziału w ćwiczeniach zbiorowych, zapewnia poczucie współpartnerstwa, współzawodnictwa i równouprawnienia w działaniu. Grupy terapeutyczne powinny liczyć od 4 do 8 dzieci. Liczniejsze zespoły (tj. od 8 do 12 dzieci) pracują z terapeutą, a także z osobą wspierającą go w działaniu, np. z wychowawcą, rodzicem. Z dziećmi niepełnosprawnymi wzrokowo o sprzężonej niepełnosprawności najefektywniej pracuje się w zespole dwu-, czteroosobowym, korzystając przy tym z pomocy koterapeuty. W spotkaniach muzykoterapeutycznych organizowanych na terenie ośrodków szkolno-wychowawczych wspólnie uczestniczą niewidome i słabowidzące dzieci, tworząc grupy heterogenne pod względem uszkodzenia wzroku. W przypadku małych i bardzo małych dzieci z głębszymi i poważniejszymi zaburzeniami rozwoju początkowo najefektywniejsza, zdaniem P. Cylulki (1998), jest terapia indywidualna, po pewnym czasie przeplatająca się z zajęciami grupowymi.

W zajęciach indywidualnych uczestniczą głównie dzieci z głębszą niepełnosprawnością. Działania prowadzone w obrębie tych zajęć bazują na więzi emocjonalnej mię-

dzy terapeutą a dzieckiem. Muzykoterapia indywidualna dla niektórych dzieci jest jedyną dostępną formą usprawniania, ponieważ ze względu na ciężkie schorzenia, bądź deficyty rozwojowe nie mogą uczęszczać do placówek masowych, integracyjnych lub specjalnych. Terapia indywidualna pozwala na aktywne włączenie rodziny w proces muzykoterapeutyczny. Może być prowadzona w domu rodzinnym, w placówce specjalnej, masowej lub integracyjnej. Jednym z jej zadań jest przygotowanie pacjenta do pracy w grupie rówieśniczej. Muzykoterapia indywidualna pozwala na gruntowne poznanie dziecka, poświęcenie mu całej uwagi terapeuty, a przez to dostosowanie najodpowiedniejszych środków terapeutycznych (Cylulko 2004).

W opinii P. Cylulki (2004) czas trwania spotkania muzykoterapeutycznego w grupie dzieci powinien wynosić od 20 do 45 minut, zaś spotkanie indywidualne od 10 do 30 minut. Efektywność zajęć muzykoterapeutycznych prowadzonych w placówce specjalnej w wysokim stopniu skorelowana jest z ich systematycznym przebiegiem. Zaleca się, aby zajęcia te odbywały się przez cały rok szkolny, np. dwa razy w tygodniu. W przypadku zajęć indywidualnych częstotliwość może być większa i dostosowana do możliwości oraz potrzeb dziecka. Zajęcia powinny odbywać się zawsze o tej samej porze dnia. Najodpowiedniejszą porą jest przedpołudnie, czas między śniadaniem a obiadem, ze względu na największą aktywność umysłową i wytrzymałość psychofizyczną dziecka.

Niezmienny schemat przebiegu zajęć muzykoterapeutycznych wzmacnia u dzieci poczucie bezpieczeństwa oraz umożliwia efektywniejsze osiąganie zamierzonych celów. P. Cylulko (2004) proponuje trzystopniową strukturę pojedynczego spotkania muzykoterapeutycznego: czynności wstępne – fazę początkową; czynności zasadnicze – fazę właściwą; czynności zakończeniowe – fazę końcową. Faza początkowa obejmuje czynności mające na celu budowanie wzajemnego zaufania uczestników, również wobec terapeuty, zwiększanie koncentracji i uwagi wychowanków. Jest to etap wprowadzający do spotkania i może obejmować: zapoznanie z gabinetem (umeblowaniem, wyposażeniem), przywitanie terapeuty z uczestnikami, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia poczucia rytmu, improwizacje słowne itd. Właściwą fazę spotkań muzykoterapeutycznych stanowią czynności zasadnicze. Odpowiadają one za rozwój dynamiki grupy, budzenie u pacjentów poczucia własnej wartości oraz przyswajanie nowych umiejętności. Część ta może obejmować: ćwiczenia słuchowe, ćwiczenia dotykowe, muzykowanie na dziecięcych instrumentach perkusyjnych, improwizacje wokalne, improwizacje na dziecięcych instrumentach perkusyjnych, tańce, pantomimę, psychodramę, słuchanie muzyki itd. Zadaniem czynności zakończeniowych jest odreagowanie napięć psychofizycznych, emocjonalnych, wyciszenie, odprężenie dzieci, tym samym zakończenie spotkania oraz pożegnanie uczestników. W ramach tych czynności stosuje się: masaż relaksacyjny, trening autogenny J.H. Schultza; relaksację stopniowaną E. Jacobsona, rozmowy terapeutyczne, podsumowanie spotkania i pożegnanie się uczestników. Podsumowania dokonuje muzykoterapeuta rozmawiając z dziećmi o ich odczuciach, skojarzeniach, a także napotkanych trudnościach.

Sporządzony przez muzykoterapeutę program prowadzonych zajęć powinien zawierać informacje dotyczące: osoby lub grupy, z którą pracuje, celów terapii (bieżących i długoterminowych), czasu trwania pojedynczego spotkania, czasu trwania całego cyklu terapii, terminu rozpoczęcia i zakończenia cyklu spotkań, liczby spotkań,

częstotliwości spotkań, miejsca spotkań, formy pracy (np. indywidualnej, grupowej, o nastawieniu segregacyjnym, integracyjnym lub częściowo integracyjnym), rodzaju terapii (np. receptywnej lub aktywnej), środków oddziaływania, struktury zajęć, częstotliwości dokonywania diagnozy i jej zakresu, przewidywanych wyników stosowania terapii. Program zajęć muzykoterapeutycznych powinien uwzględniać wytyczne dydaktyczne i rewalidacyjne odnośnie niewidomych i słabowidzących dzieci oraz być nieustannie modyfikowany pod kątem treści oraz sposobów realizacji odpowiednio do możliwości oraz ograniczeń wychowanków. Program powinien także zapewniać kontakt dzieci z muzyką oraz zawierać elementy zaczerpnięte z wychowania muzycznego (Cylulko 1998).

W polskim szkolnictwie specjalnym dla dzieci niewidomych i słabowidzących nie obowiązuje żaden oficjalny program muzykoterapeutyczny. Pomimo tego nauczyciele wychowania muzycznego, fizycznego, rytmiki, psychologzy, pedagodzy, doceniając terapeutyczne walory muzyki, często włączają do prowadzonych przez siebie zajęć elementy muzykoterapii. Scenariusze zajęć muzykoterapeutycznych powinny zawierać następujące informacje: data i godzina spotkania, miejsce spotkania, nazwisko osoby lub poziom klasy, rodzaj grupy, wiek uczestnika (uczestników), obrany temat spotkania, założone cele, wykorzystywany materiał akustyczny, stosowane techniki terapeutyczne, stosowane pomoce, dodatkowe uwagi, szczegółowy przebieg spotkania (Cylulko 1998).

Techniki i środki stosowane w tyflomuzykoterapii

Muzykoterapia bazuje na wykorzystaniu następujących elementów muzycznych: rytmu, metrum, tempa, melodii, dynamiki, barwy dźwięku, formy utworu muzycznego, artykulacji muzycznej, agogiki, frazowania (Jutrzyzna 2007). Techniki muzykoterapeutyczne stosowane w pracy z dziećmi z dysfunkcją wzroku są standardowe lub zmodyfikowane pod kątem przystępności dla tej grupy niepełnosprawnych pacjentów. Obok technik typowo muzykoterapeutycznych (np. śpiewanie piosenek, improwizacja instrumentalna, słuchanie muzyki) wprowadza się techniki psychoterapeutyczne (np. psychodrama, trening autogenny J.H. Schultza) (Cylulko 2004). W przypadku dzieci z niepełnosprawnością wzrokową wymienia się następujące techniki muzykoterapeutyczne (Cylulko 2004):

- aktywizujące i kompensacyjno-usprawniające (np. pobudzające do ruchowej, poznawczej i emocjonalnej aktywności, poszerzające ogólną wiedzę);
- wyobrażeniowo-projekcyjne (np. pobudzające procesy wyobrażeniowe, wywołujące odczucia, skojarzenia pozamuzyczne o charakterze projekcyjnym, poszerzające i pogłębiające wewnętrzny świat przeżyć);
- twórcze (np. rozwijające wyobraźnię twórczą, uczące ekspresyjności własnych uczuć, umożliwiające swobodne wypowiedzianie się, zaspakajające potrzebę twórczej zabawy);
- interpersonalne i intrapersonalne (np. ułatwiające kontakt z samym sobą i innymi osobami, uczące prawidłowych sposobów komunikowania się, współdziałania w grupie);
- relaksacyjne z podkładem muzycznym (np. wywołujące rozluźnienie, uspokojenie psychofizyczne, łagodzące i stabilizujące reakcje emocjonalne).

W programie terapii muzycznej zastosowanie znajdują następujące formy aktywności dziecka: śpiewanie piosenek, muzykowanie elementami dźwiękonaśladowczymi (polegające na wydobywaniu dźwięków za pomocą różnorodnych przedmiotów), gra na instrumentach perkusyjnych, ćwiczenia słuchowe (nauczanie spostrzegania, analizowania, rozpoznawania i naśladowania odgłosów z otoczenia), słuchanie muzyki, zabawy muzyczno-ruchowe, tańce, ćwiczenia poczucia rytmu, ćwiczenia mowy (rytmizowanie sylab, wyliczanek itp., improwizowanie tekstu do podanego rytmu, ćwiczenia dykcji, właściwej postawy ciała, oddechu), ćwiczenia dotykowe (rozpoznawanie różnorodnych przedmiotów, również stopami, chodząc po powierzchni o zróżnicowanej fakturze). Następnie wymienia się: improwizacje wokalne (np. wykonywanie melodycznych wypowiedzi, melodii do podanego tekstu, znanej piosenki z uwzględnieniem zmian artykulacji, tempa, rytmu, naśladowanie odgłosów, improwizowaniu na zadany temat pozamuzyczny, dialogowanie głosem), improwizacje instrumentalne (wydobywanie różnych efektów akustycznych, tworzenie melodii, akompaniamentów, improwizowanie na zadany temat, dialogowanie muzyczne), improwizacje muzyczno-ruchowe (improwizowanie ruchem na zadany temat), psychodramę (zabawy inscenizacyjne stanowią tu ruchową, wokalną, a także instrumentalną psychodramę do percypowanej muzyki i wykonywane są na podstawie tekstów literackich, piosenek lub utworów instrumentalnych o charakterze ilustracyjno-programowym) i pantomimę (operowanie gestem, ruchem oraz mimiką na zadany temat), interpretacje słowne i plastyczne muzyki (słowne lub plastyczne wyrażanie przeżyć i skojarzeń powstałych podczas słuchania muzyki), relaks z podkładem muzycznym (np. trening autogenny J.H. Schultza, relaksacja stopniowana E. Jacobsona), dyskusje terapeutyczne (werbalne określanie preferencji i wrażeń muzycznych służące uzyskaniu istotnych informacji zwrotnych od pacjentów). Przemienne stosowanie różnorodnych technik umożliwi lepszą realizację celów rehabilitacyjnych i terapeutycznych oraz uatrakcyjnią prowadzone spotkania (Cylulko 1998).

Efektywność działań muzykoterapeutycznych w dużej mierze zależy od doboru materiału muzycznego. Zaleca się posługiwanie dziecięcymi piosenkami, np.: „Siała Baba mak”, „Ojciec Wirgiliusz”, „ Mam chusteczkę haftowaną”, „Mało nas do pieczenia chleba”, „Stary niedźwiedź mocno śpi”. W opinii E. Jutrzyzny dzieci niepełnosprawne wzrokowo chętnie słuchają transkrypcji tzw. muzyki poważnej (I. Tomita, R. Clayderman, Rondo Veneziano itp.). W muzykoterapii zastosowanie znajdują także: orkiestrowe adaptacje młodzieżowej muzyki orkiestrowej, przeboje tzw. muzyki poważnej o charakterze ilustracyjno-programowym, popularne melodie, muzyka elektroniczna, filmowa. W ramach ćwiczeń relaksacyjno-wizualizacyjnych wykorzystuje się nagrania głosów ptaków lub zwierząt, odgłosy dżungli, lasu, deszczu, morza, potoków w połączeniu z delikatną, pogodną elektroniczną muzyką (Jutrzyzna 2007).

Tyflomuzykoterapia może być stosowana na różne sposoby w zależności od teoretycznego podejścia i umiejętności muzykoterapeuty oraz od dostępnych pomocy. W muzykoterapii wykorzystuje się wiele z nich, jak: materiały plastyczne, pomoce świetlicowe, przedmioty codziennego użytku, pomoce muzyczne, przybory gimnastyczne, pomoce tyflogiczne i in. (Cylulko 2004). Istnieje konieczność adaptacji metod i technik nauczania do ubytku wzroku i innych uszkodzeń, np. stosowanie nut brajlofskich, dobór odpowiedniego instrumentu z uwzględnieniem ograniczeń fizycznych i sensorycznych uczniów.

W seansach muzykoterapeutycznych gabinet stanowi warunek w dużej mierze decydujący o skuteczności terapii. Zdaniem E. Jutrzyzny gabinet powinien być przestronny, o niemięczącej akustyce, właściwie oświetlony. Jego głównym zadaniem jest wywoływanie miłego i intymnego nastroju u pacjentów. Dobrze, jeśli w pomieszczeniu znajdują się: pianino, elektroniczny instrument klawiszowy, zestaw instrumentów perkusyjnych, magnetofon, gramofon do płyt analogowych i kompaktowych, kolumny głośnikowe, fonoteka itp. Głównym zadaniem rekwizytów wykorzystywanych w grupowej muzykoterapii jest w jak największym stopniu psychosensomotoryczne i społeczne stymulowanie dzieci niepełnosprawnych wzrokowo (Jutrzyzna 2007).

Zakończenie

Muzyka, w pełni odbierana przez analizator słuchowy, jest dla osób niewidomych i słabowidzących całkowicie przystępną formą sztuki, dodatkowo wzbogaconą o niezaprzeczalny walor terapeutyczny. Badania neurologiczne wykazują, że u ludzi niewidomych większa część mózgu, w porównaniu z osobami widzącymi, wrażliwa jest na bodźce słuchowe, co przekłada się np. na lepsze umiejętności lokalizowania dźwięków (Elbert, Sterr, Rockstroh i in. 2002). Osoby niewidome częściej również dysponują słuchem doskonałym (Sacks 2007). Wbrew stereotypowym przekonaniom utrata wzroku nie poprawia w sposób automatyczny wrażliwości słuchowej – w tej dziedzinie ludzki mózg wykazuje wielką plastyczność i podatny jest na działania usprawniające.

W niniejszym artykule na podstawie analizy tematycznej piśmiennictwa wykazano, że tyflomuzykoterapia prowadzi nie tylko do doskonalenia funkcji kompensacyjnych słuchu, ale wpływa również na inne sfery funkcjonowania, np. umysłową, emocjonalną, motoryczną, społeczną, dzięki czemu znajduje szerokie zastosowanie w procesie leczenia i rewalidacji. Z uwagi na wykazaną w praktyce leczniczej i rehabilitacyjnej wysoką skuteczność podejmowanych, często na eksperymentalnych zasadach, działań muzykoterapeutycznych, wzrasta zainteresowanie tą dziedziną terapii w środowiskach naukowych. Od kilkudziesięciu lat, zarówno w Polsce, jak i na świecie, powstają muzykoterapeutyczne struktury instytucjonalne i akademickie. W dziedzinie pedagogiki specjalnej stworzono, przy znaczącym udziale polskich naukowców, podwaliny teoretyczne tyflomuzykoterapii: określono jej pojęcie, zadania, cele, funkcje, wyznaczono zasady organizacji, w tym stosowane metody, przebieg i czas trwania zajęć oraz liczebność uczestników i program, a także opisano możliwości zastosowania konkretnych technik, form aktywności oraz środków i pomocy. Pomimo gwałtownego rozwoju muzykoterapii w ostatnich dziesięcioleciach, dorobek naukowy w dziedzinie tyflomuzykoterapii jest wciąż skromny i wymaga dalszego wzbogacania w sferze badań teoretycznych i empirycznych.

Bibliografia

- Alvin, J., Warwick, A. (1991). *Music therapy for the autistic child*. New York: Oxford University Press. Amerykańskie Stowarzyszenie Muzykoterapii, (2002). <http://www.musictherapy.org> (dostęp z dnia 10.05.2011).
- Amerykańskie Stowarzyszenie Muzykoterapii, (2007). *What is music therapy?* <http://www.musictherapy.org> (dostęp z dnia 10.05.2011).
- Brodsky, W. (1989). Music therapy as an intervention for children with cancer in isolation rooms. *Music Ther*, 8, 17–34.

- Bruscia, K.E. (1998). *Defining music therapy*. Barcelona Publishers: Gilsum.
- Bunt, L. (1994). *Music Therapy: an art beyond words*. London: Routledge.
- Cornier, L. (1982). *Music therapy for handicapped children: Deaf and blind*. Washington, D.C.: National Association for Music Therapy.
- Cylulko, P. (1998). *Muzykoterapia w rehabilitacji ruchowej dzieci niewidomych i słabo widzących*. Warszawa: Upowszechnianie Nauki – Oświata „UN-O”.
- Cylulko, P. (2004). *Tyflomuzykoterapia dzieci: teoria i praktyka muzykoterapii dzieci z niepełnosprawnością wzrokową*. Wrocław: Akademia Muzyczna we Wrocławiu.
- DeLoach Walworth, D. (2005). Procedural-support music therapy in the healthcare setting: a cost-effectiveness analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(4), 276–84.
- Edgerton, C.L. (1994). The effect of improvisational music therapy on the communication behaviors of autistic children. *Journal of Music Therapy*, 31(1), 31–61.
- Edwards, J. (1999). Music therapy with children hospitalized for severe injury or illness. *British Journal of Music Therapy*, 13(1), 21–27.
- Elbert, T., Sterr, A., Rockstroh, B., Pantev, C., Muller, M., Taub, E. (2002). Expansion of the tonotopic area in the auditory cortex of the blind. *The Journal of Neuroscience*, 22(22), 9941–9944.
- Galińska, E. (1991). Muzykoterapia w kompleksowym leczeniu schizofrenii w warunkach oddziału dziennego. *Psychoterapia*, 3(78), 39–50.
- Galińska, E. (2001a). Możliwości i ograniczenia muzykoterapii i psychodramy w leczeniu osób ze schizofrenią. *Psychoterapia*, 3(118), 5–17.
- Galińska, E. (2001b). Muzykoterapia. W: A. Chodkowski (red.), *Encyklopedia muzyki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gourgey, C. (1998). Music Therapy in the Treatment of Social Isolation in Visually Impaired Children. *RE:view*, 29(4), 157–162.
- Jutrzyzna, E. (2007). *Terapia muzyką w teorii i praktyce tyflogicznej*. Warszawa: Polski Związek Niewidomych.
- Kennelly, J., Brien-Elliott, K. (2001). The role of music therapy in paediatric rehabilitation. *Pediatric Rehabilitation*, 4(3), 137–143.
- Koch, M.E., Kain, Z.N., Ayoub, C., Rosenbaum, S.H. (1998). The sedative and analgesic sparing effect of music. *Anesthesiology*, 89(2), 300–306.
- Konaszewicz, Z. (1994). *Dziecko niepełnosprawne i muzyka (założenia podstawowe)*. Warszawa: Akademia Muzyczna.
- Lewandowska, K. (1996). *Muzykoterapia dziecięca*. Gdańsk: Studio „NORMA”.
- Maranto, C.D. (1993). Applications of music in medicine (s. 153–174). W: M. Heal, T. Wigram (red.), *Music therapy in health and education*. Philadelphia: Jessica Kingsley.
- McIntosh, G.C., Brown, S.H., Rice, R.R., Thaut, M.H. (1997). Rhythmic auditory-motor facilitation of gait patterns in patients with Parkinson's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 62(1), 22–26.
- Natanson, T. (1979). *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław: Wydawnictwo Ossolineum.
- Natanson, T. (1988). Muzyczna profilaktyka w procesie nauczania-wychowania, wybrane refleksje teoretyczne. *Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu*, 45, 121–126.
- Natanson, T. (1992). *Programowanie muzyki terapeutycznej*. Wrocław: Akademia Muzyczna im. K. Lipińskiego.
- Olszewska-Koziarska, U., Kamińska, D. (1992). Terapia muzyczna dzieci niewidomych i słabo widzących niepełnosprawnych psychoruchowo. *Muzykoterapia*, 1(1), 32–38.
- Patterson, A. (2003). Music Teachers and Music Therapists: Helping Children Together. *Music Educators Journal*, 89(4), 35–38.
- Popovici, M. (1995). Melodic intonation therapy in the verbal decoding of aphasics. *Romanian Journal of Neurology and Psychiatry*, 33(1), 57–97.

- Pratt, R.R. (1991). Music education and medicine: a renewed partnership. *Music Educators Journal*, 77(5), 31–37.
- Robarts, J.Z. (1996). Music therapy for autistic children (s. 132–160). W: C. Trevarthen, D. Papoudi, K. Aitken, J.Z. Robarts, *Children with Autism: Diagnosis and interventions to meet their needs*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rogers, P. (1993). Research in music therapy with sexually abused clients (s. 197–217). W: H. Payne (red.), *One River, Many Currents: Handbook of Enquiry in the Arts Therapies*. London: Jessica Kingsley.
- Sacks, O. (2007). *Musicophilia: Tales of music and the brain*. New York: Random House.
- Standley, J.M., Hanser, S.B. (1995). Music therapy research and applications in pediatric oncology treatment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 12(1), 3–8.
- Standley, J. (2003). *Music therapy with premature infants: research and developmental interventions*. The American Music Therapy Association, Silver Spring.
- Sutton, J. (1995). The sound world of speech and language impaired children (s. 152–163). W: A. Gilroy, L. Lee, *Art and Music: Therapy and Research*. London: Routledge.
- Thaut, M.H., McIntosh, G.C., Rice, R.R., Miller, R.A., Rathbun, J., Brault, J.M. (1996). Rhythmic auditory stimulation in gait training with Parkinson's disease patients. *Movement Disorders*, 11, 193–200.
- Trevarthen, C. (2002). Origins of musical identity: evidence from infancy for musical social awareness. W: R. MacDonald, D. Hargreaves, D. Miell (red.), *Music Identities*. Oxford: Oxford University Press.
- Unkefer, R.F. (1990). *Music therapy and the treatment of adults with mental disorders*. New York: Schirmer Books.
- Wigram, T., Nygaard Pedersen, I., Bonde, L.O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy: theory, clinical practice, research and training*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wilson, B.L. (1990). Music therapy in hospital and community programs (s. 88–95). W: R.F. Unkefer (red.), *Music Therapy and the Treatment of Adults with Mental Disorders*. New York: Schirmer Books.
- Zoller, M.B. (1991). Use of music activities in speech-language therapy. *Language, Speech and Hearing Service Schools*, 22(1), 272–276.

MUSIC THERAPY IN THE REHABILITATION OF BLIND AND LOW VISION CHILDREN – THEORETICAL ASSUMPTIONS (PART 1)

Summary

A thematic analysis of literature shows that music therapy for the blind does not only improve compensatory functions of hearing, but it also influences other areas of functioning, e.g. mental, emotional, motor, and social areas. Thanks to this, music therapy for the blind finds broad application in treatment and revalidation. Appreciating the value of its practical use as well as the need to systematize academic achievements in this field, the author presents the theoretical foundations of music therapy for the blind in the following areas: definition of the concept, goals, and tasks, as well as the guidelines concerning the organization of activities, including the methods and programs to use, the course and length of classes, and the number of students. This paper introduces possible uses of specific techniques, activities, and means and aids in music therapy for the blind. Although music therapy has been developing rapidly over the last decades, it must be acknowledged that academic achievements in the field of music therapy for the blind are still modest and require further expansion in the area of theoretical and empirical research

Key words: music therapy, music therapy for the blind, impaired vision, music education

ALICJA ZARIN
MARINA JAKOWLEWA
Państwowy Pedagogiczny Uniwersytet im. A.I. Hercena
Petersburg

WARIANTY OPÓŹNIONEGO ROZWOJU PSYCHORUCHOWEGO DZIECI W WIEKU OD ROKU DO TRZECH LAT

W artykule przedstawiono rezultaty badań rozwoju psychoruchowego 70. dzieci z opóźnieniami rozwojowymi w wieku wczesnodziecięcym. Badano różne komponenty rozwoju: motorykę, aktywność poznawczą, sferę emocjonalno-społeczną, aktywność orientacyjno-manipulacyjną, przedmiotową, komunikację, samodzielność. W wyniku przeprowadzonych badań dokonano szczegółowej charakterystyki funkcjonowania dzieci na czterech poziomach i zgodnie z nimi wyróżniono cztery warianty opóźnienia rozwoju psychoruchowego. Przeprowadzone badanie wzbogaca diagnostykę małych dzieci, porządkując obserwowane manifestacje opóźnień rozwojowych.

Słowa kluczowe: rozwój psychoruchowy, warianty opóźnionego rozwoju, małe dzieci

Najnowsze osiągnięcia w dziedzinie diagnostyki wczesnego rozwoju dzieci (pierwsze trzy lata życia) oraz monitoring rozwoju niemowląt w pierwszym roku życia wykazały, że istnieje liczna grupa maluchów, u których przy zachowaniu biologicznych warunków funkcjonowania analizatorów wzrokowego i słuchowego, zaobserwowano opóźnienia rozwoju funkcji psychomotorycznych (Bażenowa 1986; Bliumina 1976; Żurba 1980; Mastiukowa 1996; Striebliewa 1996).

Podobne zaburzenia u małych dzieci w literaturze definiuje się jako opóźnienie rozwoju psychoruchowego lub opóźnienie rozwoju funkcji psychomotorycznych (Żurba, Mastiukowa 1982). Liczni autorzy wskazują na podłoże neurologiczne, które związane jest z uszkodzeniem struktur mózgowych i ich funkcji (Żurba, Mastiukowa 1982; Kozłowska i in. 1997; Bliumina 1976).

Stan badań

Przeprowadzona analiza źródeł rosyjskich wykazała, że istnieją badania na temat specyfiki poszczególnych elementów psychomotoryki u dzieci w młodszym wieku z zahamowaniem psychoruchowego rozwoju (ZPMR) (Bażenowa 1986) oraz ogólnych prawidłowości rozwoju dzieci w okresie wczesnego dzieciństwa, u których zdiagnozowano opóźnienie intelektualne po 3. roku życia (Striebielewa 2004).

Na podstawie badań eksperymentalnych wyróżniono także najczęściej występujące niespecyficzne opóźnienia rozwoju o różnym poziomie nasilenia w wieku przedszkolnym (Żurba 2003; Mastiukowa 1982; Pantiuchina, Piciora, Fruht

1979). Jednakże coraz większe zainteresowanie praktyków budzi problem przejawów opóźnienia psychomotorycznego dzieci we wczesnym wieku rozwojowym i w tym obszarze aktualny stan badań jest nadal niewystarczający.

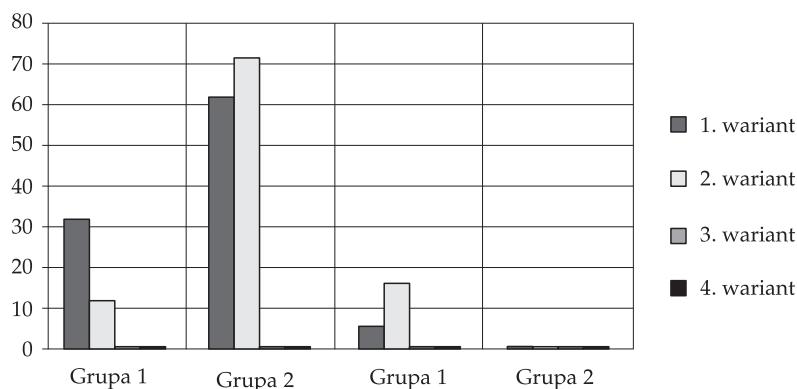
Badanie eksperymentalne

Pragnąc wypełnić tę lukę, podjęto badania eksperymentalne na populacji małych dzieci. W eksperymencie uczestniczyła grupa 70. dzieci, w wieku od 1–3 lat o różnym stopniu nasilenia opóźnienia rozwoju psychomotorycznego.

Za pomocą opracowanej do tego celu metody eksperymentu diagnostycznego zbadano poszczególne elementy psychomotoryki (sferę motoryczną, poznawczą, społeczno-emocjonalną) oraz podstawowe rodzaje aktywności (orientacyjno-badawczą, przedmiotowo-zabawową, komunikacyjną, samodzielność).

Wyniki

Analiza otrzymanych wyników pozwoliła wyróżnić cztery warianty opóźnień rozwoju psychomotorycznego u badanych dzieci, różniące się stopniem nasilenia oraz charakterystykami jakościowymi komponentów rozwoju psychoruchowego.



Grupa 1 – wiek życia 12–24 miesięcy

Grupa 2 – wiek życia 25–36 miesięcy

Wykres 1. Warianty psychoruchowego opóźnienia rozwoju u dzieci w wieku 1–3 lat

Przedstawione na wykresie dane świadczą, że u dzieci w 2. i 3. roku życia najczęściej występuje 1 i 2 wariant opóźnienia psychoruchowego. Szczegółowe dane liczbowe zawiera tabela 1.

Pierwszy wariant opóźnienia rozwoju diagnozuje się u dzieci z zauważalnymi, poważnymi zaburzeniami wszystkich badanych komponentów psychomotoryki. Ten wariant zaobserwowano u 32% dzieci w wieku od 1–2 lat oraz u 12% dzieci w wieku od 2 do 3 lat z diagnozą głębokiego stopnia specyficznego opóźnienia rozwoju psychomotorycznego.

Tabela 1

Liczba dzieci w poszczególnych grupach wiekowych ze względu na warianty opóźnienia rozwoju psychoruchowego

| Warianty opóźnienia | Poziom rozwoju psychoruchowego | Dzieci w wieku 12–24 miesięcy N = 45 | Dzieci w wieku 25–36 miesięcy N = 25 |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| I | bardzo niski | 32 | 12 |
| II | niski | 62 | 72 |
| III | średni | 6 | 16 |
| IV | wysoki | 0 | 0 |

Rozwój ruchowy tych dzieci charakteryzuje przede wszystkim brak albo słaby rozwój funkcji motorycznych. Większość nie potrafi siedzieć ani utrzymać samodzielnie głowy, reszta, mimo że posiada te umiejętności, potrafi tylko bardzo powoli poruszać się wykorzystując zdeformowany nawyk raczkowania. Reakcja na bodźce wzrokowe i słuchowe jest utrudniona i może zaistnieć pod warunkiem intensywnego oddziaływania osoby dorosłej na dziecko.

Potrzeba mówienia pojawia się późno, ponieważ dopiero pod koniec 2. roku życia – często na początku 3. i jest słabo nasiloną. Wyraża się to w niekontrolowanych dziecięcych okrzykach i wydawaniu pojedynczych dźwięków mowy, monotonnym gaworzeniu i bełkocie.

Rozumienie mowy dziecka jest utrudnione i przejawia się w niezróżnicowanych reakcjach na pojedyncze słowa i komunikaty. Rozwój społeczno-emocjonalny również jest mocno zaburzony. Najczęściej brakuje reakcji poznawczej na ludzi i proponowane działania z wykorzystaniem przedmiotów. Jednocześnie dużo dzieci uwidacznia reakcję protestu, buntu, a także negatywizmu w sytuacjach zmuszających do działania.

Drugi wariant opóźnienia zidentyfikowano u 62% badanych dzieci w wieku 1–2 lat i 72% dzieci w wieku od 2–3 lat z diagnozą znacznego specyficznego opóźnienia rozwoju psychoruchowego.

Dzieci te potrafią raczkować, co pozwala im przemieszczać się oraz zmieniać pozycje, tak aby realizować potrzebę poznawania otaczającego świata. Proces uczenia się chodzenia przebiega z utrudnieniami, dlatego dzieci te częściej wolą siedzieć. Próby wykonywania czynności z wykorzystaniem małych przedmiotów czasami dają efekt, jednak brak celowości w działaniu i nieskoordynowane ruchy rąk komplikują aktywność manipulacyjno-przedmiotową.

Reakcje wzrokowe i słuchowe na kompleksowe bodźce pojawiają się poprzez wzmocnienia proste i znane, np. kubek z piciem czy głos znanej osoby, co pozwala dzieciom na podstawowe rozróżnianie wrażeń. Dzieci poznają charakterystykę i funkcje przedmiotów, ale rzadko kiedy wykorzystują je celowo. Najprostsze czynności wykonywane przez nie są realizowane w głównej mierze poprzez naśladownictwo dorosłych. Choć potrafią rozróżniać przedmioty według nazwy, to ogólne wyobrażenie o otaczającym ich świecie jest jeszcze bardzo ograniczone. Dzieci przejawiają zainteresowanie otaczającymi je przedmiotami, często sięgają po nie, manipulują nimi, badają je, ale działania te są najczęściej nieświadome i nie pozwalają na odkrywanie i zrozumienie cech konkretnych przedmiotów.

Samodzielne przejawy mówienia wyrażają się w postaci niezrozumiałych dźwięków i bełkotania, chociaż czasami potrafią wymawiać pojedyncze słowa, a nawet proste wyrażenia.

Dzieci nie odrzucają prób kontaktu z dorosłym, do komunikacji wykorzystują niewerbalne środki. Brakuje jednak reakcji emocjonalnych w procesie komunikacji oraz operacji z przedmiotami, w niektórych przypadkach reakcje są wyraziste, ale monotonne.

Na reakcje poznawcze tych dzieci składają się zazwyczaj pojedyncze reakcje na oddziaływanie dorosłego. Dzieci nie mają wyobrażenia o normach zachowania, chociaż próbują kopiować zachowania dorosłego w konkretnej sytuacji i czasami osiągają dobre wyniki. Napotykanie przez nie trudności bardzo często wywołują negatywne emocje i ucieczkę od sytuacji, która je spowodowała.

Trzeci wariant opóźnienia zdiagnozowano u 6% dzieci w 2. roku życia i 16% dzieci w 3. roku życia. Dzieci te charakteryzuje zróżnicowany poziom opanowania czynności ruchowych, tj. raczkowania, stania, chodzenia, pokonywania niewysokich przeszkód. Widoczny jest słaby rozwój koordynacji ruchowej, co niestety obniża jakość wykonywanych ruchów oraz utrudnia proces ich rozwoju. W związku z tym, dzieci te wymagają pomocy podczas ruchu, a to obniża stabilność i trwałość tych działań.

Dzieci potrafią manipulować przedmiotami, choć jakość tych działań pozostaje niska, bowiem często wypuszczają przedmiot z rąk, wykonują gwałtowne albo niezgodne z pożądaną amplitudą ruchy. Ponadto zarówno krótkie, jak i długie ruchy zawsze są monotonne. Większość przedmiotów w stosunku, do których przejawiają swoje zainteresowanie, powoduje u dzieci chęć ich wykorzystania zgodnie z zastosowaniem. W przedmiotowej działalności przejawia się więc elementarne nastawienie na cel. Niemniej jednak podczas wykonywania ruchów pojawia się niezręczność motoryczna, brak wiary we własne siły.

Dzieci potrafią odbierać bodźce słuchowe i wzrokowe z dalszej odległości i są wrażliwe na różnorodny sygnały z otaczającego je pola sensorycznego. Potrafią odbierać bodźce wzrokowe z dalszej odległości, rozróżniając elementy otaczającego ich pola sensorycznego, a także znane im dźwięki mowy i odgłosy przedmiotów.

Aktywnie i świadomie odbierają realne przedmioty w całości, rysunki przedstawiające dobrze znane im przedmioty w zestawieniu z odpowiadającą im nazwą. Ponadto dzięki umiejętności badania przedmiotów orientują się w nazwach ich podstawowych cech.

Posługują się mową składającą się z dwóch lub trzech prostych słów, które dość często (w konkretnej sytuacji), zamieniają na niewerbalne środki przekazu. Są w stanie wykonać proste polecenie i nie unikają kontaktów, potrafią także podtrzymać kierowaną rozmowę pod warunkiem wiodącej roli dorosłego. Przejawiają zainteresowanie otaczającymi ich nieznanymi ludźmi i przedmiotami, jednocześnie potrafią wyrażać podstawowe stany emocjonalne w sposób adekwatny do sytuacji. Orientują się w podstawowych formach zachowania, np. unikają niebezpiecznych przedmiotów, proszą o nocnik. W procesie zorganizowanej przez dorosłego działalności przejawiają załączki woli, jednak szybko zniechęcają się bez dodatkowego wzmocnienia.

Wariant czwarty. To opóźnienie psychomotoryczne nie różni się znacznie od normy rozwojowej w wieku 3 lat. Wariant ten zaobserwowano wyłącznie u dzieci w 3. roku życia, które w 2. roku życia systematycznie otrzymywały wsparcie korekcyjno-rozwojowe w odpowiednich ośrodkach.

W wariancie tym motoryka jest rozwinięta na różnym poziomie. Niektóre dzieci nie opanowały jeszcze w pełni umiejętności chodzenia, inne zaś stabilnie siedzą, biegają i skaczą bez pomocy dorosłego z niskich powierzchni. Do tej grupy należą również dzieci, które dopiero aktywnie raczkują, co nie przeszkadza im w realizacji działań na poziomie tych, które potrafią chodzić. Wszystkie dzieci kopiują ruchy, uparcie powtarzając i ucząc się nowych elementów małych i dużych ruchów.

Przejawiają swoją aktywność w zabawach ruchowych i muzycznych. W równym stopniu te dzieci potrafią dobrze słyszeć różne dźwięki, przyglądać się nowym obiektom otaczającej je rzeczywistości oraz różnicują znane i nieznanne im dźwięki i przedmioty.

W komunikacji wykorzystują różnego typu wypowiedzi, od próśb po pytania składające się z jednego do sześciu słów w zdaniu. Aktywnie powtarzają nowe słowa za dorosłym, chętnie dopowiadają ostatnie słowo w wierszykach i podśpiewują dziecięce piosenki.

Dzieci te dobrze znają cechy przedmiotów, wybierają i wskazują przedmiot ze względu na wskazane przez dorosłego cechy lub nazywają te cechy samodzielnie.

Potrafią porównać wielkość przedmiotów i nazwać je (duże – małe, mniejszy – większy, najmniejszy – największy), rozpoznają i potrafią nazwać kształt przedmiotów (okrągły, kwadratowy, trójkątny, obły). Rozróżniają też kolory: żółty, czerwony, zielony, niebieski, biały, czarny oraz rozpoznają przedmioty w tych kolorach. Podczas grupowania według kształtu lub koloru, popełniają błędy, które potrafią naprawić samodzielnie lub według wskazówek dorosłego.

Posiadają duży zasób słownictwa biernego oraz dobrze rozumieją mowę. To się szczególnie uwidacznia we wspólnej działalności i komunikacji z dorosłym. W sytuacji interakcji dorosły-dziecko potrafią odpowiadać na pytania i wykonywać zadanie zgodnie z poleceniem, dodawać nowe przedmioty do gry zgodnie z sensem i różnymi wątkami zabawy.

Orientują się w sytuacjach życia codziennego związanych z pracą i samodzielnie wykonują wiele czynności. Zachowują się w specyficzny sposób w stosunku do ludzi, własnej grupy, co przejawia się w prośbach skierowanych do rodziców, by opowiedzieli o grupie (dzieciach i pedagogach), zaprowadzili do placówki, oraz aktywnym zainteresowaniem wydarzeniami w tej grupie, a także wyrazami radości z powodu przyścia na zajęcia i niechęci do opuszczenia tych zajęć.

Potrafią zrozumieć i przestrzegać podstawowych reguł zachowania w grupie. W sposób adekwatny reagują na polecenia dorosłych (rozbierz się zanim wejdziemy, nie rzucaj zabawek–kara, rzucasz–pozbieraj, nie rozlewaj wody, jeśli to zrobiłeś, to sprzątnij, nie można obrażać innych dzieci, a jeżeli obraziłeś, to przeproś i inne). Dobrze różnicują: dobrze–źle, można–nie można, uwaga i inne.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania ujawniły specyfikę funkcjonowania dzieci z opóźnieniami rozwojowymi w wieku 12–36 miesięcy w zakresie wybranych komponentów psychomotoryki: motoryki dużej i małej, sfery poznawczej, sfery społeczno-emocjonalnej oraz w obszarze aktywności dziecięcej: orientacyjno-badawczej, przedmiotowo-zabawowej, komunikacyjnej, samodzielności.

Wyróżniono cztery warianty rozwoju psychomotorycznego ze względu na stopień nasilenia obserwowanych zaburzeń. Jakościowa analiza zebranego materiału skutkowałą szczegółową charakterystyką każdego z wariantów.

Opis zachowania dzieci ma wartość praktyczną, ułatwi terapeutom dokonanie bardziej wnikliwej diagnozy małych dzieci z opóźnieniami rozwojowymi i objęcie ich w zależności od stopnia nasilenia objawów (wariantu rozwoju) odpowiednim indywidualnym programem korekcyjno-rozwijającym.

Thumaczenie: Beata Popiołek, doktorantka w APS im. M. Grzegorzewskiej, korekta tłumaczenia oraz korekta merytoryczna dr hab. Ewa M. Kulesza.

Bibliografia

- Baženowa, O.W. (1986). *Diagnostyka psychiceskowo razwitja dietiej pierwego goda żyzni*. Moskwa: Izd-wo Moskowskiego Uniwersitieta.
- Bliumina, M.G. (1976). Oligofrenija prjentalnowo proishozhdjenja. W: M.G. Bliumina (red.), *Kliniceskoje psichologo-pedagogiceskoje izucenije dietiej s intelliectualnoj niedostatočnoctiju*. Moskwa: NII Diefiectologii.
- Kozłowska, G.W., Goriunowa, A.W., Szikunowa, H.W., Katkowskaja, T.G. (1997). Metodika opriedielienija psichiceskowo razwitija dietiej do triech liet – GNOM. *Żurnal niewurologii psichiatirii*, 8.
- Mastiukowa, J.M. (1996). Kliniceskaja diagnostyka w kompleksoj ocenke psichomotor-nogo razwitja i prognoza dietiej s otklonienijami w razwitii. *Diefiectologija*, 5.
- Pantiuchina, G.W., Piciora, K.L., Fruht, E.L. (1979). *Diagnostika nierwono-psichiceskowo razwitija dietiej pierwych trioch liet żyzni*. Moskwa: COLIUW.
- Striebiewa, J.E. (red.) (2004). *Korriekcionnaja pomoszcz dietijam ranniego wożrasta s organicieskim porażenijem centralnoj nierwonoj sistiemy w grupach kratkowriemienno go priebywaniija*. Moskwa: Izd-wo „Ekzamien”.
- Striebiewa, J.E. (1994). Rannija diagnostyka umstwienno go otstałosti. *Diefiectologia*, 1.
- Żurba, L.T., Mastiukowa, J.M. (1982). *Naruszenije psichomotor-nogo razwitija dietiej pierwego goda żyzni*. Moskwa: Miedicina.
- Żurba, L.T. (2003). Metod koliciestwienno go Ocenki dwigatielnych rieciewych i psichiceskich funkcji riebienka dlia ranniego wyjawljenija zadzierzki wożrastnogo razwitija. *Miedicinskij naučno i uciebno-mietodiceskij żurnal*, 14.
- Żurba, L.T. (1980). Rannije projawljenije minimalnoj mozgowej disfunkcii u dietiej. *Żurnal niewuropatologii i psichiatirii*, 10.

VARIANTS OF IMPAIRED PSYCHOMOTOR DEVELOPMENT CHILDREN AGED ONE TO THREE

Summary

The article presents the findings of the research on psychomotor development in seventy early-childhood-aged children with developmental impairments. Various elements of development were studied: motor skills, cognitive activity, emotional and social area, orientation and fine motor skills, subject activity, communication, and independence. As a result of the research, the children's functioning was described in detail at four levels and consequently four variants of impaired psychomotor development were distinguished. The research conducted expands diagnostics of toddlers by systemizing the manifestations of developmental impairments observed in the children.

Key words: psychomotor development, variants of impaired development, toddlers

BADANIA LOGOPEDYCZNE I ICH ZASTOSOWANIE W PRAKTYCE DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEJ (ZMIENNOŚĆ REALIZACJI ELEMENTÓW JĘZYKA U OSÓB Z AFAZJĄ I U OSÓB Z DYZARTRIA)

W artykule przedstawione zostały wyniki badania dotyczącego zjawiska zmienności w wypowiedziach osób z afazją (8 osób) i osób z dyzartrią nabytą (8 osób). Przez zmienność realizacji autorki rozumieją to, że dany element języka (sylaba, wyraz) może być zrealizowany (wypowiedziany spontanicznie, powtórzony, odczytany) przez tę samą osobę z afazją lub z dyzartrią różnie: czasem prawidłowo, czasem nieprawidłowo, bądź nieprawidłowo w różny sposób.

Z przeprowadzonego badania wysnuto następujące wnioski:

1. W obu badanych grupach występuje zjawisko zmienności realizacyjnej.
2. Przejawy zmienności są jakościowo różne u przebadanych osób z afazją i przebadanych osób z dyzartrią; analiza statystyczna pozwoliła określić różnice istotne.
3. Jedną z istotnych różnic jest wpływ czytania na zmienność/stabilizację realizacji jednostek języka: u przebadanych osób z afazją czytanie stabilizuje realizację (tj. przeciwdziała zmienności), u przebadanych osób z dyzartrią albo nie ma wpływu, albo wręcz nasila zmienność – wniosek ważny z punktu widzenia planowania zajęć terapeutycznych.

Słowa kluczowe: afazja, dyzartria, zmienność realizacji, diagnoza, terapia logopedyczna

Zagadnienia logopedyczne nieczęsto goszczą na łamach czasopisma „Szkoła Specjalna”. Uzasadnione więc wydaje się poprzedzenie opisu prowadzonych przez autorki badań krótkim wstępem przybliżającym czytelnikowi zagadnienia logopedyczne.

Autorki przechodzą od zagadnień ogólnych (ale powiązanych treściowo z badaniami własnymi) do szczegółowych, bezpośrednio relacjonujących wyniki badań.

Przedmiotem zainteresowań logopedii jako nauki jest mowa i jej zaburzenia. Termin „mowa” jest różnie ujmowany i definiowany przez różne dyscypliny naukowe. Różnice te wyraźnie widać w ujęciach psychologii i lingwistyki. Mowa może być ujmowana jako zdolność do posługiwania się językiem (Polański 1995, s. 241), bądź też jako specyficzna forma zachowania społecznego, którego celem jest porozumiewanie się członków danej społeczności. Dlatego można analizować mowę, biorąc pod uwagę psychologiczne, społeczne lub językowe uwarunkowania procesu porozumiewania się. Specjaliści różnych dyscyplin kładą wobec tego nacisk na różne aspekty mownego funkcjonowania człowieka.

Psychologowie analizują wewnętrzne i zewnętrzne uwarunkowania psychologiczne rzutujące na przebieg procesów odbioru i nadawania mowy. Przedmiotem analizy psychologicznej może stać się: czynność mówienia (nadawanie

mowy), odbiór mowy – percepcja i rozumienie treści językowych, intrapsychiczne uwarunkowania przebiegu interakcji werbalnej (np. wpływ stanu emocjonalnego rozmówców na przebieg interakcji), wewnętrzne i zewnętrzne uwarunkowania procesu opanowywania systemu językowego i mowy.

Lingwiści analizują gramatyczno-leksykalną strukturę wypowiedzi, badają jednostki języka na różnych poziomach jego funkcjonowania (fonetyczno-fonologicznej, morfologicznej, składniowej). Współczesna lingwistyka akcentuje pragmatyczny aspekt posługiwania się językiem, co bardzo zbliża ją do psychologii.

Analiza procesu kształtowania się czynności mowy i nabywania systemu językowego stanowi wspólny przedmiot zainteresowań psycholingwistów, psychologów rozwojowych i pedagogów. Logopedia jako nauka zajmująca się mową, łączy w sobie zarówno psychologiczny, jak i lingwistyczny punkt widzenia na język, mowę i ich funkcjonowanie.

Zaburzenie mowy to odchylenie od normy w porozumiewaniu się werbalnym spowodowane różnorodnymi przyczynami (egzogennymi i endogennymi). Istnieją różne klasyfikacje zaburzeń mowy biorące pod uwagę przyczyny lub objawy jako kryteria wyodrębniania poszczególnych form zaburzeń¹.

W aspekcie praktycznym logopeda zajmuje się pomocą osobom z zaburzeniami mowy o różnej etiologii. Aby móc pracować z pacjentami, których zaburzenia mowy wynikają z chorób, zaburzeń stanu zdrowia lub niepełnosprawności, logopedzi powinni dysponować niezbędnym zakresem wiedzy, również medycznej. W sposobach oddziaływania terapeutycznego logopedzi korzystają z metod pedagogicznych (głównie z zakresu pedagogiki specjalnej). Działania terapeutyczne zawsze muszą być poprzedzone rzetelną diagnozą logopedyczną. Zarówno diagnoza, jak i terapia powinny być oparte na wynikach badań naukowych.

W dalszej części tego artykułu zostaną przedstawione wyniki badań nad zmiennością realizacyjną u osób z afazją i u osób z dyzartrią. Autorki przyjmują rozumienie terminu „afazja” podane przez M. Maruszewskiego (1966, s. 98): „Afazja to częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych u człowieka, który te czynności wcześniej opanował”.

Dyzartria natomiast to zaburzenie mowy spowodowane uszkodzeniem ośrodkowego i/lub obwodowego układu nerwowego (za: Murdoch 2010, s. 46). W wyniku tego uszkodzenia pojawiają się porażenia i niedowłady mięśni uczestniczących w czynności mowy. Dyzartria objawia się zaburzeniami artykulacji, oddychania fonacji i prozodii.

Podsumowując, afazja wiąże się z zaburzeniami procesów językowego planowania (programowania) wypowiedzi, zaś dyzartria – z zaburzeniami wykonania ruchów koniecznych do realizacji wypowiedzi (w tym ruchów mięśni oddechowych, mięśni krtani, języka, warg, podniebienia miękkiego).

Zmienność oznacza, że dany element języka (wyraz, sylaba) może być różnie zrealizowany (powtórzony, odczytany, wypowiedziany spontanicznie) przez

¹ Autorki jedynie sygnalizują problematykę różnorodności zaburzeń mowy. Taksonomia zaburzeń i szczegółowy opis ich patomechanizmu nie są przedmiotem niniejszego artykułu.

tę samą osobę z afazją lub z dyzartrią; różnie – to znaczy raz prawidłowo, raz nieprawidłowo, bądź nieprawidłowo w różny sposób w kolejnych realizacjach. Inaczej mówiąc, zmienność realizacji możemy rozumieć jako brak stałości popełnianych przez daną osobę błędów w wypowiedziach.

Powodem, dla którego autorki zainteresowały się problemem zmienności realizacyjnej jest fakt, że zmienność została uznana za jedno z kryteriów różnicujących dyzartrię i afazję (uważano, że wypowiedzi osób z afazją są zmienne, zaś osób z dyzartrią niezienne).

Ponieważ obserwacje kliniczne oraz wyniki badań zawarte w nieopublikowanej rozprawie doktorskiej dotyczącej dyzartrycznych zaburzeń mowy (Jauer-Niworowska 2006) podważyły zasadność stosowania kryterium zmienności do różnicowej diagnozy afazji i dyzartrii, autorki postanowiły poddać zjawisko zmienności dokładniejszemu badaniu.

Grupa badawcza, narzędzia, procedura

Dobrowolnym badaniem zostało objętych 8 osób z afazją i 8 osób z dyzartrią. Zastosowano dobór osób badanych pod względem diagnozy logopedycznej dyzartrii nabytej lub afazji oraz czasu trwania zaburzenia mowy. Do badań zakwalifikowano osoby, u których zaburzenia mowy utrzymywały się co najmniej od roku. Autorki chciały wykluczyć wpływ poprawy spontanicznej (jak wiadomo najintensywniejszej we wczesnym okresie po zachorowaniu) na zjawisko zmienności. Autorki w pełni zdają sobie sprawę z faktu, że niewielka liczebność grupy nie pozwala na generalizację otrzymanych wyników.

Rozszerzenie podobnych badań na większą liczbę pacjentów pozwoliłoby uzyskać pełniejszy obraz zmienności realizacyjnej i jej uwarunkowań u osób z afazją i u osób z dyzartrią. Z uwagi na ograniczenia czasowe w realizacji badań nie istniała, niestety, możliwość objęcia badaniami większej grupy chorych.

Badanie polegało na czterokrotnym odczytaniu oraz czterokrotnym powtórzeniu 50 sylab i 54 wyrazów podczas czterech kolejnych spotkań. Sylaby miały charakter otwarty, czyli kończyły się samogłoską. Znalazły się w nich wszystkie spółgłoski i samogłoski [a, e, o] (np. ta, to, te, sa, so, se). Wyrazy należały do słownictwa potocznego, różniły się między sobą długością, czyli składały się z jednej, dwu lub trzech sylab (np. kot, but, kino, lizak, dyrygent, pomidor). Autorki dokonywały nagrania przebiegu badania każdej z osób, a następnie analizowały sposób realizacji danego elementu języka (sylaby, wyrazu) pod kątem zmienności².

Wyniki

Ponieważ osobom nie zajmującym się afazją lub dyzartrią trudno wyobrazić sobie, na czym polega zmienność realizacji elementów języka, poniżej zamieszczono przykłady zmienności zaczerpnięte z omawianego badania.

² W niniejszym artykule autorki nie wyczerpują w pełni problematyki analizy jakościowej materiału językowego, ponieważ taka analiza wymagałaby zagłębienia się w szczegółowe zagadnienia językowe i fonetyczne nieistotne dla nielogopedów.

Przykłady zmienności realizacyjnej dwóch wyrazów odczytywanych przez dwie osoby z afazją i dwie osoby z dyzartrią pokazano w tabeli 1.

Tabela 1

Zmienność realizacyjna

| Wyraz | Osoba badana | Zaburzenie mowy | Bad. 1 | Bad. 2 | Bad. 3 | Bad. 4 |
|-------|--------------|-----------------|----------|--------|--------|--------------|
| CUD | G.G. | dyzartria | sut | cút | + | su~t |
| | Gr.G. | dyzartria | tsu~t | su~t | s-c'ut | c'ut |
| | M.K. | afazja | f us | spsut | csus | vu-, su- xus |
| | L.W. | afazja | + | + | sut | + |
| NOC | G.G. | dyzartria | + | + | nots | + |
| | Gr.G. | dyzartria | no~c | no~c | na~c | no~ts |
| | M.K. | afazja | mos, nos | mos | + | voc, + |
| | L.W. | afazja | + | + | nos | + |

+ oznacza prawidłowe odczytanie wyrazu

~ unoszenie głoski

c' zmiękczenie głoski c

š fonetyczny zapis ortograficznego sz

Pierwszy etap analizy zebranego materiału językowego miał charakter ilościowy. Wyniki analizy realizacji sylab zawierają tabele 2 i 3.

Tabela 2

Realizacje sylab przez osoby z dyzartrią

| OSOBY Z DYZARTRIĄ N = 8 | | | |
|-------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Rodzaj zadania | Niezmienność realizacji razem | Zmienność realizacji razem | Łączna liczba realizacji |
| Powtarzanie sylab | 280 | 120 | 400 |
| Czytanie sylab | 163 | 237 | 400 |

Tabela 3

Realizacje sylab przez osoby z afazją

| OSOBY Z AFAZJĄ N = 8 | | | |
|----------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Rodzaj zadania | Niezmienność realizacji razem | Zmienność realizacji razem | Łączna liczba realizacji |
| Powtarzanie sylab | 144 | 256 | 400 |
| Czytanie sylab | 152 | 248 | 400 |

W grupie osób z dyzartrią, w powtarzaniu sylab realizacje zmienne stanowiły 30%, w czytaniu sylab – 59%.

W grupie osób z afazją, w powtarzaniu sylab realizacje zmienne stanowiły 64%, w czytaniu sylab – 62%. Wyniki analizy realizacji wyrazów zawierają tabele 4 i 5.

Tabela 4

Realizacje wyrazów przez osoby z dyzartrią

| OSOBY Z DYZARTRIA N = 8 | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Rodzaj zadania | Niezmiennosc realizacji razem | Zmiennosc realizacji razem | Laczna liczba realizacji |
| Powtarzanie wyrazów | 239 | 193 | 432 |
| Czytanie wyrazów | 179 | 253 | 432 |

Tabela 5

Realizacje wyrazów przez osoby z afazją

| OSOBY Z AFAZJA N = 8 | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Rodzaj zadania | Niezmiennosc realizacji razem | Zmiennosc realizacji razem | Laczna liczba realizacji |
| Powtarzanie wyrazów | 130 | 302 | 432 |
| Czytanie wyrazów | 152 | 280 | 432 |

W grupie osób z dyzartrią, w powtarzaniu wyrazów realizacje zmienne stanowiły 45%, w czytaniu wyrazów – 59%.

W grupie osób z afazją, w powtarzaniu wyrazów realizacje zmienne stanowiły 70%, w czytaniu wyrazów – 65%.

W obu badanych grupach stwierdzono występowanie zmienności. Wynika stąd, że zmienność nie może być traktowana jako kryterium różnicujące afazję od dyzartrii, co postulują niektórzy badacze (Tarkowski, Lewandowski 1978).

Obserwacje kliniczne i terapeutyczne auterek świadczyły o wyraźnych różnicach w sposobie realizacji materiału językowego między osobami z afazją a osobami z dyzartrią, ale jak widać, analiza ilościowa nie ukazuje istoty tych różnic.

Analiza jakościowa

Chcąc zobrazować te niewątpliwe różnice, autorki zanalizowały również jakościowo rodzaje zmienności obserwowane w obu grupach osób badanych. Analiza ta doprowadziła do wyodrębnienia siedmiu rodzajów realizacji materiału językowego (w tym dwóch niezmiennych i pięciu zmiennych):

- 1) niezmiennosc A – wszystkie realizacje są prawidłowe;
- 2) niezmiennosc B – wszystkie realizacje są nieprawidłowe i jednocześnie takie same;

- 3) zmienność C – wszystkie realizacje są nieprawidłowe i każda jest inna;
- 4) zmienność D – wszystkie realizacje są nieprawidłowe; część realizacji jest taka sama, a część inna;
- 5) zmienność E – występują realizacje prawidłowe i nieprawidłowe; wszystkie realizacje nieprawidłowe są takie same;
- 6) zmienność F – występują realizacje prawidłowe i nieprawidłowe; część realizacji nieprawidłowych jest taka sama, a część inna;
- 7) zmienność G – występują realizacje prawidłowe i nieprawidłowe; każda realizacja nieprawidłowa jest inna.

Analiza ilościowa

Przeanalizowanie materiału językowego według wyodrębnionych rodzajów zmienności pozwoliło na dokładniejsze pokazanie różnic między obu grupami. Istota różnic zasadza się nie w samym fakcie zmienności/niezmienności, lecz w różnicach jakościowych dotyczących tejże zmienności.

Przeanalizowany materiał został poddany analizie statystycznej, żeby wychwycić, które różnice jakościowe można uznać za obiektywnie różnicujące grupy badanych osób. W analizie statystycznej zastosowano testy nieparametryczne U. Manna-Withney'a oraz Wilcoxon.

Wyniki analizy statystycznej pozwoliły na następujące ustalenia:

- 1) u badanych osób z afazją, istotnie częściej niż u osób z dyzartrią, realizacje prawidłowe elementów języka współwystępowały z nieprawidłowymi. Występowały najczęściej dwa rodzaje nieprawidłowych realizacji (współwystępujące z realizacjami poprawnymi):
 - część realizacji nieprawidłowych taka sama, a część inna (zmienność F);
 - każda realizacja nieprawidłowa inna (zmienność G);
- 2) u badanych osób z dyzartrią, istotnie częściej niż u osób z afazją, występowały realizacje nieprawidłowe niezmiennie (niezmienność B) oraz realizacje nieprawidłowe zmienne (zmienność D);
- 3) obie grupy różnicuje odmienny wpływ typu zadania (powtarzanie/czytanie) na sposób realizacji materiału językowego:
 - u badanych osób z dyzartrią czytanie powoduje statystycznie istotny wzrost zmienności realizacyjnej, czyli destabilizuje realizację materiału językowego;
 - u badanych osób z afazją czytanie nigdy nie powoduje wzrostu zmienności realizacyjnej, a często ją obniża, co w przypadku osób z afazją oznacza wzrost realizacji prawidłowych.

Podsumowanie

Wpływ czytania na realizację elementów języka stanowi istotną wskazówkę przy opracowywaniu zasad terapii osób z dyzartrią/afazją. Czytanie stabilizuje realizację elementów języka u osób z afazją, czyli wspiera usprawnianie logopedyczne tej grupy pacjentów. W przypadku osób z dyzartrią czytanie może destabilizować realizację elementów języka, czyli stosowanie materiału językowego w formie zapisu nie zawsze wpływa korzystnie na osoby z dyzartrią. Wobec tego terapeuta powinien wnikliwie przeanalizować indywidualne uwarunkowania osoby z dyzartrią, zanim zdecyduje się na włączenie czytania do procesu usprawniania logopedycznego.

Podsumowując dokonaną analizę wyników, można stwierdzić, że dopiero powiązanie analizy ilościowej z jakościową pozwala na w miarę dokładne i obiektywne zobrazowanie różnic między osobami z afazją a osobami z dysarthrią, a także na sformułowanie właściwych zasad terapii tych osób.

Bibliografia

- Gamska, Z., Maruszewski, M. (1973). Zmienność objawów uszkodzenia mózgu na przykładzie afatycznych zaburzeń nazywania. *Studia Psychologiczne*, t. XII.
- Herzyk, A. (2005). *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Jauer-Niworowska, O. (2006). Zaburzenia mowy w chorobie Wilsona, nieopublikowana praca doktorska. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Jauer-Niworowska, O. (2009). *Dysarthria nabyta. Diagnoza i terapia osób dorosłych*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Maruszewski, M. (1966). *Afazja, zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa: PWN.
- McCaffrey, C.P. Ph.D, (copyright 1998–2001). *The neuroscience on the Web Series: CMSD 642, Neuropathologies of Swallowing and Speech CSU*.
- Mierzejewska, H. (1977). *Afatyczna dezintegracja fonetycznej postaci wyrazu*. Wrocław: Ossolineum.
- Murdoch, B.E. (2010). *Acquired Speech and Language Disorders*. London: John Wiley&Sons.
- Pąchalska, M. (2005). Neuropsychologiczna diagnostyka afazji. W: T. Gałkowski, E. Szeląg, E. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Polański, K. (red.) (1995). *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*. Wrocław: Ossolineum.
- Tłokiński, W. (2005). *Zaburzenia mowy o charakterze dysarthrii*. W: T. Gałkowski, E. Szeląg, E. Jastrzębowska, (red.) (2005). *Podstawy neurologopedii*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.

SPEECH THERAPY STUDIES AND THEIR USE IN DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC PRACTICE (VARIABILITY IN THE USE OF LANGUAGE ELEMENTS IN PEOPLE WITH APHASIA AND IN PEOPLE WITH DYSARTHRIA)

Summary

The article presents the findings of the research on variability in statements by people with aphasia (8 people), and people with acquired dysarthria (8 people). By variability in the use of language elements the authors understand the phenomenon that a given language element (a syllable, a word) can be used (said spontaneously, repeated, read out) by the same person with aphasia or dysarthria differently: sometimes correctly, sometimes incorrectly or in different incorrect ways.

The following conclusions were drawn from the research:

1. Variability in the use of language elements occurs in both groups under study.
2. The symptoms of variability are qualitatively different in the subjects with aphasia and in the subjects with dysarthria; a statistical analysis allowed to determine significant differences.
3. One of the significant differences is the impact of reading on variability/stability in the use of language elements: reading stabilizes their use in the subjects with aphasia (i.e. it counteracts variability), while it has no influence or even intensifies variability in the subjects with dysarthria, which is an important conclusion for the planning of therapeutic activities.

Key words: aphasia, dysarthria, variability in the use of language elements, diagnosis, speech therapy

EWA MARIA KULESZA
APS, Warszawa

DIAGNOZA POTENCJAŁU POZNAWCZEGO DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM (CZĘŚĆ 4). DZIECI TRZY- I CZTEROLETNIE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W STOPNIU LEKKIM¹

W artykule opisano wyniki badań zdolności poznawczych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim o wieku rozwojowym od 3 do 6 lat. Badanym proponowano zestaw zadań dopasowany rozwojowo, a ich wykonanie oceniano w skali od 0 do 4 punktów. Zgodnie z ideą strefy najbliższego rozwoju L.S. Wygotskiego procedura diagnostyczna przewidywała udzielanie dwustopniowej pomocy, gdy zadanie było bardzo trudne. Wyniki dzieci z niepełnosprawnością porównywano z wynikami dzieci o normatywnym rozwoju, wskazując na różnice i podobieństwa w rozwoju poznawczym oraz porównując wrażliwość na nauczanie (skuteczność pomocy) poszczególnych grup.

Słowa kluczowe: strefy aktualnego, najbliższego i oddalonego rozwoju, zdolności poznawcze, niepełnosprawność intelektualna

Diagnoza dynamiczna

Opracowano model diagnozy, który zawiera elementy kontrolowanego nauczania. Takie podejście umożliwia śledzenie procesu uczenia się dziecka w zależności od rodzaju i wielkości pomocy udzielanej w trakcie diagnozy. W przypadku tradycyjnej oceny interakcja kończy się z chwilą, gdy dziecko nie wykona zadania. W tym modelu interakcja ulega zdynamizowaniu, ponieważ nauczyciel udziela wskazówek ułatwiających uczniowi rozwiązanie zadania. Podejście uwzględniające naprzemienną i wspólną aktywność nauczyciela i dziecka będziemy nazywać oceną dynamiczną, interakcyjną, nauczającą. Diagnoza dynamiczna to diagnoza ujawniająca mocne strony i perspektywy rozwojowe diagnozowanego (zob. Kulesza 2004, s. 63–67).

Ocenę rozwoju poznawczego skonstruowano w oparciu o trzy koncepcje przypisujące ważną rolę środowiska społecznego w rozwoju dziecka: 1) społeczno-kulturową teorię L.S. Wygotskiego (2004); 2) teorię społecznego uczenia się A. Bandury (1977) i 3) teorię zmiany poznawczej R. Case'a (1985). Teoretyczny model diagnozy szczegółowo opisano w pierwszej części cyklu artykułów w *Szkole Specjalnej* z 2011 r.

¹ Badania zdolności poznawczych prezentowane były w monografii E.M. Kulesza (2004). *Rozwój poznawczy dzieci z lekkim i umiarkowanym stopniem upośledzenia umysłowego – diagnoza i wspomaganie. Studia empiryczne*. Warszawa: Wydawnictwo APS, s. 123–194. W tym artykule w zwartej formie przytaczane są analizy zawarte w monografii, wzbogacone o nowe dane.

Problemy badawcze

Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytanie główne i wiele pytań szczegółowych:

- Jakie są zdolności poznawcze dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w porównaniu z prawidłowo rozwijającymi się dziećmi o takim samym wieku umysłowym?
- Jak funkcjonują dzieci niepełnosprawne intelektualnie w sytuacji zadaniowej?
- Jakie są ich aktualne osiągnięcia poznawcze (Strefa Aktualnego Rozwoju – SAR)?
- Jakie zdolności poznawcze znajdują się w ich Strefie Najbliższego Rozwoju (SAR)?
- Jakie zadania są dla nich za trudne i mieszczą się w Strefie Oddalonego Rozwoju (SOR)?
- Jaka jest skuteczność pomocy udzielanej przez nauczyciela podczas diagnozy?

Grupa badawcza, narzędzie, punktacja

Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną dobierano w pary z dziećmi dobrze rozwijającymi się o takim samym wieku umysłowym. W prezentowanym badaniu uczestniczyło łącznie 94 dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i o normatywnym rozwoju, a w szczególności:

- 47 dzieci z diagnozą niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim o wieku umysłowym od 36 miesięcy do 83 miesięcy i do tej grupy dobrano
- 47 prawidłowo rozwijających się dzieci o wieku umysłowym od 36 miesięcy do 83 miesięcy.

Opracowano narzędzie zawierające 44 itemy, które szczegółowo scharakteryzowano w pierwszej części publikowanej w „Szkole Specjalnej” w 2011 r. (Kulesza 2011, s. 19–20).

Wykonanie oceniano w skali od 0 do 4 punktów odzwierciedlających ideę stref rozwojowych L.S. Wygotskiego. Dalej znajduje się przykład procedury diagnostycznej oraz punktacji zadania nr 1 w zestawie:

Zadanie 1

Dobieranie do pary figur geometrycznych (koło, kwadrat i trójkąt) – dzieci od 30. do 36. miesiąca życia i dzieci trzyletnie

Materiał

Trzy czerwone figury geometryczne: koło, kwadrat i trójkąt; biały sztywny kartonik, na którym w jednakowych odstępach znajdują się trzy czerwone figury o takim samym kształcie i rozmiarze jak oddzielne figury.

Postępowanie

Kładziemy przed dzieckiem kartonik z figurami i mówimy: *Popatrz*. Pod nim umieszczamy figury do pary. Robimy to w następujący sposób: pod kołem na pasku (pierwsza figura z lewej strony dziecka) podkładamy koło. Wskazując gestem raz jedną, raz drugą figurę, mówimy: *Ten i ten taki sam*. Analogicznie postępujemy z pozostałymi figurami, układamy figury do pary po kolei. Stosujemy metodę wzrokowego różnicowania (od razu znajdujemy właściwą figurę). Następnie zabieramy podłożone figury, pozostawiamy przed dzieckiem jedynie kartonik. Mówimy: *A teraz ty*. Demonstrujemy figury pojedynczo w innej kolejności niż poprzednio, podnosimy je pionowo centralnie przed dzieckiem i pytamy: *Gdzie taki sam?* Gdy położy obrazek,

pokazujemy następny i ponownie pytamy: *Gdzie taki sam?* Tak samo postępujemy z ostatnią figurą. Słowom towarzyszą odpowiednie gesty.

Etapy pomocy

Etap 1

Wykonujemy zadanie jeszcze raz, mówiąc: *Teraz ja*. Zastanawiamy się głośno: *Gdzie taki sam?* Posługujemy się metodą prób i błędów. Bierzymy koło i podkładamy pod kwadrat. Porównujemy figury gestem wskazującym i mówimy: *Nie. Ten i ten nie taki sam*. Kręcimy głową. Następnie podkładamy kwadrat pod trójkąt i ponownie porównujemy gestem i powtarzamy: *Nie. Nie taki sam*. Kręcimy głową. Trzeci raz podkładamy koło pod koło i stwierdzamy radośnie: *Tak. Taki sam*. Kiwamy twierdząco głową. Zadanie wykonujemy emocjonalnie i sugestywnie. Identycznie postępujemy z pozostałymi figurami. Staramy się pokazać dziecku jak najwięcej wariantów porównywania. Zabieramy podłożone figury i ponownie centralnie, pionowo przed dzieckiem eksponujemy obrazek (np. trójkąt), mówiąc: *Teraz ty. Gdzie taki sam?* Słowom towarzyszą odpowiednie gesty. Obrazki eksponujemy w przypadkowej kolejności.

Etap 2

Wykonujemy zadanie razem z dzieckiem, stosując taką samą metodę jak poprzednio, tj. prób i błędów. Kierujemy jego czynnościami słownie i gestem. Jeśli jest taka potrzeba, sterujemy ręką dziecka, o ile nam na to pozwala. Czynnościom towarzyszy słowny komentarz. Pytamy: *Gdzie taki sam?* Chwilę czekamy na reakcję dziecka i sami odpowiadamy (*Nie. Ten i ten nie taki sam. Gdzie taki sam? Ten i ten nie taki sam. Gdzie taki sam? Tak. Ten i ten taki sam.*). Próbuje zachęcić je do wspólnego rozwiązania zadania. Porównujemy obrazki i znajdujemy figurę do pary. Zbieramy obrazki i ponownie proponujemy samodzielne wykonanie zadania, mówiąc: *Teraz ty. Gdzie taki sam?* Obrazki eksponujemy pojedynczo w przypadkowej kolejności. Jeśli dziecko nadal ma problemy, zadanie wykonujemy wspólnie, zapewniając poczucie radości z wykonanego zadania.

Tabela 1

Jakościowo-liczbowa ocena zadania 1

| Strefy rozwojowe | | Jakościowa charakterystyka wykonania | Punktacja |
|-----------------------------|--------------|--|-----------|
| Strefa Aktualnego Rozwoju | Dolny obszar | samodzielnie metodą wzrokowego różnicowania lub praktycznego przybliżania różnicuje 3 figury na 3 | 4 |
| | Górny obszar | samodzielnie metodą prób i błędów dopasowuje 3 figury na 3 | 3 |
| Strefa Najbliższego Rozwoju | Dolny obszar | po demonstracji metody prób i błędów dopasowuje 3 figury na 3 | 2 |
| | Górny obszar | po wspólnym wykonaniu zadania dopasowuje 3 figury na 3 | 1 |
| Strefa Oddalonego Rozwoju | – | nie dobiera do pary wszystkich 3 figur; w Arkuszu Oceny Rozwoju Poznawczego zaznaczamy, jakie figury różnicuje | 0 |

UWAGA: Prawidłowy sposób wykonania – podłożenie, nałożenie, wskazanie gestem lub wzrokiem – w tych dwóch ostatnich przypadkach to diagnosta podkłada obrazki

Wyniki

Zachowanie badanych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i umiarkowanym w sytuacji zadaniowej

Przedstawiono uogólnioną charakterystykę funkcjonowania wszystkich badanych z niepełnosprawnością intelektualną, a więc również dzieci z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, których osiągnięcia poznawcze będą prezentowane w szóstej części.

Komunikacyjna wrażliwość

W trakcie badania obserwowano wrażliwość komunikacyjną (tab. 2), która przejawiała się przede wszystkim w:

- 1) potrzebie bycia dostrzeganym i uznania – 88,2%;
- 2) poszukiwaniu pomocy, gdy zadanie sprawiało trudności (dorosły w charakterze pomocnika, potrzeba współdziałania) – 19,4%;
- 3) zdolności do naśladowania demonstrowanej strategii rozwiązania (dorosły jako wzór, potrzeba współdziałania) – 98,1%.

Tabela 2

Wrażliwość komunikacyjna dzieci z lekką i umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną

| Lp. | Wyznaczniki | Wskaźniki | Grupy | | | | | | |
|-----|---|---|--------|------|--------|------|------------|------|-------|
| | | | L (47) | | U (46) | | Razem (93) | | |
| | | | Liczba | [%] | Liczba | [%] | Liczba | [%] | |
| 1. | Wrażliwość na zachowanie badającego, potrzeba uznania | Dziecko jest wrażliwe na ocenę | 41 | 82,7 | 41 | 89,1 | 82 | 88,2 | 100,0 |
| | | Nie zwraca uwagi na reakcje nauczyciela | 6 | 12,8 | 5 | 10,9 | 11 | 11,8 | |
| 2. | Zdolność do inicjowania interakcji w celu osiągnięcia sukcesu | Prosi o pomoc | 7 | 14,9 | 11 | 23,9 | 18 | 19,4 | 100,0 |
| | | Nie prosi o pomoc | 40 | 85,1 | 35 | 76,1 | 75 | 80,6 | |
| 3. | Zdolność do naśladowania demonstrowanej strategii | Naśladuje czynności ze zrozumieniem | 40 | 85,1 | 25 | 54,3 | 65 | 69,9 | 100,0 |
| | | Naśladuje mechanicznie | 7 | 14,9 | 20 | 43,5 | 27 | 29,0 | |
| | | Nie naśladuje | 0 | 0,0 | 1 | 2,2 | 1 | 1,1 | |

Źródło: Kulesza 2004, s. 126.

Większość dzieci obserwowała dorosłego podczas rozwiązywania zadań, pokazywała rezultat swoich działań, oczekiwała aprobaty. Prośbę o pomoc badani wyrażali zwykle spojrzeniem, przysunięciem zabawki, rzadko słownie: *Nie mogę* lub *Pani*.

Analiza zdolności do naśladowania demonstrowanej strategii ujawniła zróżnicowany poziom, który korelował ze stopniem niepełnosprawności. Zdecydowana większość (85,1%) dzieci z lekką i połowa (54,3%) dzieci z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną naśladowała czynności pokazywane przez nauczyciela ze zrozumieniem. U pozostałych, którzy potrzebowali pomocy, odnotowano mechaniczne odtwarzanie czynności dorosłego (14,9% dzieci z lekką i 43,5% osób z umiarkowaną intelektualną). Zaburzenie mechanizmu kontrolującego przebieg myślenia u uczniów z niepełnosprawnością intelektualną opisane zostało przez Ż.I. Szif (1965) i J.T. Matasowa (1986).

Zdolność dostrzegania sytuacji problemowej

Wyróżniono następujące wyznaczniki zachowania: 1) zainteresowanie zadaniami, 2) rozumienie instrukcji, 3) rozpoznanie warunków wypełnienia zadania oraz 4) zdolność do oceny rezultatów własnego działania.

Należy odnotować, że barwne drewniane zabawki oraz kolorowe obrazki wzbudzały niezależnie od stopnia niepełnosprawności duże zainteresowanie dzieci. Widząc je, wyraźnie się ożywiały i natychmiast chciały się nimi bawić. Tylko nielicznych badanych (11,8%) zachęcano do podjęcia działań, aktywizowano ich uwagę i wzmacniano motywację. Diagnosta demonstrował pomoce dydaktyczne oraz reagował w sposób przesadnie emocjonalny tak, aby swoim zaangażowaniem pobudzić je do działania.

Instrukcja miała charakter werbalno-gestowy, uwzględniający specyfikę rozumienia mowy osób z niepełnosprawnością intelektualną. Dzieci z lekką niepełnosprawnością rzadziej potrzebowały powtórzenia instrukcji (29,8%) niż dzieci z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (73,9%).

Próby rozpoznania sytuacji problemowej podjęła podobna liczba dzieci z obu grup (51,1% – z lekką niepełnosprawnością i 60,9% – z umiarkowaną niepełnosprawnością). Czynności z tym związane miały charakter orientacyjno-badawczy (obracanie w dłoniach, oglądanie, przymierzanie itp.). Pozostałe dzieci od razu rozpoczynały działania związane albo z wykonaniem zadania, np. złożeniem zabawki z części, wrzuceniem klocków do pudełka, dopasowaniem klocków do koloru, albo zgodne z ich dotychczasowym doświadczeniem, np. budowały z klocków wieżę, nie zwracając uwagi na instrukcję.

Zaobserwowano również czynności chaotyczne, często siłowe, zwłaszcza gdy trzeba było złożyć piramidkę, „babę”, umieścić klocki w pudełku, wrzucając w odpowiednie otwory. Szczególne trudności w analizie informacji wynikających z własnych działań obserwowano u badanych z umiarkowaną niepełnosprawnością. Ich czynności orientacyjno-badawcze miały często charakter „pseudobadawczy”, np. naśladowali jedynie ruchy nauczyciela demonstrującego strategię dopasowania klocków do otworów metodą prób

i błędów, wielokrotnie powracali do tego samego otworu i nie potrafili znaleźć właściwego. Na brak lub niedostateczne zapoznanie się z warunkami zadania przez uczniów z niepełnosprawnością intelektualną zwraca uwagę m.in. L.S. Rubinsztein (1979).

Warto podkreślić, że większość dzieci z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia zwracała uwagę na końcowy efekt swoich działań (89,4%). Prawie połowa badanych z umiarkowaną niepełnosprawnością (45,2%) miała świadomość celu i rezultatu działania, około jednej trzeciej (35,5%) sporadycznie zwracało na to uwagę, a co piąte dziecko (19,3%) podejmowało czynności tylko dlatego, że zabawka pobudzała je do działania lub prosił o to dorosły. Obserwowano wielokrotne powtarzanie tych samych czynności, zwłaszcza, gdy wprowadzano drewniane zabawki.

Ciekawą tezę dotyczącą zachowania osób z niepełnosprawnością intelektualną wysunął J. Kounin (za: Pilecka, Pilecki 1995). Twierdzi on, że nie poszukują one rozwiązania, lecz dążą do przedłużania kontaktu społecznego wewnątrz sytuacji poznawczej. Dlatego też obserwuje się powtarzające się czynności i oczekiwanie aprobaty.

Krótkie podsumowanie:

- 1) ujawniono interakcyjną, komunikacyjną gotowość; wrażliwość na ocenę swoich działań przez nauczyciela, zwracanie się do niego o pomoc w razie trudności;
- 2) stwierdzono, że materiał diagnostyczny dobrany został właściwie, większość badanych chętnie podejmowała proponowane zadania; dzieci z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej zgodnie z przewidywaniem lepiej rozumiały polecenia;
- 3) zarówno dzieci z lekką, jak i umiarkowaną niepełnosprawnością podejmowały czynności orientacyjno-poznawcze, jednak u tych ostatnich częściej były to czynności pseudobadawcze;
- 4) zdecydowana większość badanych z niepełnosprawnością intelektualną naśladowała czynności demonstrowane przez nauczyciela.

Można zatem stwierdzić, że wrażliwość komunikacyjna i dobrze zachowany mechanizm naśladowania to mocne strony badanych z niepełnosprawnością intelektualną.

Osiągnięcia poznawcze dzieci z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej w wieku trzech i czterech lat

Rezultaty analizy statystycznej pokazuje tabela 3. Zawarte w niej dane ujawniają istotne statystycznie różnice w wykonaniu zestawów zadań dopasowanych rozwojowo przez dzieci niepełnosprawne i pełnosprawne na korzyść tych ostatnich. Należy odnotować niższy poziom istotności różnic u dzieci o wieku umysłowym cztery lata ($p < 0,05$) niż u dzieci z grupy młodszej ($p < 0,01$).

Analiza wyników uzyskanych za zadania w poszczególnych grupach rozwojowych pozwoli na bardziej wnikliwą jakościową charakterystykę i ujawnienie nie tylko słabych, ale również mocnych stron badanych.

Tabela 3

Wyniki dzieci z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej i normatywnym rozwojem w parach o takim samym wieku umysłowym – zestawy dla grup rozwojowych

| Wiek umysłowy w latach | Grupa | N | Średnia | Odchylenie standardowe | Błąd st. średniej | Test Levene'a | | Test równości średnich | | |
|------------------------|-------|----|---------|------------------------|-------------------|---------------|-----------|------------------------|--------|-----------|
| | | | | | | F | Istotność | t | df | Istotność |
| 3 | N | 11 | 82,386 | 12,267 | 3,698 | 4,793 | 0,041 | 3,027 | 15,227 | 0,008 |
| | UL | 11 | 58,522 | 23,095 | 6,963 | | | | | |
| 4 | N | 14 | 71,840 | 17,811 | 4,760 | 0,182 | 0,673 | 2,088 | 26 | 0,047 |
| | UL | 14 | 57,692 | 18,040 | 4,821 | | | | | |

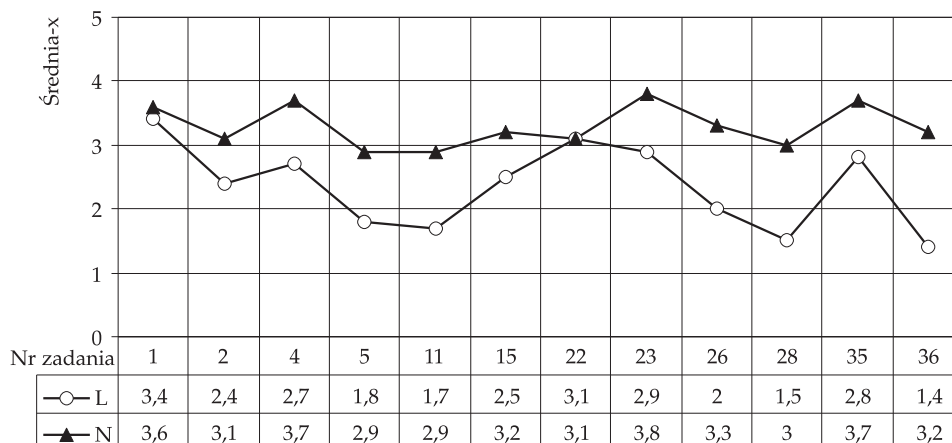
Punkcja sprowadzona do skali od 0 do 100

Źródło: Kulesza 2004, s. 132.

Profil osiągnięć poznawczych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim o wieku umysłowym trzy lata

Średni wiek umysłowy (w.u.) dzieci z niepełnosprawnością i dzieci z normą intelektualną wynosił 38 miesięcy, zaś wiek życia (w.ż.) odpowiednio 66 i 37 miesięcy. Osiągnięcia poznawcze jednych i drugich oceniano tym samym zestawem 12 zadań dopasowanych rozwojowo (w nawiasie podano numer zadania w 44-itemowym zestawie oraz poziom istotności różnic, skrót n.i. oznacza różnice nieistotne statystycznie):

- 1) dobieranie figur geometrycznych do pary: koło, kwadrat i trójkąt (zad. 1, n.i.);
- 2) spostrzeganie odpowiedniości podstawy (kwadrat, trójkąt, koło i prostokąt) brył geometrycznych i otworu (zad. 2, n.i.);
- 3) dobieranie kolorów do pary (czerwony, zielony, żółty, niebieski) (zad. 4, n.i.);
- 4) dobieranie barwnego desygnatu do słowa (dwa kolory, zad. 5, n.i.);
- 5) układanie trzejelementowej piramidki (zad. 11, $p < 0,05$);
- 6) składanie lalki („baby”) z czterech części (zad. 15, n.i.);
- 7) dobieranie przedmiotów do pary – sześć par (zad. 22, n.i.);
- 8) synteza obrazka z dwóch części (zad. 23, $p < 0,05$);
- 9) równoległe odtwarzanie trzejelementowych układów (zad. 26, $p < 0,05$);
- 10) dostrzeganie obrazków jednocześnie jako podobnych i różnych – dwie grupy (zad. 28, $p < 0,01$);
- 11) dostrzeganie odpowiedniości liczbowo-ilościowej: jeden-dużo (zad. 35, $p < 0,05$);
- 12) dostrzeganie odpowiedniości liczbowej: do trzech elementów (zad. 36, $p < 0,01$).



Liczba badanych – 22; N – dzieci z normą intelektualną; L – dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną

Wykres 1. Średnia liczba punktów za poszczególne zadania dzieci z lekkim upośledzeniem umysłowym i dzieci w normie intelektualnej o wieku umysłowym trzy lata – dobór w parach
Źródło: Kulesza 2004, s. 136.

Zastosowano t-test dla grup niezależnych, który ujawnił różnice istotne statystycznie w sześciu zadaniach: 11, 23, 26, 28, 35, 36. Niepełnosprawne dzieci wykazały istotnie niższe zdolności różnicowania wielkości kół piramidki (zad. 11, średnia – 1,7 pkt., $p < 0,05$). „Czasami zdarzało się, że nakładały «czubek» (element końcowy piramidki) przed ułożeniem kół, zamykały więc drogę do dalszych czynności. Chociaż stosunkowo dobrze składały obrazek z dwóch części (zad. 23, średnia – 2,9 pkt., $p < 0,05$), to dzieci bez problemów rozwojowych posiadały w tym zakresie istotnie wyższe umiejętności (średnia – 3,8 pkt.). Zdolność dostrzegania relacji przestrzennych w trzejelementowym układzie z klocków także różnicowała badanych (zad. 26, $p < 0,05$). Dzieci z lekką niepełnosprawnością starały się równolegle odtwarzać czynności dorosłego, lecz miały problemy z uwzględnieniem położenia klocków w przestrzeni” (Kulesza 2004, s. 135).

Szczególne problemy mieli niepełnosprawni badani z wyodrębnieniem zasady klasyfikacji – zwierzęta, odzież (zad. 28, $p < 0,01$). Nauczyciel rozpoczynał grupowanie, np. krowa i kura, sukienka i spodnie, następnie prosił dziecko o położenie kolejnego obrazka w odpowiednim rzędzie.

Również zdolności matematyczne dzieci z niepełnosprawnością różniły się istotnie od zdolności pełnosprawnych dzieci (zad. 35, $p < 0,01$). Na dłoń lub na stół kładziono 1, potem 2 i 3 patyczki oraz gestem i słowem proszono o odtworzenie pokazywanej liczby elementów. Badani chętnie odtwarzali ruchy nauczyciela, ale najczęściej nie zwracali uwagi na liczbę patyczków.

W sześciu zadaniach nie zarejestrowano różnic istotnych statystycznie. Do mocnych stron dzieci z niepełnosprawnością należały:

- zdolność różnicowania kształtów figur i brył geometrycznych (zad. 1, zad. 2);
- zdolność różnicowania kształtów przedmiotów na obrazkach (zad. 22);
- zdolność wzrokowego różnicowania czterech kolorów i nazywania dwóch kolorów (zad. 4, zad. 5) oraz

– zdolność kombinowania elementów (składanie zabawki z czterech części, zad. 15).

Wykres 1 ukazuje również większe rozbieżności w poziomie rozwoju poszczególnych zdolności u dzieci z lekką niepełnosprawnością w porównaniu z dziećmi pełnosprawnymi.

Rozmieszczenie zadań w strefach rozwojowych oraz skuteczność pomocy

Dzieci o normatywnym rozwoju większość zadań (aż 10) wykonały samodzielnie (SAR). Dwa zadania (zad. 5 – bierna znajomość nazw dwóch kolorów i zad. 11 – układanie trzelementowej piramidki według wielkości) weszły w obręb ich SNR.

Zupełnie odwrotny obraz obserwujemy u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Strefa Aktualnego Rozwoju okazała się bardzo wąska, znalazły się w niej dwa zadania: zad. 1 – dobieranie do pary figur geometrycznych i zad. 22 – dobieranie do pary obrazków. Natomiast bardzo pojemna była Strefa Najbliższego Rozwoju, tu mieściło się aż 10 zadań.

Dotychczasowe analizy wskazują, że oferowane etapy pomocy pozwalają na odkrywanie najbliższego potencjału rozwojowego dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.

Tabela 4

Zadania w strefach rozwojowych dzieci z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej i normatywnym rozwoju o wieku umysłowym trzy lata

| Grupa | Strefa rozwojowa | | | Ogółem |
|---------------|---------------------------|-----------------------------|---------------|--------|
| | Strefa Aktualnego Rozwoju | Strefa Najbliższego Rozwoju | | |
| | | dolny obszar | górnny obszar | |
| Norma | 10 | 2 | 0 | 12 |
| Lekka n. int. | 2 | 6 | 4 | 12 |

Źródło: Kulesza 2004, s. 134.

Pomoc przewidziana w procedurze diagnostycznej przyczyniła się do wzrostu poziomu wykonania zadań zarówno przez dzieci pełnosprawne, jak i niepełnosprawne. Analiza wykazała także większą skuteczność nauczania w grupie o normatywnym rozwoju, wyniosła ona 79,2%, niż w grupie z lekką niepełnosprawnością intelektualną, gdzie uzyskano wskaźnik 53,7%.

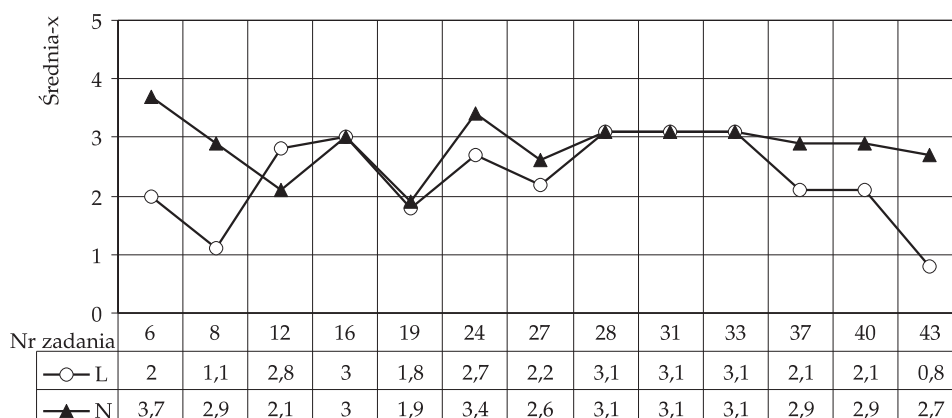
Profil osiągnięć poznawczych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim o wieku umysłowym cztery lata

Średni wiek życia dzieci z lekką niepełnosprawnością wynosił 88 miesięcy, a ich wiek umysłowy 49 miesięcy. Natomiast dzieci o normatywnym rozwoju miały odpowiednio (w.ż.) 49 miesięcy i (w.u.) 49 miesięcy. Zestaw dla grupy o wieku umysłowym cztery lata zawierał 13 zadań (w nawiasie podano nr zadania w 44-itemowym zestawie oraz poziom istotności różnic, skrót n.i. oznacza różnice nieistotne statystycznie):

- 1) bierna znajomość nazw czterech kolorów (zad. 6, $p < 0,01$);
- 2) czynna znajomość nazw czterech kolorów (zad. 8, $p < 0,05$);
- 3) układanie pięcioelementowej piramidki (zad. 12, n.i.);
- 4) składanie lalki („baby”) z sześciu części (zad. 16, n.i.);

- 5) włączenie w uporządkowany szereg jednego elementu (zad. 19, n.i.);
- 6) synteza obrazka z trzech części (zad. 24, n.i.);
- 7) odtwarzanie trzelementowych układów według wzorca (zad. 27, n.i.);
- 8) dostrzeganie obrazków jednocześnie jako podobnych i różnych – dwie grupy (zad. 28, n.i.);
- 9) porządkowanie figur geometrycznych według koloru – cztery grupy (zad. 31, n.i.);
- 10) porządkowanie figur geometrycznych według kształtu – cztery grupy (zad. 33, n.i.);
- 11) dostrzeganie odpowiedniości liczbowej – cztery elementy (zad. 37, n.i.);
- 12) dodawanie i odejmowanie w przedziale 3. (40, n.i.),
- 13) układanie historyjki z trzech obrazków (zad. 43, $p < 0,001$).

Średnie za poszczególne zadania ujawniają podobny poziom osiągnięć poznawczych pełnosprawnych i niepełnosprawnych umysłowo dzieci w 9 próbach zestawu dla czterolatków. Szczególnie warta podkreślenia jest wysoka średnia liczba punktów (2,5 pkt.) za wykonanie zadań zestawu uzyskana przez badanych z lekką niepełnosprawnością umysłową (wyk. 2).



Liczba badanych – 28; N – dzieci o normatywnym rozwoju, L – dzieci z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej

Wykres 2. Średnia liczba punktów za poszczególne zadania dzieci z lekką niepełnosprawnością i w normie intelektualnej o wieku umysłowym cztery lata – dobór w parach
Źródło: Kulesza 2004, s. 140.

Tylko w trzech (6, 8 i 43) na trzynastu zadaniach zarejestrowano statystycznie istotne różnice pomiędzy średnimi – na niekorzyść badanych z niepełnosprawnością. „Dwie pierwsze próby różnicujące dzieci oceniały bierną (zad. 6, $p < 0,01$) i czynną (zad. 8, $p < 0,05$) znajomość nazw kolorów. Sprawdzały zatem umiejętności wymagające dobrego skoordynowania sensorycznego obrazu i oznaczającego go słowa. Szczególnie niską średnią odnotowano w zad. 8 – 1,1 pkt. Znając wiele nazw kolorów, dzieci niepełnosprawne umysłowo nie potrafiły dopasować ich do barwnego wzorca. Najniższy wynik (0,8 pkt.) zarejestrowano w próbie 43 – układanie trzelementowej historyjki. Dzieci wykazywały zainteresowanie obrazkami, nazywały postacie i przedmioty, lecz nie dostrzegały związków pomiędzy nimi, nie rozumiały zachodzących na nich

zdarzeń. Zdolność dostrzegania przyczyny i skutku różnicowała badane grupy ($p < 0,001$) (Kulesza 2004, s. 138–139).

Chociaż linie wykresu pokrywają się w wielu miejscach, to obserwujemy większe zróżnicowanie profilu zdolności poznawczych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w wieku czterech lat niż ich sprawnych koleżanek i kolegów o tym samym wieku umysłowym.

Rozmieszczenie zadań w strefach rozwojowych oraz skuteczność pomocy

Wyrównany poziom osiągnięć badanych znajduje swoje odzwierciedlenie w liczbie zadań znajdujących się w strefach rozwojowych obu grup. W Strefach Aktualnego i Najbliższego Rozwoju dzieci z lekką niepełnosprawnością było odpowiednio 4 i 8 zadań, a dzieci o normatywnym rozwoju 6 i 7 zadań. Takie rozmieszczenie zadań w strefach rozwojowych wskazuje, że poziom trudności tego zestawu był wyższy niż zestawu dla dzieci trzyletnich.

Tabela 5

Zadania w strefach rozwojowych dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną i normatywnym rozwoju o wieku umysłowym cztery lata

| GRUPA | STREFA ROZWOJOWA | | | OGÓŁEM | |
|---------------|---------------------------|-----------------------------|---------------|--------|---------------------------|
| | Strefa Aktualnego Rozwoju | Strefa Najbliższego Rozwoju | | | Strefa Oddalonego Rozwoju |
| | | dolny obszar | górnny obszar | | |
| Norma | 6 | 6 | 1 | 0 | 13 |
| Lekka n. int. | 4 | 6 | 2 | 1 | 13 |

Źródło: Kulesza 2004, s. 140.

Ułożenie trzejelementowej historyjki było za trudne dla dzieci z dysfunkcją intelektualną, dlatego też weszło w obręb Strefy Oddalonego Rozwoju. Zdolność logicznego myślenia, dostrzegania przyczyny i skutku najwyraźniej kształtuje się u badanych z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej znacznie wolniej niż inne zdolności.

Na podstawie przeprowadzonej analizy można wysnuć wniosek, że strategia udzielania pomocy pozwoliła ujawnić najbliższe możliwości poznawcze zarówno dzieci z niepełnosprawnością, jak i dzieci o prawidłowym przebiegu rozwoju o wieku umysłowym cztery lata.

Nauczanie przyniosło oczekiwaną poprawę wykonania zadań, a jego skuteczność w grupie dzieci o normatywnym rozwoju wyniosła 76,3%. Dzieci z lekką niepełnosprawnością skorzystały z co drugiej podpowiedzi – 52,7%. Zatem efektywność pomocy była wyraźnie niższa w grupie badanych z niepełnosprawnością intelektualną.

Podsumowanie

Badania ujawniły dużą wrażliwość edukacyjną dzieci z dysfunkcją intelektualną, porównywalne w niektórych zakresach osiągnięcia poznawcze, a w szczególności:

1) wrażliwość komunikacyjną dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w sy-

- tuacji zadaniowej: dobrze rozwiniętą potrzebę bycia w polu uwagi, potrzebę oceny swoich działań i kooperacji;
- 2) zdolność do naśladowania demonstrowanych przez dorosłego sposobów rozwiązywania zadania;
 - 3) edukacyjną wrażliwość: około 50% podpowiedzi niepełnosprawne intelektualnie dzieci wykorzystywały efektywnie;
 - 4) porównywalne z pełnosprawnymi rówieśnikami zdolności w zakresie percepcji wzrokowej przedmiotów, kolorów, kształtów figur i brył geometrycznych, kombinowania elementów i składania zabawki z części, segregowania figur według koloru i kształtu;
 - 5) duży potencjał rozwojowy dzieci niepełnosprawnych intelektualnie: większość prób rozwiązywały one w Strefie Najbliższego Rozwoju.
 - 6) pod wpływem pomocy odnotowano znaczący wzrost poziomu wykonania zadań i ujawniono zdolności, które się dopiero kształtują.

Bibliografia

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Case, R. (1985). *Intellectual development*. New York: Academic Press.
- Kulesza, E.M. (2004). *Rozwój poznawczy dzieci z lekkim i umiarkowanym stopniem upośledzenia umysłowego – diagnoza i wspomaganie. Studia empiryczne*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Kulesza, E.M. (2011). Diagnoza potencjału poznawczego dzieci w wieku przedszkolnym – model teoretyczny oraz weryfikacja narzędzia (część 1). *Szkoła Specjalna*, 1.
- Matasow, J.T. (1986). *Izuczenije myslitelnoj diejatielnosti uczaszczichsja wspomogatielnoj szkoły*. Leningrad: ŁGPI im. A.I. Hercena.
- Pilecka, W., Pilecki, J. (red.) (1995). *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.
- Rubinsztejn, L.S. (1979). *Psychologija umstwiennno otstałowo školnika*. Moskwa: Proswieszczenie.
- Szif, Ż.I. (red.) (1965). *Osobiennosti umstwiennogo razwitija uczaszczichsja wspomogatielnoj szkoły*. Moskwa: Pedagogika.
- Wygotski, L.S. (2004). *Psychologija razwitija riebionka*. Moskwa: EKSMO.

DIAGNOSIS OF COGNITIVE POTENTIAL IN PRESCHOOL-AGED CHILDREN (PART 4). THREE- AND FOUR-YEAR-OLD CHILDREN WITH MILD INTELLECTUAL DISABILITIES

Summary

The article presents the findings of the research on cognitive abilities in children with mild intellectual disabilities at the developmental age of three through six. The children were given a set of tasks adapted to their development, and task performance was rated on a 0–4 scale. In accordance with the idea of L. S. Vygotsky's zone of proximal development, the diagnostic process provided for two-stage support when a task was very difficult. The results of the children with disabilities were compared to the results of children with normal development, the differences and similarities in their cognitive development were pointed out, and sensitivity to instruction (effectiveness of support) of individual groups was compared.

Key words: zone of actual development, zone of proximal development, zone of distal development, cognitive abilities, intellectual disability

WYUCZONA BEZRADNOŚĆ INTELEKTUALNA ORAZ UMIEJSCOWIENIE POCZUCIA KONTROLI NAD OCENAMI SZKOLNYMI U MŁODZIEŻY GIMNAZJALNEJ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W STOPNIU LEKKIM

Wyniki badań osób z niepełnosprawnością intelektualną, chociaż nie są jednoznaczne, wskazują raczej na wysoki poziom wyuczonej bezradności oraz większą tendencję do przejawiania zewnętrznego umiejscowienia poczucia kontroli w opisywanej grupie. Artykuł stanowi prezentację badań własnych, mających na celu analizę poziomu obu zmiennych w powiązaniu z sytuacją szkolną, a więc poziomu wyuczonej bezradności intelektualnej oraz umiejscowienia poczucia kontroli nad ocenami szkolnymi. W części teoretycznej zaprezentowano także przegląd badań dotyczących omawianej problematyki. Wyniki badań własnych wskazują na niższy poziom wyuczonej bezradności intelektualnej oraz bardziej wewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli nad ocenami szkolnymi u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w porównaniu do pełnosprawnych rówieśników.

Słowa kluczowe: wyuczona bezradność, poczucie kontroli, niepełnosprawność intelektualna

Bezradność jest terminem, który funkcjonuje w języku potocznym jako synonim trudności dostosowania się do zmieniających się warunków, w szczególności tych trudnych (Ciżkowicz 2009). Ze strony naukowej definiowanie bezradności zależy od przyjętej perspektywy teoretycznej. Inne aspekty omawianego zjawiska leżą w kręgu zainteresowań socjologów, pedagogów, czy psychologów społecznych, klinicznych i osobowości. Z perspektywy niniejszej pracy omówiono psychologiczne ujęcie wyuczonej bezradności.

Badania amerykańskich psychologów w latach 70. i 80. XX w., prowadzone w nurcie psychologii behawioralnej, a zwłaszcza warunkowania sprawczego pokazały, że długotrwała niemożność kontrolowania zdarzeń może mieć znaczący wpływ na wykonywanie zadań w późniejszym czasie, w warunkach możliwych do kontroli (Ciżkowicz 2009). Na podstawie obserwacji poczynionych przez Seligmana i współpracowników na psach (Seligman, Overmier 1967; Seligman, Maier 1967, za: Ciżkowicz 2009; Overmier 2002), w klasycznym już badaniu eksperymentalnym zauważono interesujące prawidłowości. Psy, które poddane zostały tzw. treningowi bezradności (przepływ prądu był przypadkowy, niezależny od reakcji) wykazywały zaburzenia zachowań, które miałyby służyć unikaniu kolejnych wstrząsów (Ciżkowicz 2009). Pod wpływem obserwacji autorzy eksperymentu wysunęli wniosek, że przebywanie w sytuacji niekontrolowanej przyczynia się do szczególnego rodzaju uczenia się – psy uczyły się bowiem,

według autorów, braku związku pomiędzy swoim zachowaniem a zdarzeniami. Podobne zmiany zachowania zaobserwowano u ludzi, poddając ich w sytuacji eksperymentalnej działaniu dźwięku o wysokim natężeniu (Hiroto, Seligman 1975, za: Ciżkowicz 2009). Wyniki badań nad wyuczoną bezradnością u ludzi nie były jednak całkowicie jednoznaczne. W niektórych przypadkach zaobserwowano nawet polepszenie się wyników po przeprowadzeniu treningu bezradności. Te kontrowersje spowodowały poszukiwanie przez badaczy nowych wyjaśnień zaobserwowanego zjawiska. Nowe koncepcje można podzielić na dwie grupy: kontynuatorów myśli Seligmana, rozwijających zaproponowany przez niego klasyczny model bezradności i postulujących rolę braku wpływu, oraz grupę koncepcji teoretycznych, których zwolennicy kładą nacisk na rolę niepowodzeń jako przyczyn powstawania symptomów bezradności.

Sędek i Kofta na podstawie badań własnych prowadzonych w celu weryfikacji głównych tez przedstawionych nurtów teoretycznych doszli do wniosku, że podstawowym problemem osób będących w stanie bezradności są „kłopoty z wytwarzaniem skutecznych programów aktywności w sytuacjach nowych” (Sędek, Kofta 1993, s. 166). Zaproponowali oni informacyjny model bezradności, postulujący istnienie tego rodzaju trudności mających związek z zaburzeniami w zakresie poznawczej kontroli działania. W przeciwieństwie do teorii Seligmana, postulującej poznawczą aktywność jednostki, polegającą na rejestracji zachowań, ich konsekwencji, związków przyczynowo-skutkowych oraz formułowaniu wyjaśnień przyczynowych, model informacyjny postuluje aktywny charakter procesów poznawczych. Przedmiotem tych procesów nie są już jedynie wydarzenia z przeszłości (tak, jak postulowała teoria Seligmana), ale skierowane są one głównie na przyszłość (stany, których jednostka chce uniknąć, bądź które zamierza osiągnąć). Ponadto, procesy poznawcze w modelu informacyjnym mają charakter generatywny i polegają na tworzeniu modeli umysłowych, które stanowią programy aktywności uwzględniające rodzaj zadania oraz okoliczności towarzyszące wykonaniu. Procesy poznawcze w tym ujęciu sterują zachowaniem jednostki, na przykład determinując podejmowaną strategię działania.

Sędek (1995), adaptując opisany model do warunków nauki szkolnej, stworzył model bezradności intelektualnej. Zgodnie z jego założeniami główną przyczyną bezradności intelektualnej w szkole jest nieodpowiedni sposób nauczania (np. koncentracja na mechanicznym zapamiętywaniu, mało urozmaicone przekazywanie treści), nieprawidłowości w relacjach pomiędzy uczniem a nauczycielem, a także nieodpowiednie sposoby uczenia się. Model ten postuluje istnienie poznawczego treningu bezradności, który polega na niemożności zrozumienia nowego materiału podczas zajęć, pomimo długotrwałej aktywności umysłowej. Taka sytuacja może wywoływać stan bezradności intelektualnej, który opisywany jest poprzez demobilizację poznawczą (zmniejszenie aktywności poznawczej dążącej do rozwiązania problemu) oraz deficyt rozumienia (zmniejszenie zdolności do włączania nowych informacji w już istniejące struktury). Jeżeli takie stany bezradności występują wielokrotnie, ulegną stabilizacji, co ułatwi ich przyszłe wzbudzenie bez wcześniejszego treningu. Jak pisze autor koncepcji, „bezradność nie jest cechą osobowości, ale stanem specyficznym dla danej domeny poznawczej” (Sędek 1995, s. 26). Uczeń może więc być bezradny na języku polskim, nie

wykazując adekwatnych cech na innych przedmiotach. Ponadto, stan bezradności ucznia wpływa na jego niskie osiągnięcia szkolne, utrudniając uczenie się ze zrozumieniem. Autor na podstawie badań własnych skonstruował Skalę Bezradności Intelktualnej, którą zastosowano w opisanych w części empirycznej badaniach.

Wiele badań poświęcono analizie bezradności u małych dzieci (Bodiford, Eisenstadt, Johnson, Bradlyn 1988; Cole, Warren, Dallairei in. 2007). Jednakże adolescencja jest okresem, który – z powodu możliwości wcześniejszego nabycia doświadczeń związanych z sukcesami i porażkami – daje szansę na optymalne badanie omawianego zjawiska (Reynolds, Miller, 1989). Jak zauważają Dweck, Goetz i Strauss (1980, za: Reynolds, Miller 1989) środowisko szkolne umożliwia jednostce wielokrotne przeżywanie sytuacji związanych zarówno z doświadczaniem sukcesu, jak i porażki. Uczniowie wraz z przechodzeniem przez kolejne progi edukacji wykazują coraz mniej pozytywny stosunek wobec szkoły oraz spadek motywacji do uczenia się (Ciżkowicz 2009). Putkiewicz (1975) wiąże tendencję tą ze zmianą motywacji do uczenia z wewnętrznej na zewnętrzną. Ma to miejsce wówczas, gdy uczeń doświadcza monotonii prowadzonych zajęć czy też nieprzydatności przyswajanej wiedzy. Ochronnej roli nauczyciela Putkiewicz upatruje w zaspokajaniu potrzeby sukcesu i osiągnięć poprzez odpowiednie traktowanie zarówno uczniów o słabych, jak i o dobrych wynikach w nauce. Uczeń, który wkłada wiele wysiłku w osiągnięcie danego celu bez otrzymania oczekiwanych rezultatów nie czuje się wewnętrznie motywowany do podejmowania kolejnych prób. Niepowodzenia szkolne, których doświadcza on mimo wkładanego w wykonanie zadania lub zrozumienie materiału wysiłku intelektualnego, mogą początkowo powodować wzrost mobilizacji intelektualnej oraz intensywne podejmowanie działań zmierzających do osiągnięcia celu (Ciżkowicz 2009). Kolejne niepowodzenia, zgodnie z teorią bezradności, spowodują, że jednostka „nauczy się”, że jej działania, pomimo ich intensyfikacji nie przynoszą pożądanego rezultatu. Model wyuczonej bezradności intelektualnej zakłada, że opisywany konstrukt nie jest cechą stałą jednostki, lecz może ujawniać się pod wpływem określonych okoliczności – dana osoba nie musi odczuwać bezradności na zajęciach ze wszystkich przedmiotów (Sędek 1995). Takie założenie skłania do głębszych rozważań nad wpływem sposobu nauczania na wykształcanie się bezradności uczniów. Badania Sędka (1995) wskazują na taki wpływ – styl nauczania jest predykatorem zarówno wyuczonej bezradności uczniów, jak i niskich osiągnięć szkolnych. Nauczyciel wymagający jednak potrafiący przekazać posiadaną wiedzę stwarza sytuację kontrolowalną z punktu widzenia ucznia, który może odpowiednio zasymilować materiał, rzetelnie przygotowując się do zajęć. Sędek, przedstawiając swój model, nie neguje jednocześnie wpływu indywidualnych cech ucznia na powstawanie bezradności, takich jak motywacja do osiągnięć, czy strategię uczenia się.

Na kształtowanie się symptomów bezradności ma także wpływ sposób, w jaki uczeń wyjaśnia przyczyny swojej porażki, a więc styl atrybucyjny. Jeżeli swoje niskie osiągnięcia przypisuje on sobie (np. niskiej inteligencji, brakowi zdolności), a także cechom stałym, trudnym do zmiany, spowoduje to utrzymywanie się stanu bezradności. Może się też tak stać w sytuacji, kiedy za przyczynę trudności w zrozumieniu materiału uważa stałą cechę nauczyciela. Poczucie bra-

ku kontroli stanowi główną składową wyuczonyj bezradności. Nauczyciel surowy, który nie potrafi przekazać wiedzy wywołuje swoim zachowaniem sytuację braku kontroli, co może przyczynić się do powstania symptomów bezradności intelektualnej. Badania potwierdziły wpływ depresyjnego stylu atrybucyjnego na obniżenie wyników szkolnych, a następnie nasilenie symptomów wyuczonyj bezradności (Seligman i in. 1984, za: Ciżkowicz 2009).

Styl atrybucyjny, warunkujący sposób wyjaśniania przyczyn zdarzeń jest ściśle związany z pojęciem poczucia umiejscowienia kontroli (Cohen, Rothbart, Phillips 1976; Hiroto 1974). Pojęcie to zostało wprowadzone w ramach społecznej teorii uczenia się Rottera (1954, za: Szmigielska 1983). Autor koncepcji wprowadził rozróżnienie na poczucie kontroli zewnętrznej i wewnętrznej, które to rozróżnienie odnosi się do stopnia, w jakim jednostka oczekuje, że wynik jej działań zależy od niej samej (wewnętrzne poczucie kontroli) bądź jest rezultatem szczęścia, pecha, działań innych osób lub czynników nieprzewidywalnych (zewnętrzne poczucie kontroli) (Rotter 1966, za: Szmigielska 1995). Takie przekonania, zgodnie z teorią uczenia się, podlegają generalizacji na skutek wielokrotnego przeżywania pewnego typu doświadczeń.

Badania nad poczuciem kontroli u dzieci i młodzieży zaczęto przeprowadzać później niż te dotyczące osób dorosłych. Lawrence i Winschel (1975, za: Szmigielska 1995) przedstawili stadialny model rozwoju poczucia kontroli. Stadium pierwsze charakteryzuje się zewnętrznym poczuciem kontroli, zarówno w przypadku sukcesów, jak i niepowodzeń, w stadium drugim jednostka przejawia zewnętrzne poczucie kontroli w sytuacji niepowodzeń oraz wewnętrzne w przypadku sukcesów, natomiast w ostatnim stadium następuje wytworzenie się zgeneralizowanego poczucia kontroli dla obu typów sytuacji. Niektórzy autorzy twierdzą jednak, że konstrukt ten jest silnie zależny od sytuacji, dlatego nie można mówić o nim w kategoriach stałej charakterystyki jednostki (Chubb, Fertman 1997). Biorąc pod uwagę perspektywę rozwojową, badania wykazały kierunek zmian polegający na uwewnętrznianiu się poczucia kontroli wraz z wiekiem (Knopp 1981; Chubb, Fertman 1997). Opracowano wiele skal służących do pomiaru opisywanego konstrukt (Szmigielska 1983). Chociaż sam Rotter traktował poczucie kontroli jako jednolitą zmienną, niektórzy autorzy próbują odnosić je do poszczególnych dziedzin funkcjonowania jednostki. Szmigielska (1983), opowiadając się za złożonością opisywanego wymiaru, stworzyła Skalę UK-OS, służącą do pomiaru poczucia kontroli nad ocenami szkolnymi. Została ona wykorzystana w badaniach opisywanych w dalszej części niniejszej pracy.

Wyuczona bezradność i umiejscowienie poczucia kontroli u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną

Głodkowska, opierając się na teorii Seligmana (1997, za: Głodkowska 2005), obejmującej poznawcze aspekty jednostki dotyczące optymistycznego bądź pesymistycznego stylu wyjaśniania zjawisk, dokonała analizy stylu wyjaśniania sytuacji sukcesu i porażki przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną

w stopniu lekkim. Styl wyjaśniania opisywany był za pomocą trzech głównych składowych: stałości, zasięgu i personalizacji, a także dwóch kategorii ogólnych: nastawienie w sytuacji powodzenia/niepowodzenia oraz poziom nadziei.

Przebadano młodzież niepełnosprawną uczęszczającą do szkół specjalnych oraz grupę młodzieży pełnosprawnej, w wieku 15–17 lat. Autorka skonstruowała hipotezę badawczą przewidującą bardziej pesymistyczny styl wyjaśniania u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną wykazują niski poziom kontroli nad doświadczanymi zdarzeniami, a niekontrolowalność zdarzeń jest głównym założeniem teorii bezradności. Analiza wyników wykazała jednak, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną wykazuje większą tendencję do optymistycznej interpretacji przyczyn sukcesów, co wiąże się z przekonaniem o stałości sytuacji, jej uniwersalnym zasięgu oraz ogólnym pozytywnym nastawieniem. Różnica w stosunku do dzieci pełnosprawnych nie występuje jednak w zakresie wymiaru personalizacji – uczniowie ze szkół specjalnych nie przypisują przyczynom sukcesów własnego autorstwa. Podobna, choć dużo mniej wyrazista różnica ujawnia się w przypadku atrybucji porażek. Młodzież niepełnosprawna częściej ujawnia optymistyczny styl wyjaśniania, jednak wyniki w zakresie większości wymiarów oscylują w granicach 50%.

Na uwagę zasługuje fakt, że młodzież niepełnosprawna, w porównaniu do pełnosprawnych rówieśników, częściej ujawnia przeświadczenie o szerokim zasięgu niepowodzeń, różnice wewnątrz grupy w zakresie tego wymiaru są niewielkie. Większość z niewielu badań prowadzonych nad zjawiskiem wyuczonej bezradności u osób z niepełnosprawnością intelektualną potwierdza jednak hipotezę Głódkowskiej. W badaniach Weisza (1999) porównujących wykonanie zadań stanowiących trening bezradności, wszystkie trzy jej wskaźniki wykazały wyższy poziom u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, w porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami w odpowiadającym wieku umysłowym. Należy zaznaczyć, że efekt ten nie dotyczył najmłodszych dzieci, co skłania do wniosku na temat nabywania bezradności w toku rozwoju. Tą samą tendencję wykazano w innych badaniach z zastosowaniem tych samych bądź podobnych metod (Flor, Rosen 1975; Gargiulo, O'Sullivan 1986; Reynolds, Miller 1985).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną, biorąc pod uwagę specyfikę ich rozwoju oraz doświadczenia życiowe, wydają się być bardziej podatne na powstawanie cech wpływających na wyuczoną bezradność. Dziecko niepełnosprawne intelektualnie, na skutek doświadczania negatywnych zdarzeń wykształca tendencję do oczekiwania niepowodzenia, przez co często stawia przed sobą cele będące poniżej własnych możliwości i zdolności (Pilecka 1995). Uzależnienie od pomocy otoczenia powoduje wytworzenie się zewnętrznego poczucia kontroli, co może powodować brak motywacji do wykonywania zadań oraz niedoceniać własnego wkładu w osiągnięty sukces. Dużą rolę w kształtowaniu się wyuczonej bezradności u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną mają osoby dorosłe, które poprzez swoje przekonania o ich możliwościach nie zachęcają do podejmowania kolejnych prób wykonania zadań (Weisz 1999).

Potwierdzeniem wpływu diagnozy niepełnosprawności intelektualnej na percepcję dziecka niepełnosprawnego przez otoczenie są badania Weisza

(1981, za: Weisz 1999). W badaniu tym studenci mieli dokonać oceny na temat porażek w rozwiązywaniu zadań w dwóch grupach: dzieci opisanych jako niepełnosprawne intelektualnie oraz dzieci w tym samym wieku umysłowym, którym nie przypisano żadnej etykiety. Badani częściej upatrywali przyczyn porażek w niedostatecznych zdolnościach w przypadku dzieci niepełnosprawnych, natomiast w przypadku drugiej grupy wskazywali na niedostateczny wysiłek. Pytani o to, czy byliby skłonni zachęcać poszczególne dzieci do dalszego podejmowania prób rozwiązania zadania, częściej wykazywali taką chęć w przypadku dzieci pełnosprawnych. Takie przeświadczenie może wpłynąć na postępowanie nauczyciela wobec dzieci niepełnosprawnych intelektualnie. Jego podejście do ucznia, wiedza i fachowość stanowią „jeden z wyznaczników potencjalnych porażek lub sukcesów ucznia” (Gajdzica 2008, s. 108–109).

Bialer (1961) przeanalizował konceptualizację sukcesu i porażki w grupie dzieci niepełnosprawnych. Wyniki tych badań wskazują na wyższą wartość motywacyjną sytuacji sukcesu u dzieci charakteryzujących się niskim poziomem wieku umysłowego. Wraz z jego wzrostem motywacyjna rola sytuacji porażki ma coraz większe znaczenie. Jak zaznacza autor, w literaturze przedmiotu można spotkać się z tendencją do nadinterpretacji tego typu wniosków, co skutkuje nadmiernie ochronną postawą nauczycieli. Dweck i in. (1978, za: Weisz 1979) łączą bezradność ze wzorcem informacji zwrotnej pomiędzy nauczycielem a uczniem, który charakteryzuje się krytycznymi komentarzami ze strony nauczyciela dotyczącymi pracy dziecka. Taki wzorzec prowadzi do interpretowania negatywnych informacji jako skutku swoich niskich zdolności, które są percypowane jako czynnik stały i niepodlegający kontroli.

Raber i Weisz (1978, za: Weisz 1979) przeanalizowali charakter informacji zwrotnej w relacji nauczyciel – dziecko w grupie dzieci niepełnosprawnych intelektualnie oraz pełnosprawnych, będących na tym samym poziomie w zakresie czytania. Wzorzec wywołujący bezradność, opisany we wcześniejszych badaniach, obserwowany był częściej w przypadku dzieci niepełnosprawnych. Nastawienie nauczyciela jest wzmacniane przez stygmatyzację związaną z uczęszczaniem do szkoły specjalnej i może sugerować dziecku, że jego porażki są spowodowane jedynie własnymi defektami możliwości. W sytuacjach, kiedy takie atrybucje nie są zgodne z rzeczywistością (np. kiedy dziecko mogło osiągnąć sukces poprzez włożenie większego wysiłku w wykonywanie zadania) wykazuje ono symptomy wyuczonej bezradności. Związek wyuczonej bezradności z niepełnosprawnością intelektualną został potwierdzony w wielu badaniach. Jego charakter jest jednak niejednoznaczny, chociażby z powodu wspólnych źródeł, takich jak negatywne postawy rodzicielskie (Gradziński 2005).

Cel i problematyka badań własnych

Celem badania zaprezentowanego w niniejszej pracy była analiza ewentualnych różnic w poziomie wyuczonej bezradności intelektualnej oraz w umiejscow-

wieniu poczucia kontroli pomiędzy młodzieżą gimnazjalną z niepełnosprawnością intelektualną stopnia lekkiego a pełnosprawnymi rówieśnikami.

Badanie miało na celu uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakie podobieństwa i różnice występują w zakresie poziomu bezradności intelektualnej pomiędzy młodzieżą niepełnosprawną intelektualnie a młodzieżą pełnosprawną?
2. Jakie podobieństwa i różnice można zaobserwować w zakresie poczucia kontroli ocen szkolnych pomiędzy obiema grupami?

Z przedstawionego w części teoretycznej przeglądu literatury wynika, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną jest grupą, która z powodu wielu czynników podatna jest na kształtowanie się wyuczonej bezradności oraz zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli. Do czynników tych należy zarówno specyfika rozwoju tych osób, jak i powtarzające się doświadczenia niepowodzeń oraz postawa otoczenia. Już sama analiza definicji obu konstruktywów wskazuje na duże podobieństwo pomiędzy nimi.

Osoby badane

Badaniami objęto 60 uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim (skierowanych do placówek specjalnych na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności). Wśród respondentów było 30 chłopców oraz 30 dziewczynek na etapie gimnazjum (średnia wieku w badanej grupie wyniosła 15,57, OS = 1,11). Przebadano 16 uczniów klasy I, 22 z klasy II oraz 22 z klasy III. Uwzględniono także grupę 60 uczniów pełnosprawnych (średnia wieku – 14,75, OS = 0,73). Zwrócono uwagę na dopasowanie obu grup pod względem płci oraz klasy (30 chłopców, 30 dziewcząt, 16 osób uczniów klasy I, po 22 uczniów klas II i III).

Narzędzia badawcze

W badaniu wykorzystane zostały następujące narzędzia:

- Skala Bezradności Intelektualnej (SBI)

Skala ta, oparta na informacyjnym modelu wyuczonej bezradności, służy do pomiaru bezradności intelektualnej. Składa się z 20 twierdzeń dotyczących dobrze znanych sytuacji związanych z lekcjami, takich jak „Z łatwością nadażam za tokiem lekcji” czy „Jestem zmęczony”. Wysoki wynik odpowiada wysokiemu poziomowi wyuczonej bezradności. W badaniu wykorzystano arkusze do pomiaru omawianego konstruktów na lekcjach języka polskiego oraz matematyki.

- Skala Poczucia Kontroli nad Ocenami Szkolnymi (UK-OS)

Narzędzie służy do pomiaru poczucia kontroli, a więc przekonania uczniów o możliwości wpływu na wyniki szkolne. Niektóre z 16 stwierdzeń odnoszą się do zewnętrznego poczucia kontroli (np. „Zły stopień dostaję wtedy, gdy nie sprzyja mi szczęście”), inne zaś odpowiadają poczuciu kontroli wewnętrznej (np. „Jeśli dostanę dobrą ocenę, to jest to moja zasługa”).

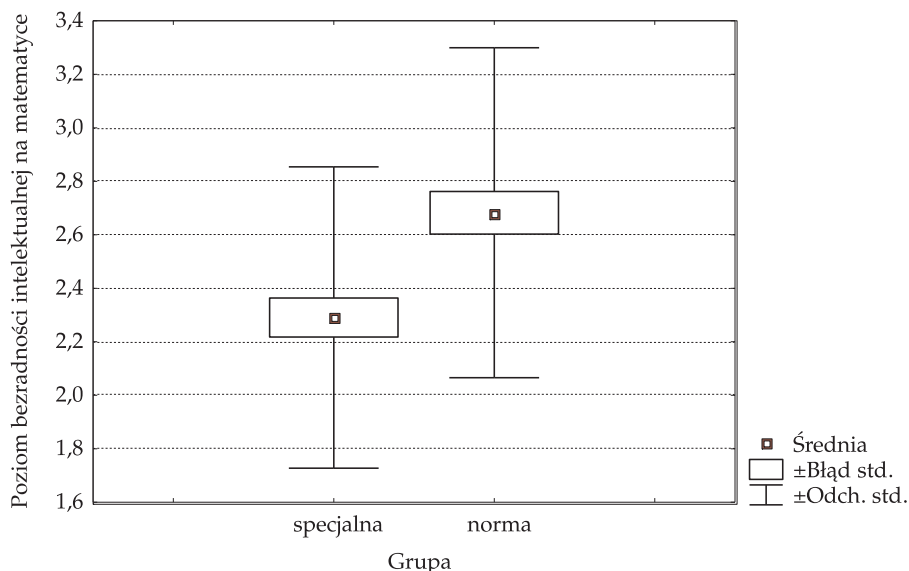
Wyniki badań

W celu porównania obu grup w zakresie poziomu wyuczonej bezradności intelektualnej oraz umiejscowienia poczucia kontroli nad ocenami szkolnymi zastosowano statystyki opisowe oraz test t-Studenta, służący do pomiaru istotności różnic pomiędzy średnimi wynikami obu grup. Wyniki przedstawione zostały w tabeli 1. oraz na wykresach 1, 2 i 3.

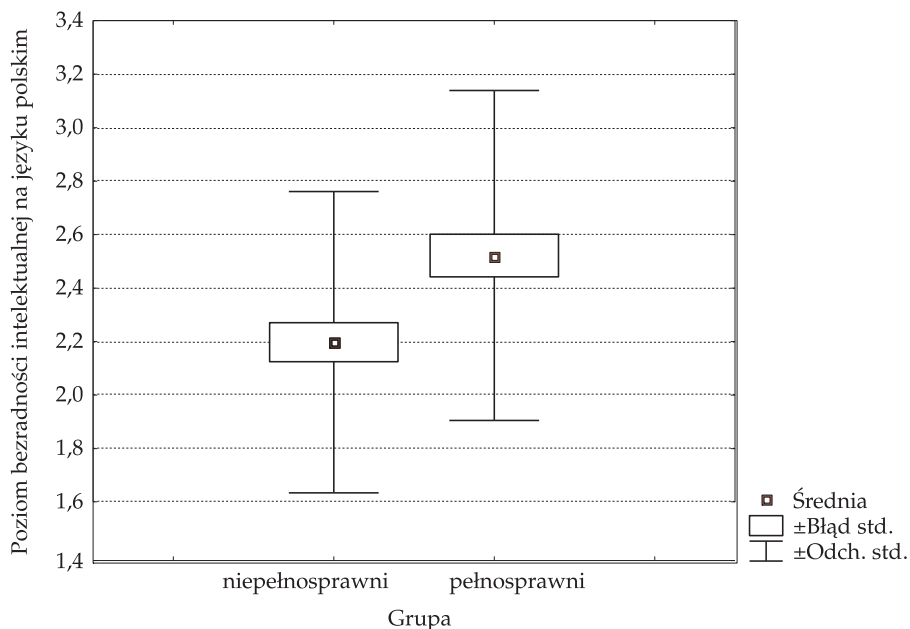
Tabela 1

Poziom wyuczonej bezradności intelektualnej i poczucia umiejscowienia kontroli ocen u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną (MNI) i młodzieży pełnosprawnej (MP)

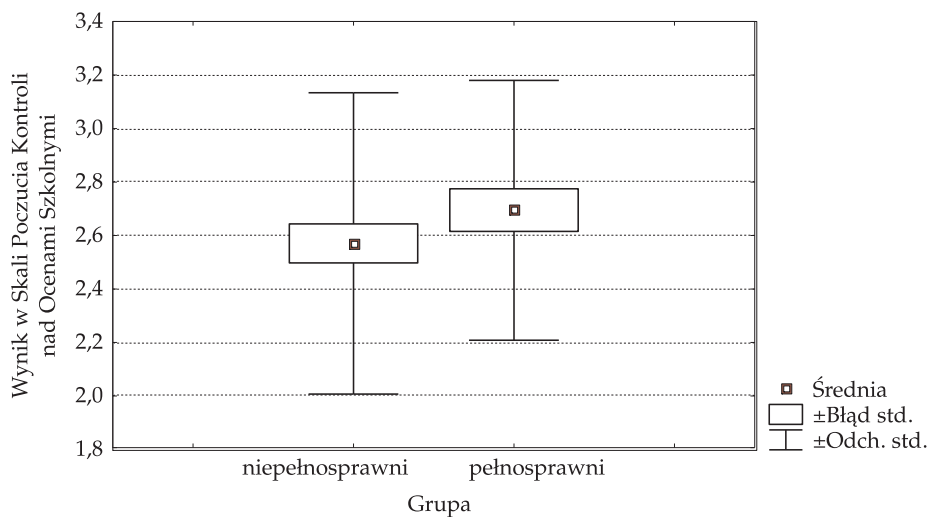
| Badana grupa Zmienna | MNI | | | | MP | | | | Poziom istotności różnic | |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------------------------|--------|
| | x | OS | Min. | Max. | x | OS | Min. | Max. | T | p |
| SBI – mat. | 2,29 | 0,56 | 1,05 | 3,35 | 2,68 | 0,62 | 1,6 | 4,1 | -3,63 | 0,0004 |
| SBI – pol. | 2,2 | 0,57 | 1,2 | 3,85 | 2,53 | 0,63 | 1,35 | 4,2 | -3,03 | 0,003 |
| UK-OS | 2,57 | 0,57 | 1,2 | 4 | 2,7 | 0,49 | 1,4 | 3,9 | -1,35 | 0,18 |



Wykres 1. Poziom wyuczonej bezradności intelektualnej na lekcjach matematyki u młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie i młodzieży pełnosprawnej (wszystkie wykresy zostały wykonane w programie STATISTICA)



Wykres 2. Poziom wyuczony bezzadności intelektualnej na lekcjach języka polskiego u młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie i młodzieży pełnosprawnej



Wykres 3. Umiejscowienie poczucia kontroli u młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną i młodzieży pełnosprawnej

Analiza odpowiedzi uzyskanych za pomocą Skali Bezzadności Intelektualnej wykazała istnienie istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami (na poziomie istotności $p = 0,05$). Młodzież z niepełnosprawnością intelektualną ($x = 2,29$, $OS = 0,56$) w po-

równaniu do młodzieży pełnosprawnej ($x = 2,68$, $OS = 0,62$) wykazała istotnie niższy poziom wyuczonej bezradności intelektualnej na lekcjach matematyki ($t = -3,63$, $p = 0,0004$). W porównaniu do młodzieży w normie intelektualnej ($x = 2,53$, $OS = 0,62$) młodzież z niepełnosprawnością intelektualną ($x = 2,2$, $OS = 0,57$) wykazała także niższy poziom bezradności intelektualnej na lekcjach języka polskiego ($t = -3,03$, $p = 0,003$). Biorąc pod uwagę umiejscowienie poczucia kontroli nad ocenami szkolnymi, nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy obiema grupami ($t = -1,35$, $p = 0,18$). Pomimo braku istotności statystycznej, należy zaznaczyć, że młodzież niepełnosprawna ($x = 2,57$, $OS = 0,57$) wykazała bardziej wewnętrzne poczucie kontroli nad osiągnięciami w szkole w porównaniu do rówieśników pełnosprawnych ($x = 2,7$, $OS = 0,49$). Z uzyskanych porównań wynika, że uczniowie niepełnosprawni czują się mniej bezradni na obu omawianych przedmiotach, a więc w mniejszym stopniu doświadczają poczucia nieadekwatności wkładanego do nauki wysiłku oraz niezrozumiałości przekazywanej przez nauczyciela wiedzy. W porównaniu do uczniów pełnosprawnych, w większym stopniu przypisują oni wyniki osiągnięte w szkole czynnikom wewnętrznym, takim, jak własny wysiłek skutkujący opanowaniem materiału. Wartości odchyłeń standardowych dla obu grup nie różnią się istotnie, co świadczy o zbliżonym rozrzucie wyników w obu grupach. Oczekiwano, że otrzymane różnice będą miały charakter odwrotny. Zakładano, że uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną wykażą wyższy poziom bezradności intelektualnej na obu przedmiotach oraz bardziej zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli nad ocenami. Żadna z wymienionych hipotez nie została więc potwierdzona. Należy zauważyć, że wyniki w obu grupach, pomimo wykazanych różnic, oscylują wokół środkowej części punktacji (od 1 do 5), nie można więc mówić o bardzo wysokim poziomie wyuczonej bezradności oraz o zdecydowanie wewnętrznym umiejscowieniu poczucia kontroli u młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie.

Podsumowanie i wnioski

Przystępując do niniejszych badań przewidywano, że młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w porównaniu do młodzieży pełnosprawnej wykaże wyższy poziom bezradności intelektualnej, zarówno na języku polskim, jak i na matematyce, a także bardziej zewnętrzne poczucie kontroli nad ocenami szkolnymi. Żadna z powyższych hipotez nie została potwierdzona – młodzież z niepełnosprawnością intelektualną wykazała istotnie niższy poziom bezradności intelektualnej na obu przedmiotach oraz bardziej wewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli nad ocenami (w przypadku poczucia kontroli różnice nie były istotne statystycznie). Wyniki te nie są zgodne z większością badań dotyczących omawianej kwestii (Weisz 1999; Floor, Rosen 1975; Gargiulo, O'Sullivan, 1986; Reynolds, Miller 1985; Danielewicz, Rola, 2009). Ze względu na specyfikę rozwoju osób z niepełnosprawnością intelektualną, a także na skutek reakcji otoczenia, które swoim działaniem blokuje rozwój autonomii dzieci niepełnosprawnych umysłowo, stają się one bardziej podatne na doświadczanie negatywnych zdarzeń życiowych. Takie negatywne doświadczenia powodują, że u dziecka wytwarza się zewnętrzne poczucie kontroli oraz symptomy wyuczonej bezradności (Pilecka 1995; Weisz 1999). W niniejszej pracy analizie poddano poziom poczucia bezradności oraz umiejscowienia kontroli w odniesieniu do sytuacji szkolnej,

co skłania do analizy wyników pod względem wpływu postaw nauczycieli. Wpływ takich postaw, jak nadmierne wymagania czy trudno przyswajalny sposób przekazywania wiedzy stanowią podstawę koncepcji bezradności intelektualnej Sędka (1995), mają one również duże znaczenie w kształtowaniu się zewnętrznego umiejscowienia poczucia kontroli. Wyniki badań własnych nie są jednak zgodne z przedstawioną charakterystyką osób niepełnosprawnych intelektualnie. W tym miejscu należy zaznaczyć, że większość badań nad poziomem bezradności w tej grupie dotyczyła raczej szeroko ujętej bezradności, a więc bezradności w sytuacjach życia codziennego, którą Gajdzica (2007) nazywa bezradnością społeczną. Na podstawie wyników niniejszych badań można więc przypuszczać, że konstrukty te mają odmienny charakter, a ich przyczyny są również odmienne, więc niekoniecznie muszą być ze sobą silnie powiązane. Ważną kwestią jest trudność w porównywaniu badań dotyczących różnych rodzajów wyuczonej bezradności oraz poczucia kontroli, mierzonych za pomocą odrębnych narzędzi, które mają różną strukturę i opierają się na odmiennych założeniach.

Zgodnie z poglądami Szmigielskiej (1995), autorki (użytej w niniejszych badaniach) Skali Umiejscowienia Kontroli nad Ocenami Szkolnymi, o zewnętrznym poczuciu kontroli świadczą zewnętrzne atrybucje przyczyn zarówno sukcesów, jak i porażek. Niektórzy autorzy (Bialer 1961; Dweck i in. 1978; za: Weisz 1979) dokonują podziału na poczucie kontroli w odniesieniu do obu typów sytuacji i upatrują przyczyn bezradności w takim wzorcu, który polega na przypisywaniu zdarzeń pozytywnych czynnikom zewnętrznym, zaś porażek – własnym właściwościom. Być może brak podziału na oba typy sytuacji był czynnikiem, który uśrednił wyniki w badanych grupach. Niektórzy autorzy (Głodkowska 2005) analizują dodatkowe aspekty poczucia kontroli, które tworzą wzorec tak zwanego stylu atrybucyjnego. Wyniki badań Głodkowskiej (2005) wskazują na pozytywną interpretację sytuacji sukcesów przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną, która dotyczyła przekonania o stałości i uniwersalnym zasięgu pozytywnych zdarzeń, a także pozytywnego nastawienia. W badaniu autorka nie wykazała jednak tendencji do przypisywania przez młodzież niepełnosprawną intelektualnie przyczyn sukcesów własnym możliwościom, a interpretacja przyczyn zdarzeń jest podstawą koncepcji Szmigielskiej (1995).

Jak wspomniano, dużą rolę w powstawaniu symptomów bezradności intelektualnej oraz poczucia kontroli nad ocenami szkolnymi mają postawy nauczycieli. Przystępując do niniejszych badań zakładano duży stopień podobieństwa pomiędzy charakterem metod i celów pedagogicznych formułowanych przez nauczycieli w obu typach szkół. Uzyskane wyniki skłaniają do dokładniejszej analizy specyfiki edukacji w szkole specjalnej. Bialer (1961) w swoich badaniach wykazał, że wraz ze wzrostem wieku umysłowego zmniejsza się wartość motywacyjna sukcesu, a wzrasta wartość porażki. Autor wnioskuje, że świadomość pedagogów specjalnych, dotycząca motywacyjnego charakteru pozytywnych wzmocnień może powodować nadmierną generalizację i przyczyniać się do ochrony niepełnosprawnych intelektualnie dzieci przed negatywną informacją zwrotną. W literaturze dotyczącej wychowywania i kształcenia dzieci z niepełnosprawnością intelektualną zwraca się uwagę na trudności w odpowiednim doborze wzmocnień (Gajdzica 2007). Janiak (1977) podkreśla dużą efektywność stosowania wzmocnień pozytywnych (werbalnych i niewerbalnych) oraz mniejsze znaczenie oceny szkolnej w procesie motywowania dziecka niepełnosprawnego intelektualnie. Jak pisze Pasternak (1994) nauczanie w szkole specjalnej zdeterminowane jest przez specyficzne zasady,

takie, jak przypisywanie szczególnej roli wiedzy praktycznej, przydatnej w sytuacjach codziennych, oraz dominacja celu wychowawczego nad celem edukacyjnym. Takie postawy pedagogów specjalnych mogą prowadzić do stawiania niepełnosprawnym intelektualnie dzieciom niskich wymagań, co tłumaczy uzyskany przez badanych uczniów niski poziom bezradności intelektualnej. Możliwe, że badani uczniowie szkoły specjalnej nie wykształcili syndromów wyuczonej bezradności intelektualnej oraz przejawiają bardziej wewnętrzne umiejscowienie kontroli w odpowiedzi na wymagania, którym sprostać mogą bez podejmowania wzmożonego wysiłku.

Bibliografia

- Bialer, I. (1961). Conceptualization of success and failure in mentally retarded and normal children. *Journal of Personality*, Vol. 23, Issue 3, 303–320.
- Bodiford, C.A., Eisenstadt, T.H., Johnson, J.H., Bradlyn, A.S. (1988). Comparison of Learned Helpless Conditions and Behavior in Children With High and Low Scores on the Children's Depression Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 17, No. 2, 152–158.
- Chubb, N.H., Fertman, C.I. (1997). Adolescent self-esteem and locus of control: A longitudinal study of gender and age differences. *Adolescence*, Vol. 32, Issue 125, 113–130.
- Ciżkowicz, B. (2009). *Wyuczona bezradność młodzieży*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Cohen, S., Rothbart, M., Phillips, S. (1976). Locus of Control and the Generality of Learned Helplessness in Humans. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 34, No. 6, 1049–1056.
- Cole, D.A., Warren, D.E., Dallaire, D.H., Lagrange, B., Travis, R., Ciesla, J.A. (2007). Early Predictors of Helpless Thoughts and Behaviors in Children: Developmental Precursors to Depressive Cognitions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12, 295–312.
- Danielewicz, D., Rola, J. (2009). *Depresyjność a bezradność intelektualna dzieci niepełnosprawnych intelektualnie* (s. 461–466). W: T. Żółkowska, L. Konopska (red.), *W kręgu niepełnosprawności – teoretyczne i praktyczne aspekty poszukiwań w pedagogice specjalnej*. Szczecin: Wydawnictwo Print Group.
- Floor, L., Rosen, M. (1975). Investigating the phenomenon of helplessness in mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, Vol. 79, No. 5, 565–572 (abstrakt).
- Gajdzica, Z. (2007). *Edukacyjne konteksty bezradności społecznej osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Gajdzica, Z. (2008). W trosce o wielostronny rozwój ucznia. Kilka uwag o wyborze szkoły i formach realizacji obowiązku szkolnego dziecka z lekkim upośledzeniem umysłowym (s. 103–111). W: Z. Gajdzica (red.), *Wspólne i swoiste zagadnienia edukacji i rehabilitacji osób z upośledzeniem umysłowym*. Sosnowiec: Oficyna Wydawnicza „Humanitas”.
- Gargiulo, R.M., O'Sullivan, P.S. (1986). Mildly mentally retarded and nonretarded children's learned helplessness. *American Journal of Mental Deficiency*, Vol. 91, Issue 2, 203–206 (abstrakt).
- Głodkowska, J. (2005). Optymizm czy pesymizm młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną w stylu wyjaśniania sytuacji sukcesu i porażki. *Człowiek–Niepełnosprawność–Społeczeństwo*, 1, 153–178.
- Gradziński, T. (2005). Symptomy wyuczonej bezradności u osób z niepełnosprawnością intelektualną (s. 178–183). W: Z. Gajdzica, M. Rembierz (red.), *Bezradność: interdyscyplinarne studium zjawiska w kontekście zmiany społecznej i edukacyjnej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Hiroto, D.S. (1974). Locus of control and learned helplessness. *Journal of Experimental Psychology*, Vol. 102, No. 2, 187–193 (abstrakt).
- Janiak, E. (1977). Uczenie się dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim. Próba charakterystyki. *Psychologia Wychowawcza*, nr 5.
- Knopp, R. (1981). Age and Correlates of Locus of Control. *Journal of Psychology*, Vol. 108, No. 1, 103–106.

- Overmier, J.B. (2002). On Learned Helplessness. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, Vol. 37, No. 1, 4-8.
- Pasternak, E. (1994). *Materiały z metodyki kształcenia upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim w szkole specjalnej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Pilecka, W. (1995). Psychoruchowy rozwój dzieci o obniżonej sprawności umysłowej (s. 9-34). W: W. Pilecka, J. Pilecki (red.), *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP.
- Putkiewicz, Z. (1975). Psychologiczne podstawy nauczania (s. 397-427). W: J. Strelau, A. Jurkowski, Z. Putkiewicz (red.), *Podstawy psychologii dla nauczycieli*. Warszawa: PWN.
- Reynolds, W.M., Miller, K.L. (1985). Depression and learned helplessness in mentally retarded and nonmentally retarded adolescents: An initial investigation. *Applied Research in Mental Retardation*, Vol. 6, Issue 3, 295-306. (abstrakt).
- Reynolds, W.M., Miller, K.L. (1989). Assessment of Adolescents' Learned Helplessness in Achievement Situations. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 53, Issue 2, 211-228.
- Sędek, G. (1995). *Bezradność intelektualna w szkole*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii.
- Sędek, G., Kofta, M. (1993). W poszukiwaniu uniwersalnych wyznaczników zjawiska wyuczony bezradności: przegląd klasycznych wyników eksperymentalnych i test empiryczny koncepcji egotystycznej (s. 133-169). W: M. Kofta (red.), *Psychologia aktywności: zaangażowanie, sprawstwo, bezradność*. Poznań: Wydawnictwo NAKOM.
- Szmigielska, B. (1983). Pomiar poczucia kontroli nad ocenami szkolnymi u uczniów klas V-VIII. *Psychologia Wychowawcza*, 26, rozdział 2, 35-44.
- Szmigielska, B. (1995). Społeczno-uczeniowa teoria osobowości Juliana B. Rottera. W: A. Gałdowa (red.), *Współczesne koncepcje osobowości, Część III*, Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii, Skrypty uczelniane, nr 741, s. 9-23.
- Weisz, J.R. (1979). Perceived Control and Learned Helplessness Among Mentally Retarded and Nonretarded Children: A Developmental Analysis. *Developmental Psychology*, Vol. 15, No. 3, 311-319.
- Weisz, J.R. (1999). Cognitive Performance and Learned Helplessness in Mentally Retarded Persons. W: E. Zigler, D. Bennett-Gates (red.), *Personality development in individuals with mental retardation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 17-46.

LEARNT INTELLECTUAL HELPLESSNESS AND LOCUS OF CONTROL OVER GRADES IN JUNIOR HIGH ADOLESCENTS WITH MILD INTELLECTUAL DISABILITIES

Summary

Although they are not unambiguous, the findings of research on people with intellectual disabilities indicate a rather high level of learnt helplessness and a greater tendency to manifest an external locus of control in this group. The article presents the author's own study aimed at analyzing the level of these two variables in connection with the school situation, i.e. learnt intellectual helplessness and locus of control over grades. The theoretical part also presents a review of studies on this issue. The findings of the author's own study indicate a lower level of learnt intellectual helplessness and a more internal locus of control over grades in adolescents with intellectual disabilities compared to their non-disabled peers.

Key words: learnt intellectual helplessness, locus of control, intellectual disability

Z PRAKTYKI PEDAGOGICZNEJ

BARBARA MARCINKOWSKA

APS, Warszawa

KSZTAŁCENIE UCZNIÓW Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ (CZĘŚĆ 2)

Wprowadzenie

*Dla ucznia posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego opracowuje się indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny, uwzględniający zalecenia zawarte w orzeczeniu o potrzebie kształcenia specjalnego oraz dostosowany do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia (...)*¹.

Znowelizowane w 2010 r. prawo regulujące warunki organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie zakłada, że każdy uczeń z niepełnosprawnością intelektualną musi mieć opracowany indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET), zgodnie z którym realizowane jest jego kształcenie i wychowanie. Zapisy prawa dotyczące opracowania IPET, od 1 września 2011 r. obowiązują w przedszkolach i gimnazjach, a od 1 września 2012 r. szkołach podstawowych oraz ponadgimnazjalnych. IPET, jest opracowywany przez zespół nauczycieli i specjalistów powołany przez dyrektora placówki. IPET powinien uwzględniać zalecenia sformułowane w orzeczeniu oraz indywidualne możliwości i ograniczenia ucznia, określone na postawie przeprowadzonej wielospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia.

Istotą IPET jest dostosowanie procesu edukacji ucznia posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego do jego indywidualnych potrzeb i możliwości psychofizycznych. IPET spełnia jednocześnie dwie funkcje: edukacyjną oraz terapeutyczną (rehabilitacyjną), która stanowi ważny element interwencyjnego oddziaływania na odchylenia rozwojowe uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. Te dwie funkcje nie mogą być wypełniane niezależnie od siebie, a to oznacza generowanie w IPET swoistej części wspólnej dla edukacji i terapii (Marcinkowska 2010). Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny powinien zawierać: zakres dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia, rodzaj i zakres zintegrowanych działań nauczycieli i specjalistów prowadzących zajęcia z uczniem, formy i metody pracy z uczniem, formy, sposoby i okres udzielania uczniowi pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiar godzin, w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane, ustalone przez dyrektora przedszkola

¹ Rozporządzenie 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 (§ 5.1.) oraz w ośrodkach; Rozporządzenie 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 przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (§ 5.1.)

lub szkoły zgodnie z przepisami, działania wspierające rodziców ucznia oraz zakres współdziałania z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, w tym poradniami specjalistycznymi, placówkami doskonalenia nauczycieli, organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami działającymi na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży, określone przez zespół, zajęcia rewalidacyjne i resocjalizacyjne oraz inne zajęcia odpowiednie ze względu na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne ucznia, zakres współpracy nauczycieli i specjalistów z rodzicami ucznia².

IPET dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną – propozycja konstrukcji

Indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny składa się z pięciu części (schemat 1.).

W informacjach ogólnych (część I) należy uwzględnić wszelkie dane podstawowe o:

- uczniu (imię, nazwisko, data urodzenia, miejsce zamieszkania);
- podstawie objęcia kształceniem specjalnym (data i numer orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego);
- rodzinie (imiona i nazwiska rodziców, miejsce zamieszkania, dane kontaktowe);
- zespole nauczycieli i specjalistów (skład zespołu, funkcje pełnione w zespole).

Część II – specjalne potrzeby edukacyjne – obejmuje informacje uzyskane z orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, innych orzeczeń i opinii (np. lekarskich) oraz wyniki wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia. Istotą tej części jest precyzyjne określenie specjalnych potrzeb ucznia z niepełnosprawnością intelektualną oraz wskazane obszarów wsparcia (pomocy) psychologiczno-pedagogicznej (por. Marcinkowska 2011b).

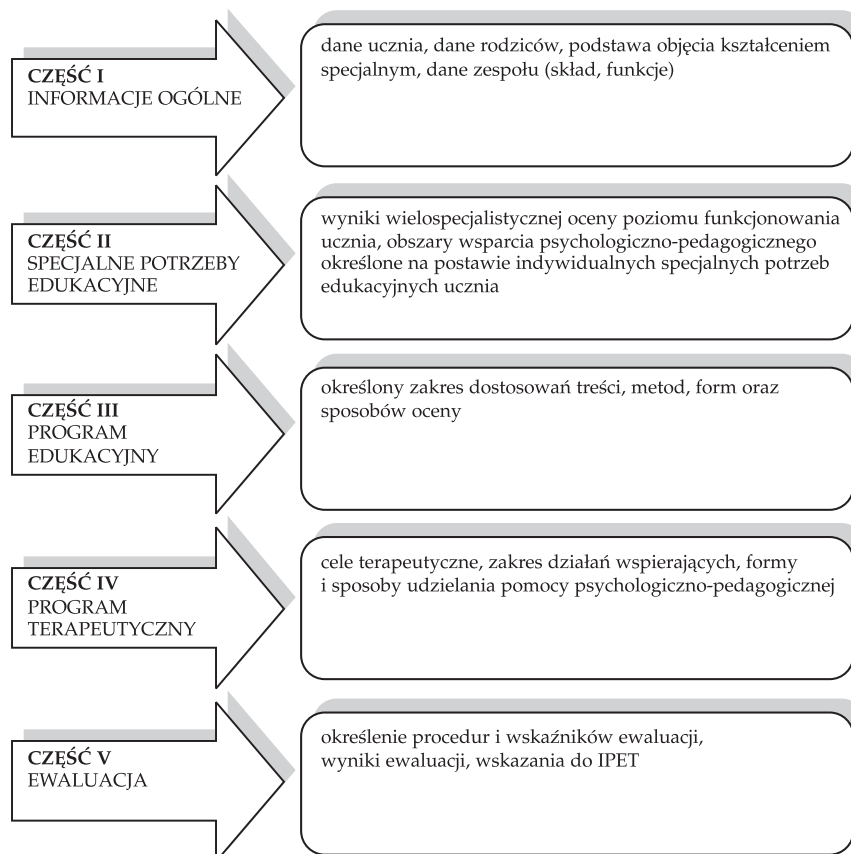
W programie edukacyjnym (część III) określa się rodzaj i sposób dostosowania programu nauczania do specjalnych potrzeb edukacyjnych ucznia.

Programy nauczania konstruowane są zgodnie z wymaganiami podstaw programowych kształcenia ogólnego dla:

- szkół podstawowych;
- uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym w szkołach podstawowych i gimnazjach;
- gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych, których ukończenie umożliwi uzyskanie świadectwa dojrzałości po zdaniu egzaminu maturalnego;
- zasadniczych szkół zawodowych;
- szkół specjalnych przysposabiających do pracy dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz dla uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi³.

² Rozporządzenie 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; Rozporządzenie 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 przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych.

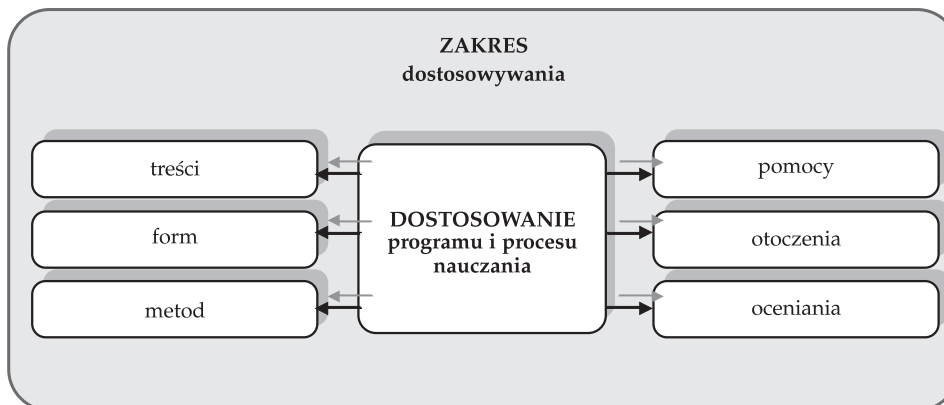
³ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. Nr 4, poz. 17).



Schemat 1. IPET – propozycja struktury (por. Marcinkowska 2011a)

Uczniowie z lekką niepełnosprawnością intelektualną realizują tę samą postawę programową, co ich sprawni rówieśnicy. Dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym sformułowana została odrębna podstawa programowa kształcenia ogólnego. Podstawy te różnią się nie tylko zakresem treści, ale także założeniami konstrukcyjnymi. Postawa programowa kształcenia ogólnego dla uczniów z umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawnością intelektualną nie określa efektów kształcenia, które muszą zostać osiągnięte przez ucznia, podczas gdy podstawa programowa obowiązująca uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną takie wymagania dokładnie precyzuje. Zatem uczniowie z lekką niepełnosprawnością intelektualną muszą zrealizować cele założone w podstawie programowej, podczas gdy dla uczniów z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością cele te muszą być określone indywidualnie, przy uwzględnieniu ich indywidualnych potrzeb i możliwości.

Dla uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną część edukacyjna programu indywidualnego może być adaptacją programu kształcenia do ich specjalnych potrzeb edukacyjnych. W przypadku adaptacji programu należy wskazać szczegółowo *zakres dostosowania*. Będzie on indywidualnie zróżnicowany, a to oznacza znaczne zróżnicowanie, w tym zakresie uzależnione od specjalnych potrzeb edukacyjnych ucznia.



Schemat 2. Zakres dostosowań programu i procesu nauczania dla uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną

W edukacji uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną dostosowanie programu i procesu nauczania może polegać w szczególności na:

- dostosowaniu treści nauczania (bez obniżania wymagań edukacyjnych określonych w odpowiedniej dla etapu podstawie programowej kształcenia ogólnego);
- stosowaniu zróżnicowanych form nauczania i wychowania;
- ograniczaniu metod słownych na rzecz metod opartych na praktycznym działaniu i przeżywaniu;
- wykorzystywaniu indywidualnie dobranych pomocy dydaktycznych, w tym konkretnych przedmiotów ważnych dla prawidłowego kształtowania pojęć, stosowanie pomocy umożliwiających wielozmysłowe poznanie zjawiska, dopasowane ich do poziomu rozwoju ucznia, jego wiedzy i umiejętności, możliwości i zasobu doświadczeń oraz zainteresowań;
- ocenianiu nie tylko efektów nauczania i wychowania, ale także wkładu pracy ucznia;
- dostosowaniu tempa pracy do indywidualnych możliwości ucznia; prawidłowym formułowaniu komunikatów i instrukcji kierowanych do ucznia (polecenia konkretne, skomplikowane polecenia dzielone na proste); pozytywnym wzmacnianiu procesu uczenia i efektów nauczania; systematycznym kontrolowaniu i ocenianiu osiągnięcia ucznia, wskazując jego wkład pracy włożony w zdobycie wiedzy i umiejętności; wdrażanie do samodzielności;
- dostosowaniu przestrzeni dydaktycznej (m.in.: oznaczona ławka np. zdjęciem lub etykietą z imieniem, ograniczenie elementów rozpraszających, uporządkowane pomoce dydaktyczne, prawidłowe oświetlenie).

| Część III. | PROGRAM EDUKACYJNY |
|--|---------------------------|
| przedmiot:..... program nauczania..... | |
| treści wymagające dostosowania | typ i rodzaj dostosowania |
| ... | ... |

Przykład 1. IPET dla ucznia z lekką niepełnosprawnością intelektualną – część III (por. Marcinkowska 2011a).

Indywidualne programy dla uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną w części edukacyjnej mogą być w pełni autorskimi programami. W takim przypadku autor powinien określić główne i szczegółowe, indywidualnie zróżnicowane cele edukacyjne, treści nauczania, procedury osiągnięcia celów, a w nich: formy realizacyjne, metody, środki dydaktyczne, przewidywane osiągnięcia) oraz sposoby oceniania osiągnięć ucznia (Marcinkowska 2010).

| Część III. | | PROGRAM EDUKACYJNY | | |
|--|--|---------------------------|-------|--------|
| Przedmiot:..... program nauczania..... | | | | |
| Treści wymagające dostosowania | | Typ i rodzaj dostosowania | | |
| ... | | metody | formy | pomoce |
| ... | | ... | ... | ... |

Przykład 2. IPET dla ucznia z lekką niepełnosprawnością intelektualną – część III (por. Marcinkowska 2011a).

W części edukacyjnej indywidualnego programu dla ucznia z umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawnością należy określić indywidualnie dostosowane cele edukacyjne (ogólne i szczegółowe) oraz sposób ich realizacji (treści, metody, formy i środki dydaktyczne niezbędne do osiągnięcia założonych efektów). W doborze treści kształcenia należy kierować się innym kryterium częstotliwości występowania w otoczeniu ucznia oraz użyteczności.

| Część III. | | PROGRAM EDUKACYJNY | |
|-----------------------------|--------|--------------------|--|
| cele (ogólne i szczegółowe) | treści | sposób realizacji | |
| ... | ... | ... | |

Przykład 3. IPET dla ucznia z umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawnością intelektualną – część III (por. Marcinkowska 2011a).

| Część III. | | PROGRAM EDUKACYJNY | | | |
|--------------------|--------|--------------------|-------|--------|--|
| efekty kształcenia | treści | metody | formy | środki | |
| ... | ... | ... | ... | ... | |

Przykład 4. IPET dla ucznia z umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawnością intelektualną – część III (por. Marcinkowska 2011a).

Planując edukację ucznia z umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawnością intelektualną, należy pamiętać o:

- stosowaniu konkretnych przedmiotów i realnych sytuacji;
- prawidłowym formułowaniu komunikatów i instrukcji (polecenia konkretne kierowane bezpośrednio do ucznia, skomplikowane polecenia dzielone na proste, wzmacnianie komunikatów werbalnych gestem lub innym komunikatem pozawerbalnym,

- podtrzymywanie interakcji);
- pozytywnym wzmacnianiu procesu uczenia;
- systematycznym kontrolowaniu i ocenianiu osiągnięć ucznia, wskazywaniu jego wkładu pracy włożonego w zdobycie wiedzy i umiejętności.

Nauczyciel powinien dostosowywać organizację jednostki dydaktycznej oraz przestrzeń edukacyjną do możliwości psychofizycznych ucznia, pamiętając o stosowaniu zasady stałości, szczególnie w początkowym etapie edukacji. Stałość miejsca, czasu, przestrzeni dają uczniowi poczucie bezpieczeństwa, co stanowi podstawowy warunek skuteczności działań edukacyjnych. Organizacja kształcenia powinna umożliwić uczniom wielozmysłowe poznanie. Zajęcia dydaktyczne należy aranżować tak, aby uczeń miał możliwość korzystania z pomocy, które ułatwiają: porównywanie, różnicowanie, uogólnianie i abstrahowanie. Pomoce dydaktyczne powinny być bezpieczne, czytelne, ale i estetyczne. W planowaniu edukacji ucznia z niepełnosprawnością intelektualną należy uwzględnić rozwój kompetencji społecznych.

Realizacja programu terapeutycznego (część IV) ma na celu wspieranie ucznia w osiąganiu jego sukcesu edukacyjnego. Zasadne jest zatem, aby zawierał on elementy wspomagania, korygowania i kompensowania zaburzonych funkcji oraz rozwijania jego indywidualnych uzdolnień i predyspozycji. Działania podejmowane w zakresie terapii konieczne muszą uwzględniać wspieranie u ucznia wiary we własne siły poprzez kształtowanie m.in.: samoświadomości, samoakceptacji, poczucia własnej wartości, pewności siebie, a także działania rozwijające umiejętności społeczne (kompetencje społeczne), jak: umiejętność radzenia sobie w różnych sytuacjach społecznych oraz umiejętność korzystania ze wsparcia. Bardzo ważne jest pozytywne wzmacnianie zachowań akceptowanych społecznie (Marcinkowska 2011a).

W indywidualnych programach edukacyjno-terapeutycznych należy określić także formy organizacyjne – rodzaje zajęć wspierających rozwój (np. zajęcia logopedyczne, muzykoterapia), formy realizacyjne (zajęcia indywidualne, grupowe), środki terapeutyczne oraz metody terapeutyczne.

| Część IV. | | | PROGRAM TERAPEUTYCZNY | | |
|---|--|------------------|-----------------------|---|--|
| CELE OGÓLNE | | CELE SZCZEGÓŁOWE | | | |
| ... | | ... | | | |
| ... | | ... | | | |
| POMOC PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNA | | | | | |
| formy | | sposoby (metody) | | okres udzielonej pomocy | |
| ... | | ... | | ... | |
| ZAKRES DZIAŁAŃ WSPIERAJĄCYCH | | | | | |
| ZINTEGROWANE DZIAŁANIA NAUCZYCIELI I SPECJALISTÓW | | | | | |
| zakres działań | | zadania | | osoba odpowiedzialna za koordynację działań | |
| ... | | ... | | ... | |

| DZIAŁANIA WSPIERAJĄCE RODZICÓW | | |
|--------------------------------|---------|---|
| zakres wsparcia | zadania | osoba odpowiedzialna za koordynację działań |
| ... | ... | ... |
| WSPÓŁPRACA Z INSTYTUCJAMI | | |
| zakres współpracy | zadania | osoba odpowiedzialna za koordynację działań |
| ... | ... | ... |

Przykład 5. IPET – część IV (Marcinkowska, 2011a)

Każdy IPET powinien być poddany ewaluacji. Zespół ma obowiązek monitorowania efektywności prowadzonych działań. W części piątej IPET należy określić szczegółowe procedury oraz wskaźniki ewaluacji, wyniki ewaluacji oraz wskazania do zmian w programie indywidualnym.

Specjalistyczne wsparcie, jakie otrzyma uczeń z lekką, umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawnością w placówkach edukacyjnych powinno być: celowe, indywidualnie zróżnicowane, systematycznie stosowane i prawidłowo zorganizowane, a jego jakość powinna być niezależna od miejsca realizacji zadań edukacyjnych. Sukces edukacyjny ucznia z niepełnosprawnością intelektualną jest możliwy, choć uzależniony od wielu warunków, takich jak np.: prawidłowe rozpoznanie specjalnych potrzeb edukacyjnych ucznia; zaprojektowanie IPET z uwzględnieniem potrzeb i możliwości ucznia oraz prawidłowa realizacja indywidualnego programu. Sukces jest możliwy wyłącznie w sytuacji współpracy nauczycieli, specjalistów i rodziców.

Bibliografia

- Marcinkowska, B. (2010). Indywidualne programy edukacyjne. W: J. Głodkowska (red.), *Dydaktyka specjalna w przygotowaniu dokształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Marcinkowska, B. (2011a). Indywidualne programy edukacyjno-terapeutyczne – propozycja konstrukcji. W: J. Głodkowska (red.), *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkole ogólnodostępnej. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Marcinkowska, B. (2011b). Kształcenie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną (część 1). *Szkoła Specjalna*, 3.
- Rozporządzenie 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 (Dz. U. Nr 228, poz. 1489).
- Rozporządzenie 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 przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (Dz. U. Nr 228, poz. 1490).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. Nr 4, poz. 17).

TERESA BRYCH
MARZENA GOŁĘBIEWSKA
nauczycielki ZSS Nr 97 w Warszawie

MIĘDZYSZKOLNY PROGRAM INTEGRACYJNY *ISKIERKA PRZYJAŹNI*

Idea powstania Międzyszkolnego Programu Integracyjnego *Iskierka przyjaźni* zrodziła się po ukończeniu przez nas szkolenia z zakresu komunikacji z dziećmi z niepełnosprawnością sprzężoną „Rozumiej nas”. Projekt dofinansowany był ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i zrealizowany został przez Biuro Edukacji Urzędu m. st. Warszawy. Uważaliśmy, że zdobyta na szkoleniu wiedza i umiejętności powinny zostać wdrożone.

Opracowany przez nas program zakładał przeprowadzenie odpowiednio przygotowanych zajęć tak, by były atrakcyjne dla dzieci pełnosprawnych – by chciały one w nich uczestniczyć – a równocześnie, by dzieci z autyzmem były w stanie podjąć zaplanowanym zadaniom. Szczególnie ważne jest skonstruowanie podczas zajęć takich sytuacji, w których dzieci pełnosprawne i niepełnosprawne wchodzi z sobą w interakcje. Jest to prawdziwe wyzwanie ponieważ wymaga ono przygotowań, chęci tworzenia i odkrywania, a często także ponoszenia porażek w poszukiwaniu dróg tej szczególnie trudnej integracji.

Miejszem spotkań w ramach Programu był Zespół Szkół Specjalnych nr 97 przy ulicy Tarchomińskiej 4, adresatami zaś byli uczniowie z klasy Va i Vd tejże szkoły oraz uczniowie z klasy VI d SP nr 73 w Warszawie. Program realizowany był od marca do maja 2011 r., w trakcie czterech spotkań integracyjnych.

Pierwsze z nich odbyło się 3 marca. Naszych gości uroczystie powitała dyrektor Ewa Grzelak, następnie każdy uczestnik przedstawił się, opowiedział o swoich zainteresowaniach i pokazał „swój” powitalny gest. Uczniowie ze szkoły ogólnodostępnej uważnie obserwowali, jak uczniowie z ZSS nr 97 mówiąc o sobie, pięknie posługiwali się tablicami Ułatwionej Komunikacji (UK) i symbolami PCS. Wzruszyły nas słowa Janka B., który posługując się tablicą UK napisał, że „długo czekał na to spotkanie”. Wszyscy uczestnicy otrzymali identyfikatory. Następnie stanęliśmy w kręgu i trzymając się za ręce, przekazaliśmy sobie poprzez uściśnięcie ręki „iskierkę przyjaźni”, a potem uczniowie podchodzili do siebie witając się słowami: „cześć, miło mi cię widzieć”, „cześć, mam na imię.....”. Po indywidualnym zapoznaniu się wysłuchaliśmy wiersz pt. *Przyjaciel* i zastanawialiśmy się, czym jest przyjaźń, jaki powinien być kolega, przyjaciel. Uczniowie udzielali odpowiedzi, używając pięknych określeń, dotyczących przyjaźni oraz wspólnie ustalili zasady przyjaźni i koleżeństwa, które zapisano na tablicy. Następnie została zapalona symboliczna lampka – wprowadziła nas ona w dobry nastrój i przyjazną atmosferę.

W nawiązaniu do tak istotnego w życiu każdego człowieka pragnienia przyjaźni, przypomnieliśmy sobie piękną, literacką opowieść o niezwykłej sile prawdziwej, wytrwałej przyjacielskiej relacji – baśń H.Ch. Andersena pt. *Królowa Śniegu*. Po jej wysłuchaniu uczniowie rozpoczęły wspólne działania nad stworzeniem pracy plastycznej pt. „Pałac Królowej Śniegu”. Pracowali twórczo w zespołach integracyjnych, przy dźwiękach muzyki Antonio Vivaldiego *Zima*. Powstały interesujące dzieła! Kiedy pra-

ce były już gotowe, usiedliśmy w kręgu, żeby podsumować nasze działania. Wszyscy uczniowie otrzymali podziękowania za aktywność i zaangażowanie w tworzenie zimowego pałacu!

Nasze drugie spotkanie odbyło się 31 marca. Po powitaniu poprosiliśmy uczniów, żeby opowiedzieli lub napisali na tablicy UK o swoich wrażeniach z poprzednich zajęć. Wypowiedzi były wzruszające... Okazało się, że wszystkim najbardziej podobała się praca twórcza! A potem udaliśmy się na salę gimnastyczną, by zagrać w boccie, która jest jedną z dyscyplin obecnych na paraolimpiadzie, ale nie występuje na Igrzyskach Olimpijskich. Boccia to bardzo atrakcyjna gra indywidualna lub zespołowa wywodząca się z Włoch. Uczniowie zostali podzieleni na cztery drużyny. Walczyli o I, II, III i IV miejsce. Sportowej konkurencji towarzyszyło skupienie, zainteresowanie i chęć rywalizacji. Nasi goście przekonali się, że boccia może być wyzwaniem: wymaga precyzji rzutu kulą. Uczniowie ZSS nr 97 pokazali, że pomimo swoich trudności motorycznych potrafią świetnie rzucać! Lata ćwiczeń przynoszą efekty! Zawodnicy zostali nagrodzeni pamiątkowymi dyplomami, przy dźwiękach fanfar Olimpiad Specjalnych.

Trzecie spotkanie miało miejsce 28 kwietnia. Upłynęło ono niezwykle szybko na wesółych zabawach integracyjnych z chustą animacyjną. Bawiliśmy się w: tarczę strzelecką, rzeźbę, rekina, sałatkę owocową, kolory, karuzelę, graliśmy w bilard na chuście i wiązaliśmy nić przyjaźni poprzez rzucanie kłębka włóczki do każdego uczestnika. Na zakończenie zajęć stanęliśmy w kręgu i trzymając się za ręce, przekazaliśmy sobie poprzez uściśnięcie ręki „iskierkę przyjaźni”. Zabawy z chustą animacyjną dostarczyły wszystkim uczestnikom programu wielu niezapomnianych wrażeń i przeżyć.

Czwarte spotkanie odbyło się 19 maja we wspaniałej atmosferze zawodów drużynowych. Uczniowie z obydwu szkół aktywnie uczestniczyli w takich sportowych konkurencjach jak: przejazd przez tunel na deskorolce, skoki zwrotne przez ławkę, bieg „raczką”, skoki na piłce, przeciąganie liny, podawanie piłki nad głowami i pod kolanami, przerzucanie woreczków na pole przeciwnej drużyny. Uśmiech i emocje, widoczne na twarzach uczniów, były oznaką, że zajęcia są bardzo atrakcyjne. Niestety, było to nasze ostatnie, wspólne spotkanie. Nadszedł moment pożegnania. Pani dyrektor Ewa Grzelak uroczystie podsumowała realizację programu, podziękowała wszystkim uczestnikom i wręczyła dyplomy. Rozstawaliśmy się z łezką w oku przekonani, że warto kontynuować współpracę naszych szkół w przyszłym roku szkolnym. Jesteśmy przekonane, że poprzez wspólne działania w programie uczniowie obu szkół uczyli się prawidłowych zachowań społecznych, akceptacji, otwartości i dostrzegania potrzeb drugiego człowieka. Nasi uczniowie z autyzmem, poprzez przebywanie w grupie naśladowali zachowania rówieśników, uczyli się interakcji społecznych, wykształcając coraz większą liczbę zachowań adaptacyjnych. Ich koleżanki i koledzy ze szkoły ogólnodostępnej uczyli się natomiast wrażliwości i troski o inne osoby.

Wspólnie spędzony czas dobiegł końca. Słowa usłyszane podczas pierwszego spotkania zapamiętaliśmy w sercu:

Są w życiu chwile, które na zawsze w pamięci zostają. I choć czas przemija, one nie mijają. I są osoby, które raz poznane, bywają w życiu niezapomniane...

Krzysztof z kl. Va, uczeń z autyzmem

- *W poprzedni czwartek byli u nas uczniowie szkoły integracyjnej. W szkole integracyjnej uczą się dzieci zdrowe oraz niepełnosprawne. Co myślisz o tym spotkaniu?*
- *Kiedy jest takie spotkanie to dają z siebie wszystko. Bowiem dzieci nas nie znają. Kiedy przychodzą jest wesoło i ciekawie.*

- Co jest takiego ciekawego na tych spotkaniach?
- **Możliwość poznania innych i naturalna obserwacja.**
- Jakie aktywności zasugerowałbyś prowadzącym?
- **Pisać i poznawać nowe tematy.**
- Ideą takich spotkań Krzysztof jest też, pokazanie innym, jakie fajne rzeczy robicie w szkole. Pokazać innym, jak się super z Wami pracuje. Jaka byłaby Twoja idea takich spotkań?
- **Głównie nauka.**
- Nauka o czym?
- **Geologii, historii.**
- Coś jeszcze?
- **Nie, wystarczy.**
- Dziękuję za ciekawą rozmowę.

Michał z kl. Vd, uczeń z autyzmem

- Michał, niedawno byli u nas uczniowie ze Szkoły Podstawowej nr 73 w Warszawie. Co robiliście?
- **Michał – byli, a także. Bawiliśmy się super na sali gimnastycznej. Graliśmy w boccie. Wygrał Paweł i Bartek, a ja byłem za nimi.**
- Super cieszę się bardzo. Co myślisz o takich spotkaniach z uczniami z innych szkół?
- **Michał – myślę, że to moi, nowi przyjaciele.**
- Myślę, że spodoba im się to, co napisałeś.
- **Michał – zawsze do usług.**

Janek z kl.Va, uczeń z autyzmem

- O czym chcesz pisać?
- **Możemy pisać o spotkaniu. Dawno tak nie było ciekawie, bo przyszli do nas z innej szkoły. Fajnie jest popracować nad rewanżem. Rewanżem są zawody w ich szkole. Myślę, że warto o tym pomyśleć. Razem poznajemy swoją imość. Oni są dobrze spostrzegani, a my jako gorsi. Ja nie mogę mówić, więc ludzie myślą, że jestem głupi.**

Bartek z kl. Vd, uczeń z autyzmem

- Witaj Bartek! Słyszales, o czym rozmawiałam z panią Teresą?
- **Tak, witaj.**
- Jak się dzisiaj czujesz?
- **W miarę dobrze.**
- Bartek, jak Ci się podobało wczorajsze spotkanie z dziećmi ze szkoły integracyjnej?
- **Bawiłem się światowo.**
- Co to znaczy światowo?
- **To znaczy z nowymi ludźmi.**
- Uważasz, że zabawa była fajna?
- **Tak.**
- Chcesz jeszcze brać udział w takich zajęciach?
- **Tak.**

Michał z kl. Vd, uczeń z autyzmem

- Witam Michał!
- **Michał – witam.**
- Michał, wczoraj było ostatnie spotkanie z Międzyszkolnego Programu Integracyjnego Iskierka Przyjaźni. Jakie są Twoje wrażenia?
- **Michał – myślę, że wczorajsze spotkanie to kwintesencja całości. Życzę sobie i innym więcej takich spotkań.**
- Myślisz, że kontynuacja spotkań w przyszłym roku byłaby wskazana?
- **Michał – jestem cały za. Miło było spotkać innych uczniów. Zobaczyć jak się bawią.**
- Czy chciałbyś coś dodać?
- **Michał – nie.**

IRENA KLENIEWSKA

APS, Warszawa

**INDYWIDUALNE OBOWIĄZKOWE ROCZNE
PRZYGOTOWANIE PRZEDSZKOLNE I NAUCZANIE
INDYWIDUALNE – DYSKRYMINACJA CZY
WYRÓWNYWANIE SZANS**

Dziecko niekiedy ze względu na długotrwałą chorobę nie może uczestniczyć w obowiązkowych zajęciach przedszkolnych lub szkolnych, np. doznało urazu w wypadku drogowym i jego leczenie wymaga kilkumiesięcznej rehabilitacji, lub też przeżyło operację, która wymaga długotrwałej rekonwalescencji po leczeniu szpitalnym. W zależności od stanu zdrowia oraz przerwy spowodowanej nieuczestniczeniem na zajęcia, dziecko może mieć problem w uzupełnieniu wiedzy niezbędnej do kontynuowania nauki. Można temu zapobiec przez zorganizowanie indywidualnego nauczania w miejscu pobytu ucznia, o ile dziecko nie może uczęszczać na zajęcia przez okres nie krótszy niż 30 dni i ma możliwości psychofizyczne, umożliwiające realizację nauki w takiej formie. Do chwili nowelizacji ustawy z dnia 7 września 1991 r. (t. jedn. Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 ze zm.) ustawą z dnia 7 września 2007 r. (Dz. U. Nr 181, poz. 1292) wątpliwości mogła budzić kwestia osoby uprawnionej do nauczania indywidualnego, a mianowicie czy nauczaniem indywidualnym mógł być objęty wyłącznie uczeń szkoły podstawowej, gimnazjalnej lub ponadgimnazjalnej. Zdaniem M. Pilcha (2006, s. 544) nauczaniem indywidualnym można było objąć osobę podlegającą jakimkolwiek obowiązkowi edukacyjnemu, także przygotowaniu przedszkolnemu, a nie tylko obowiązkowi szkolnemu lub nauki. Powołana wyżej nowelizacja ustawy o systemie oświaty uzupełniła tę formę pomocy dzieciom, mającym trudności w uczestniczeniu w zajęciach, przez możliwość objęcia dzieci indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym.

Podstawę prawną objęcia dziecka indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym lub indywidualnym nauczaniem stanowi art. 71b ust. 1a ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Powołana ustawa stanowi, że podmiotem odpowiedzialnym za organizację indywidualnego nauczania jest dyrektor przedszkola lub szkoły, w porozumieniu z organem prowadzącym przedszkole lub szkołę (art. 71b ust. 5 c i 5 d), natomiast w kwestii określenia sposobu i trybu organizowania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego i nauczania indywidualnego ustawa ta w art. 71b ust. 8 zobowiązała ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania do wydania rozporządzenia. Takie uregulowanie znajduje się w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej w sprawie sposobu i trybu organizowania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży z dnia 18 września 2008 r. (Dz. U. Nr 175, poz. 1086), które zastąpiło rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 29 stycznia 2003 r. (Dz. U. Nr 23, poz. 193).

Ustawowym wymogiem skorzystania z indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania jest otrzymanie z poradni psychologiczno-pedagogicznej orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub nauczania indywidualnego, które może być wydane na wniosek rodziców lub opiekunów prawnych dziecka poparty zaświadczeniem lekarskim, w którym lekarz, poza rozpoznaniem choroby lub innej przyczyny uniemoż-

liwiającej lub utrudniającej uczęszczanie do szkoły, stwierdził, że stan zdrowia dziecka uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły przez okres dłuższy niż 30 dni oraz określił zakres, w jakim uczeń, któremu stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły, może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych, organizowanych z oddziałem w przedszkole, szkole lub indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu/szkole. Procedura uzyskiwania orzeczenia poradni jest uregulowana w rozporządzeniu 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. Nr 173, poz. 1072).

W praktyce, jeszcze pod rządami obowiązującej ustawy o systemie oświaty w pierwotnym brzmieniu, pojawiały się wątpliwości odnośnie do rozumienia ustawowego sformułowania przesłanki nauczania indywidualnego: „stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły”. Zdaniem M. Pilcha (2006, s. 544) pojęcie to oznacza występowanie takich niepełnosprawności lub takiego schorzenia, które stanowi rzeczywistą przeszkodę do uczęszczania do szkoły lub przezwycięzenie tej przeszkody byłoby połączone z istotnym wysiłkiem, którego nie można wymagać od ucznia. Taką wykładnię powyższego sformułowania przyjął również Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gorzowie Wielkopolskim w wyroku z dnia 28 sierpnia 2008 r. (sygn. II SA/Go 246/08). Sformułowanie „stan zdrowia uniemożliwiający lub znacznie utrudniający uczęszczanie do szkoły” nie należy tłumaczyć, zdaniem tego sądu, „tylko jako stan zdrowia uniemożliwiający fizyczne pokonanie drogi z domu do szkoły, stawienie się w niej i fizyczne przebywanie w szkole w czasie godzin lekcyjnych. Przesłanki z art. 71b ust. 1a ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 ze zm.) nie zawężono jedynie do fizycznych przeszkód, co oznacza, że powinny być brane pod uwagę również inne przeciwwskazania do uczęszczania do szkoły. Jeśli upośledzenie ucznia niepełnosprawnego jest tego stopnia, że nie może on uczestniczyć w pełni w pracy całej klasy, nie osiąga postępów w nauce, dezorganizuje pracę klasy, wymaga pełnego skupienia uwagi nauczyciela na tym właśnie uczniu, widać efekty pracy z nim tylko, gdy pedagog pracuje z nim indywidualnie – organ powinien uwzględnić te okoliczności w procesie rozważania, czy zaistniała przesłanka stanu zdrowia dziecka uniemożliwiającego lub znacznie utrudniającego uczęszczanie do szkoły”.

Uregulowanie sposobu i trybu organizowania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub nauczania indywidualnego zawarte w powołanym rozporządzeniu MEN z 2008 r. zawiera zasadniczą wytyczną dla dyrektora przedszkola lub szkoły organizującego takie nauczanie – jest nią konieczność zapewnienia realizacji wskazań wynikających z potrzeb edukacyjnych dziecka oraz zalecanych form pomocy psychologiczno-pedagogicznej, określonych w orzeczeniu o potrzebie indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania (§ 2 rozporządzenia). Natomiast w kwestii szczegółowych zasad organizowania takiego nauczania powyższe rozporządzenie stanowi, iż indywidualne obowiązkowe roczne przygotowanie przedszkolne może być prowadzone przez jednego nauczyciela, a nauczanie indywidualne przez jednego nauczyciela (z uczniami klas I–III szkoły podstawowej) lub przez kilku nauczycieli zatrudnionych w szkole, której dziecko jest uczniem. Możliwe jest także prowadzenie powyższych zajęć przez nauczycieli zatrudnionych w innym przedszkolu lub w innej szkole, o ile jest to uzasadnione okolicznościami konkretnego przypadku. Taka potrzeba może zachodzić np. w sytuacji nadmiernego obciążenia obowiązkami nauczycieli szkoły, której dyrektor organizuje nauczanie, jak i innymi względami praktycznymi, np. miejscem zamieszkania ucznia i nauczyciela zatrudnionego w innej szkole.

Dyrektor szkoły organizujący indywidualne nauczanie określa zakres oraz miejsce i czas indywidualnie prowadzonych zajęć z uczniem. Dla tej formy nauczania charakterystyczne jest, według rozporządzenia MEN z 2008 r., że zajęcia edukacyjne prowadzone są w „miejscu pobytu ucznia”. Najczęściej chodzi o miejsce zamieszkania ucznia, a więc jego dom rodzinny, ale w przypadku gdy uczeń przebywa poza rodziną, może to być specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy lub placówka opiekuńczo-wychowawcza. W drodze wyjątku zajęcia przygotowania przedszkolnego mogą być organizowane z grupą wychowawczą w przedszkolu lub w oddziale przedszkolnym zorganizowanym w szkole podstawowej, lub z oddziałem w szkole, a zajęcia indywidualnego nauczania – indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w przedszkolu lub w szkole, w zakresie określonym w orzeczeniu w odniesieniu do dziecka, którego stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do przedszkola lub szkoły.

Powołane rozporządzenie MEN z 2008 r. określa tygodniowy wymiar zajęć indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego oraz indywidualnego nauczania realizowanych z uczniem. Wymiar ten jest uzależniony od etapu edukacyjnego, na którym znajduje się uczeń. I tak wymiar ten wynosi:

- 1) indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego – od 4 do 6 godzin;
- 2) dla uczniów klas I–III szkoły podstawowej – od 6 do 8 godzin;
- 3) dla uczniów klas IV–VI szkoły podstawowej – od 8 do 10 godzin;
- 4) dla uczniów gimnazjum – od 10 do 12 godzin;
- 5) dla uczniów szkół ponadpodstawowych lub ponadgimnazjalnych – od 12 do 16 godzin.

Odnosnie do możliwości kumulowania zajęć w dni tygodnia, rozporządzenie stanowi, że indywidualne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne oraz dla uczniów klas I–III zajęcia nie mogą być przeprowadzone w jeden dzień – muszą być to co najmniej dwa dni zajęć, a w przypadku uczniów starszych klas – zajęcia powinny być przeprowadzone w co najmniej trzy dni. Chodzi o uniknięcie takiej organizacji zajęć, która powodowałaby nadmierne obciążenie dziecka nauką. Trzeba bowiem pamiętać, że rozporządzenie mówiąc o wymiarze zajęć dla dziecka ma na uwadze wyłącznie zajęcia realizowane „bezpośrednio” z nim przez nauczyciela, nie zaś zajęcia realizowane przez dziecko samodzielnie w związku z poleceniem nauczyciela (np. przeczytania książki, czy rozwiązania zadania matematycznego).

Zajęcia indywidualnego przygotowania przedszkolnego lub nauczania powinny realizować te treści nauczania, które są objęte podstawą programową kształcenia ogólnego oraz obowiązkowe zajęcia edukacyjne wynikające z ramowego planu nauczania dla danego typu szkoły, dostosowane do możliwości psychofizycznych ucznia. Dlatego tak istotną jest nie tylko dla dziecka, ale i dla nauczycieli realizujących zajęcia, treść orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania. Ponadto nauczyciel realizujący zajęcia powinien, obserwując dziecko, reagować na występujące trudności w pracy z nim przez ich zgłaszanie dyrektorowi przedszkola lub szkoły organizującemu nauczanie, który może zezwolić na odstępstwo od realizacji niektórych treści nauczania objętych obowiązkowymi zajęciami edukacyjnymi, stosownie do możliwości psychofizycznych dziecka i warunków organizacyjnych nauczania (do takiej sytuacji może dojść np. w przypadku nauczania chemii w zakresie objętym ćwiczeniami praktycznymi w laboratorium).

Kwestie orzekania o potrzebie indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego lub nauczania indywidualnego reguluje szczegółowo, jak już wcześniej wskazano, rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2008 r. Rozporządzenie to określa: 1) skład zespołów orzekających, tryb ich powołania oraz szczegółowe zasady działania w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych; 2) tryb postępowania

odwoławczego; 3) szczegółowe zasady kierowania dzieci i młodzieży do indywidualnego nauczania. Ponadto rozporządzenie ustala wzory orzeczeń wydawanych przez zespoły orzekające, w tym o potrzebie indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego oraz indywidualnego nauczania (załącznik nr 2 i 3 do powyższego rozporządzenia MEN).

Orzeczenie o potrzebie indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego lub indywidualnego nauczania jest wydawane na czas wskazany w zaświadczeniu o stanie zdrowia dziecka, nie krótszy jednak niż na 30 dni. Natomiast orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie wydaje się na czas nie dłuższy niż rok szkolny.

W orzeczeniu o potrzebie indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, jak również w orzeczeniu o potrzebie indywidualnego nauczania określa się:

- 1) zalecane warunki realizacji potrzeb edukacyjnych, a także możliwości uczestniczenia dziecka w życiu przedszkola/szkoły, formy stymulacji, rewalidacji, terapii, usprawniania, rozwijania potencjalnych możliwości i mocnych stron i inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej;
- 2) w przypadku ucznia, którego stan zdrowia znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły, zakres, w jakim uczeń może brać udział w obowiązkowych zajęciach edukacyjnych, organizowanych z oddziałem w przedszkolu, szkole lub indywidualnie w odrębnym pomieszczeniu w szkole; w przypadku ucznia szkoły prowadzącej kształcenie w zawodzie – także możliwość dalszej realizacji praktycznej nauki zawodu.

Nowe orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania jest wydawane w przypadku zaistnienia okoliczności uzasadniających kontynuowanie tej formy edukacji dziecka. Natomiast jeżeli brak jest podstaw do wydania orzeczenia o potrzebie indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego lub nauczania indywidualnego, zespół orzekający w poradni psychologiczno-pedagogicznej wydaje opinię o braku potrzeby indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego lub nauczania indywidualnego.

Od orzeczenia wnioskodawca może wnieść odwołanie do kuratora oświaty, za pośrednictwem zespołu, który wydał orzeczenie, w terminie 14 dni od dnia jego doręczenia. Zespół orzekający może uchylić zaskarżone orzeczenie, jeżeli uzna, że odwołanie zasługuje w całości na uwzględnienie. Wówczas uchyla zaskarżone orzeczenie i wydaje nowe, od którego wnioskodawcy przysługuje również odwołanie. Zespół orzekający jest obowiązany przesłać odwołanie wraz z aktami sprawy kuratorowi oświaty w terminie 14 dni od dnia, w którym otrzymał odwołanie, jeżeli w tym terminie nie wydał nowego orzeczenia. Kurator oświaty rozpatrujący odwołanie może zasięgnąć, w miarę potrzeb, opinii psychologa, pedagoga, lekarza lub innego specjalisty. Jak stwierdził bowiem Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 6 czerwca 2007 r. (sygn. I SA/Wa 329/07): „W sytuacji odmowy udzielenia zgody na konkretny rodzaj pomocy, niezmiernie ważnym jest dogłębne, rzetelne, zindywidualizowane i obiektywne zbadanie sprawy. Określona w tego typu sprawach procedura musi służyć jedynie zapewnieniu możliwości ustalenia okoliczności i motywów działania osób, których dotyczy to postępowanie. Niepełne, niewłaściwe lub wadliwe przeprowadzenie postępowania stanowi bowiem naruszenie praw dziecka i ucznia, a jednocześnie podważa rzetelność i prawidłowość dokonanych w trakcie tego postępowania ustaleń. W tego typu sprawach nie ma miejsca na dowolne interpretacje, automatyzm i brak rzetelności czy obiektywizmu”.

Prowadzenie z dzieckiem indywidualnie organizowanego przygotowania przedszkolnego lub nauczania szkolnego poza placówką oświatową, z uwagi na jego niemożność uczestniczenia w zajęciach w placówce, niewątpliwie stanowi dla dziecka bardzo istotną pomoc w jego przygotowaniu do nauki w szkole, lub kontynuowaniu

nauki w warunkach szkolnych, po chorobie. Jednakże w przypadku długo trwającej nauki prowadzonej w ten sposób, po powrocie dziecka do szkoły mogą wystąpić problemy we wdrożeniu się jego do obowiązków szkolnych oraz w kontaktach z rówieśnikami, ze środowiskiem szkolnym. Stąd też istotne znaczenie ma uwzględnienie przez dyrektora szkoły jako organizatora indywidualnego nauczania wskazania zawartego w § 9 rozporządzenia MENiS z 2008 r. w sprawie sposobu i trybu organizowania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, iż powinno się zapewnić dzieciom objętym indywidualnym przygotowaniem przedszkolnym lub indywidualnym nauczaniem uczestnictwo w życiu przedszkola lub szkoły, np. w uroczystościach szkolnych, w celu pełnego osobowego rozwoju uczniów oraz ich integracji ze środowiskiem rówieśników.

Z informacji zamieszczonych na stronie internetowej MEN wynika, że pracami legislacyjnymi w drugim półroczu 2011 r., objęto rozwiązania zawarte w rozporządzeniu z 2008 r. mające umożliwić dyrektorom szkół wydawanie decyzji o objęciu ucznia indywidualnym nauczaniem bez udziału poradni psychologiczno-pedagogicznej w określonych przypadkach, np. urazów ciała skutkujących zwolnieniem lekarskim z zajęć szkolnych w okresie dłuższym niż 30 dni. Wydaje się, że zmiany rozwiązań odnoszących się do indywidualnego nauczania powinny być „głębsze”, a mianowicie powinny umożliwiać realizowanie zajęć z uczniem „na odległość” z wykorzystaniem nowoczesnych środków przekazu elektronicznego, oczywiście w zależności od możliwości psychofizycznych ucznia. Rozbudowane powinny być także formy włączania ucznia w życie szkolne tak, aby przeciwdziałać jego izolacji od środowiska szkolnego i spraw szkoły.

Bibliografia

Akty prawne:

Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jedn. Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 ze zm.).

Ustawa z dnia 2 września 2007 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty (Dz.U. Nr 181, poz. 1292).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie sposobu i trybu organizowania indywidualnego obowiązkowego rocznego przygotowania przedszkolnego i indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży z dnia 18 września 2008 r. (Dz. U. Nr 175, poz. 1086).

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. Nr 173, poz. 1072).

Literatura:

Pilch, M. (2006). *Ustawa o systemie oświaty. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.

Orzeczenia sądowe:

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 6 czerwca 2007 r. (sygn. I SA/Wa 329/07), opubl. w Systemie Informacji Prawnej „Legalis”.

Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 28 sierpnia 2008 r. (sygn. II SA/Go 246/08), opubl. w Systemie Informacji Prawnej „Legalis”.

NATALIA SARNOWSKA

**SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI
INTEGRACJA OSÓB Z AUTYZMEM
W ŚRODOWISKU TYPOWO
ROZWIJAJĄCYCH SIĘ DZIECI –
NAJNOWSZE WYNIKI BADAŃ,
Z DOŚWIADCZEŃ ZESPOŁU SZKÓŁ
NR 31 W TORUNIU
TORUŃ, 30 marca 2011**

W dniu 30 marca 2011 r. w Zespole Szkół nr 31 w Toruniu odbyła się konferencja *Integracja osób z autyzmem w środowisku typowo rozwijających się dzieci – najnowsze wyniki badań, z doświadczeń Zespołu Szkół nr 31 w Toruniu*. Było to spotkanie o zasięgu lokalnym, jednak mimo to konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem. Wzięło w niej udział około 200 osób. Byli to przedstawiciele środowisk naukowych, pracownicy szkół, placówek wychowawczych oraz specjalistów zajmujących się pomocą osobom z autyzmem. Znaczną część zainteresowanych stanowili również rodzice dzieci z autyzmem. Wśród zaproszonych gości byli także przedstawiciele władz samorządowych, radni, przedstawiciele Wydziału Oświaty oraz Kuratorium. Celem konferencji było zapoznanie uczestników z najnowszymi badaniami dotyczącymi skuteczności metod terapii osób z autyzmem oraz ideą integracji.

Organizatorami były Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Autyzmem oraz Zespół Szkół nr 31 w Toruniu, jedyny w regionie ośrodek, w którym realizowany jest model integracji osób z autyzmem, stąd też podjęcie tematu konferencji.

Uroczystego otwarcia konferencji dokonała W. Antonowicz – dyrektor Zespołu Szkół nr 31 w Toruniu, wprowadzając słuchaczy w problematykę konferencji. Wskazała na istotne aspekty funkcjonowania Oddziałów Integracyjnych dla Dzieci z Autyzmem, przybliżyła historię ich powstania oraz ukazała źródła inspiracji modelu integracji, realizowanego w szkole. Prezentacja zilustrowana została filmem o oddziałach integracyjnych dla dzieci z autyzmem. Następnie Prezes Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Autyzmem a jednocześnie nauczyciel – terapeuta w oddziałach integracyjnych, R. Guzowska-Marek zaprezentowała model integracji dzieci

z autyzmem w Zespole Szkół nr 31 w Toruniu. Skoncentrowała się na ukazaniu specyfiki integracji osób z autyzmem, zarówno ze względu na samą złożoność zaburzenia, jak i cechy odróżniające ten model integracji od tradycyjnych oddziałów integracyjnych. Podstawowe cechy różnicujące to: struktura klasy, praca w systemie jeden nauczyciel – jedno dziecko z autyzmem, elastyczny system włączania dziecka z autyzmem do oddziału integracyjnego, przyjęcie jednej, wiodącej metody terapeutycznej: Stosowanej Analizy Zachowania oraz specyficzny rodzaj nadzoru pedagogicznego obejmujący superwizje zewnętrzne. Prelegentka przybliżyła również obszary, w obrębie których integrowani są uczniowie z autyzmem w niniejszej szkole. Spośród zaproszonych gości, jako pierwsza wystąpiła M. Suchowierska ze Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie. Oprócz działalności naukowej M. Suchowierska prowadzi Centrum Wczesnej Interwencji „Krok po kroku”, w którym świadczona jest terapia dla osób z autyzmem. Tematem prelekcji była „Praca z osobami z autyzmem: Rekomendacje dotyczące oddziaływań terapeutycznych”. M. Suchowierska w pierwszej kolejności dokonała behawioralnej charakterystyki autyzmu, co przybliżyło zebrany istotę zaburzenia, następnie przekazała słuchaczom wyniki najnowszych zagranicznych badań, wskazujących na efektywność najczęściej stosowanych terapii wobec dzieci z autyzmem. Prelegentka, na podstawie raportu opracowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, podzieliła znane metody terapeutyczne: Integrację Sensoryczną, terapię słuchową, Stosowaną Analizę Zachowania, stosowanie diet, Metodę Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne na trzy grupy: efektywne, obiecujące, neutralne. Przytaczane przez nią wyniki, choć w pewnych aspektach kontrowersyjne, pozwoliły na odkrycie motywów decyzji o podejmowanych rodzajach terapii, a przede wszystkim wskazały na efektywność ich stosowania – z punktu widzenia długoletnich i rzetelnych badań naukowych.

W przerwie między kolejnymi referatami zebrani mogli obejrzeć wystawę zdjęć z oddziałów integracyjnych oraz wystawę narzędzi terapeutycznych, stosowanych w pracy z dziećmi

z autyzmem w Zespole Szkół nr 31 na podstawie Stosowanej Analizy Zachowania. Przerwy wypełniły także kuluarowe rozmowy, dzielenie się doświadczeniami i wnioskami, był również czas na obejrzenie sal terapeutycznych.

Kolejnymi prelegentami były Z. Brzeska i B. Blok ze Specjalnego Ośrodka Rewalidacyjno-Wychowawczego dla Dzieci i Młodzieży w Gdańsku. To osoby od dwudziestu lat czynnie zajmujące się terapią i edukacją osób z autyzmem. W swoim wystąpieniu przybliżyły istotę nadzoru terapeutycznego w Stosowanej Analizie Zachowania oraz rolę superwizora procesu terapeutycznego ucznia z autyzmem. Prelegentki wyjaśniły pojęcie superwizora, przedstawiły również charakterystykę podejmowanych przez niego zadań i celów jego pracy. Wskazały na niezwykle istotną rolę, jaką spełnia superwizja w kształtowaniu umiejętności terapeutycznych nauczycieli.

Następnie głos zabrała M. Rybicka – dyrektor Ośrodka Rewalidacyjno-Wychowawczego dla Dzieci i Młodzieży z Autyzmem w Gdańsku. Należy wspomnieć, że ośrodek powstał w 1992 r. i jako pierwszy rozpoczął organizowanie i świadczenie wysokiej jakości usług terapeutycznych dla osób z autyzmem. Wzorce terapeutyczne realizowane w ośrodku, zostały przeniesione z wiodących placówek zajmujących się terapią osób z autyzmem w Norwegii i USA. W pierwszej części swojego wystąpienia M. Rybicka odniosła się do aspektów prawnych organizowania edukacji osób z autyzmem oraz miejsca tych osób w aktualnym systemie oświaty. Wskazała ponadto na konieczność pracy w systemie jeden nauczyciel – jedno dziecko z autyzmem, wynikającą przede wszystkim ze specyfiki i złożoności zaburzenia autystycznego, ale także jako przynoszącą najlepsze, najbardziej efektywne wyniki pracy terapeutycznej.

Prelegentka zaznaczyła, że najlepszym miejscem w systemie oświaty dla dzieci z autyzmem jest środowisko typowo rozwijających się rówieśników, a więc grupa przedszkolna, klasa szkolna. Dzieci z autyzmem są w stanie uczyć się w takim środowisku, nabywać nowe umiejętności, ale tylko wówczas, gdy towarzyszyć im będzie odpowiednie wsparcie, w postaci indywidualnego nauczyciela. Wyraziła przekonanie, iż taki model integracji, w którym

z jednej strony zapewnia się specjalistyczne, terapeutyczne wsparcie, a z drugiej strony nauka realizowana wspólnie z typowo rozwijającymi się dziećmi, powinien być stosowany w obrębie systemu edukacyjnego.

Po wystąpieniu ostatniej prelegentki, nadszedł czas na dyskusję, którą poprowadziła dyrektor ZS nr 31, W. Antonowicz. Znaczący głos w dyskusji zabrali rodzice dzieci z autyzmem, dzieląc się swoim doświadczeniem w poszukiwaniu metod skutecznej pomocy i wyboru właściwej metody terapeutycznej. Rodzice zadawali pytania prelegentom, zwłaszcza odnosiły się one do stosowania diet bezglutenowych i bezkazeinowych oraz wykorzystania Integracji Sensorycznej w terapii dzieci z autyzmem. Stanowisko w tej sprawie zajęła również przedstawicielka Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Toruniu. Refleksje rodziców oraz specjalistów miały jedną wspólną konkluzję – należy tworzyć nowe miejsca, nowe placówki dla osób z autyzmem, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeby integracji tych osób ze środowiskiem typowo rozwijających się dzieci.

Temat integracji osób z autyzmem na pewno nie został wyczerpany, zaznaczono jedynie niektóre wątki z nim związane. Rozumienie idei integracji tak specyficznej grupy, jak osoby z autyzmem powinno być stale pogłębiane, zwłaszcza w świadomości osób związanych z systemem oświaty. Stąd też zapowiedź organizacji podobnego spotkania w przyszłym roku.

ELŻBIETA PARADOWSKA
APS, Warszawa

**SPRAWOZDANIE Z WARSZTATÓW
DZIECKO GŁUCHONIEWIDOME
Z ZESPOŁEM CHARGE
WARSZAWA, 6–7 maja 2011**

W dniach 6–7 maja 2011 r. Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym zorganizowało w Warszawie warsztaty szkoleniowe poświęcone problematyce dziecka głuchoniewidomego, u którego stwierdzono bądź podejrzewa się, zespół CHARGE.

Uczestnikami ich byli specjaliści i nauczyciele pracujący na co dzień z takim dzieckiem,

a także nauczyciele, którzy wkrótce podejmą z nim pracę oraz specjaliści, którym wiedza na temat tego zespołu może przydać się w ich praktyce zawodowej (np. specjaliści w. i). W warsztatach wzięli też udział rodzice dzieci głuchoniewidomych z zespołem CHARGE. Były to głównie matki dzieci w różnym wieku: kilkumiesięcznych, kilkunastoletnich i osób w wieku powyżej dwudziestu lat.

Głównym celem warsztatów było przyjsięcie z konkretną pomocą osobom, które na co dzień stają przed tak trudnym, specyficznym zadaniem, jakim jest praca z dzieckiem głuchoniewidomym z zespołem CHARGE.

Wystąpienie M. Książek (tyflo- i surdopedagoga, organizatora warsztatów z ramienia TPG) pozwoliło mniej zaznajomionym z problematyką jednoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku uczestnikom uporządkować wiedzę ogólną dotyczącą głuchoślepoty, która często jeszcze bywa mylnie utożsamiana w społeczeństwie wyłącznie z jednoczesnym, całkowitym uszkodzeniem wzroku i słuchu. Jak zaznaczyła M. Książek w rzeczywistości ta grupa stanowi wśród dzieci głuchoniewidomych 6% natomiast pozostałe dzieci dysponują – w różnym stopniu – możliwościami wzrokowymi i/lub słuchowymi. Zwróciła też uwagę na stosowanie w praktyce głównie definicji funkcjonalnych w stosunku do dziecka. Wskazują one na wynikające z jednoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku utrudnienia w funkcjonowaniu codziennym, uczeniu się, komunikowaniu, samodzielnym poruszaniu. M. Książek zaznaczyła, że w literaturze zagranicznej – szczególnie obecnie – podkreśla się fakt, iż występujące we wczesnym okresie życia jednoczesne, nawet niewielkie uszkodzenie słuchu obok uszkodzenia wzroku powoduje całkiem poważne utrudnienia w rozwoju dziecka i stawia duże wyzwania przed jego otoczeniem w zakresie udzielenia mu adekwatnego wsparcia w rozwoju i edukacji – tym większe im poważniejsze jest uszkodzenie obu zmysłów. Istotne jest, że utrudnienia jakie napotyka dziecko głuchoniewidome są specyficzne, tj. nie są identyczne (choć częściowo są podobne) z tymi, jakie napotyka dziecko z uszkodzeniem jednego z tych zmysłów. Skutki podwójnej deprivacji nakładają się na siebie i potęgują się. Stąd dziecko

to wymaga specjalistycznego, dostosowanego do jego indywidualnych potrzeb wsparcia. Jak się okazuje, obecnie wśród dziesięciu głównych przyczyn głuchoślepoty u dzieci, zespół CHARGE (podobnie jak wcześniactwo) jest zdecydowanie jedną z najczęstszych przyczyn.

Oznacza to, że u dziecka z zespołem CHARGE obok tak poważnego problemu, jakim jest współwystępowanie uszkodzenia dwóch podstawowych dla człowieka zmysłów – wzroku i słuchu – występują dodatkowe problemy, co stawia przed osobami z nim pracującymi bardzo poważne wyzwania, do których – jak stwierdziła przedstawicielka TPG – muszą być przygotowani. W przeciwnym razie, bez zrozumienia problemów dziecka i ich uwarunkowań, trudno oczekiwać jakichkolwiek sukcesów w pracy z nim, tj. trudno stworzyć mu odpowiednie warunki i stosować właściwe sposoby oddziaływań, by mu pomóc w rozwoju.

J. Korzeniewska (psycholog kliniczny, neuropsycholog CZD Warszawa) przybliżyła uczestnikom warsztatów pojęcie fenotypu behawioralnego, związanego z występowaniem zespołu genetycznego. Fenotyp behawioralny – jak podkreśliła – nie jest powiązany z nabyciem określonych cech w wyniku uczenia się, lecz wiąże się z danym zaburzeniem genetycznym, stąd jest specyficzny dla niego. Opierając się na własnych doświadczeniach klinicznych i literaturze naukowej, prelegentka wskazała na pewne stałe, wspólne dla większości dzieci z zespołem CHARGE cechy funkcjonowania poznawczego, motorycznego, językowego i społecznego świadczące o występowaniu fenotypu behawioralnego. Charakterystyczne są tu m.in. zaburzenia zachowania, a głównie: trudności w przerywaniu podjętej czynności i przechodzeniu do kolejnej, zachowania kompulsywne – tj. odczuwanie przymusu wielokrotnego powtarzania jakiejś czynności. U dzieci z tym zespołem istnieją też problemy w zakresie funkcji przystosowawczych, tj. dziecko ma trudności z podjęciem zadania i jego kontynuowaniem – stąd wymaga stałego motywowania. Występujący w zespole CHARGE fenotyp behawioralny przejawia się też niskim poziomem funkcjonowania psychicznego, mimo nawet posiadanego przez dziecko potencjału.

Podsumowując, J. Korzeniewska zauważyła, że wymienione cechy, z jednej strony niezwykle utrudniają samemu dziecku pełne korzystanie z procesu edukacji, a z drugiej są trudne dla osób z nim pracujących. Omówiła też konkretne strategie, które są pomocne w łagodzeniu tych problemów. Zwróciła uwagę uczestników warsztatów na to, że mimo niewątpliwie bardzo wielu współwystępujących trudności w funkcjonowaniu psychospołecznym, dzieci głuchoniewidome z zespołem CHARGE mają też niepodważalne zalety. Zostały one wspólnie wytypowane przez uczestników warsztatów. Taką cechą jest np. poczucie humoru.

Z kolei A. Dunikowska (lekarz, mama dziecka głuchoniewidomego z zespołem CHARGE) omawiając konsekwencje mutacji genu CHD7 (odpowiedzialnej za wystąpienie tego zespołu) zwróciła uwagę na zaburzone funkcjonowanie zmysłów u dzieci dotkniętych zespołem CHARGE oraz na występujące u nich anomalie anatomiczne w obrębie różnych struktur. Mutacja ta powoduje, że obok uszkodzenia słuchu i wzroku uszkodzone są pozostałe zmysły: równowagi, węchu i czucia (zarówno powierzchniowego, jak i głębokiego). Wśród zespołu wad wrodzonych – o zróżnicowanym nasileniu objawów – występują anomalie anatomiczne w obrębie narządów zmysłów (oczu, uszu), a także różnych organów wewnętrznych (jak: nerki, serce, układ rozrodczy) i w o.u.n. A. Dunikowska zwróciła uwagę na to, że obecnie zmieniły się kryteria rozpoznawania zespołu CHARGE, tj. konieczne jest stwierdzenie występowania u danej osoby minimum trzech tzw. objawów dużych, bądź dwóch dużych i trzech małych. Do najbardziej charakterystycznych objawów dużych należą: anomalie nerwów czaszkowych, w tym twarzowych (a tu głównie nerwu pierwszego, co skutkuje brakiem lub osłabieniem węchu), wady uszu (głównie dotyczące budowy kosteczek słuchowych w uchu środkowym, co jest przyczyną niedosłuchu typu przewodzeniowego oraz nieprawidłowości w uchu wewnętrznym wskutek niedorozwoju ślimaka, skutkujące niedosłuchem odbiorczym, przy czym często jest on połączony z niedosłuchem przewodzeniowym dając niedosłuch mieszany, stosunkowo częsty jest też brak bądź niedorozwój kanałów

półkolistych prowadzący do zaburzeń równowagi). Do objawów dużych należą też szczeliny (koloboma) różnych części oka: siatkówki, naczyniówki czy tęczówki. Omawiając poszczególne objawy, A. Dunikowska przedstawiła skutki, jakie powodują one w funkcjonowaniu dziecka, a także wskazała możliwości ich łagodzenia przy pomocy zabiegów medycznych, odpowiedniego oprzyrządowania i właściwego postępowania rehabilitacyjnego. Poświęciła też uwagę omówieniu tzw. małych objawów świadczących o występowaniu zespołu CHARGE. Zalicza się tu wady serca, wady rozwojowe narządów płciowych, rozczep wargi i/lub podniebienia oraz wady przełyku, tchawicy, stosunkowo często spotykany kwadratowy kształt twarzy, a wreszcie charakterystyczne zachowania wśród dzieci z zespołem CHARGE, u młodszych – perseweracje i echolalie, a u starszych – natręctwa.

Następnie J. Wiśniewska (przybyła na zaproszenie organizatorów z Holandii – z ośrodka St. Michielsgestel), odnosząc się do występujących u dzieci głuchoniewidomych z tym zespołem trudności w funkcjonowaniu poznawczym i zachowaniu wskazała na ogromną rolę specjalistów i rodziców w zorganizowaniu środowiska dziecka w taki sposób, który pomoże mu w rozwoju. Osoby te – jak podkreśliła – muszą przede wszystkim znać problemy tego dziecka i to, co jest potrzebne w ich przewyciężeniu, tj. stosowanie pewnych zasad, takich jak: regularność, struktura, rytualizacja, a także stosunkowo duża przewidywalność. Jest to niezwykle istotne dla dziecka, które ma ogromne problemy ze zmianą typu aktywności. Dzięki pokazowi wideo i analizie zajęć z dzieckiem głuchoniewidomym z zespołem CHARGE, uczestnicy warsztatów mogli zobaczyć, jak pracuje się z tymi dziećmi w ośrodku holenderskim, a także zwrócić uwagę na strategie, których wprowadzenie pomaga w pracy z nimi. Jest to m.in. dawanie czasu dziecku (na przetwarzanie informacji i przechodzenie od jednej czynności do drugiej), a także wprowadzanie tzw. przerw zmysłowych (celowe wyciszenie, ograniczenie dopływu bodźców). Prezentowane filmy uzmysłowiły uczestnikom, że każda sytuacja, w której uczestniczy dziecko (niezależnie co to jest, czy to np. jedzenie, czy ubieranie

się) jest w rzeczywistości sytuacją uczącą, dlatego jest ważna dla jego rozwoju i służy rozwijaniu komunikacji oraz kształtowaniu zachowań dziecka. Jednocześnie przedstawione filmy pokazywały, w jak trudnej sytuacji dla uczenia się jest dziecko głuchoniewidome z zespołem CHARGE, nie będąc w stanie wykorzystać swego potencjału intelektualnego (nawet, gdy jest on w normie), a tym samym funkcjonując poniżej swych faktycznych możliwości i tak będąc odbieranym przez otoczenie. Dzięki temu wystąpieniu uczestnicy mogli przekonać się, że problemy, jakie napotyka dziecko, a także pracujący z nim nauczyciele i rodzice są podobne, niezależnie od kraju.

Kolejna prezentacja M. Książek (organizatora warsztatów TPG) miała na celu przybliżenie zebranym sytuacji obecnej i perspektywicznej dziecka głuchoniewidomego z zespołem CHARGE w edukacji, w warunkach polskich. Przedstawicielka TPG krótko scharakteryzowała obecną sytuację, zwracając uwagę na fakt, że dzieci te znajdują się w bardzo różnych placówkach, co związane jest m.in. ze zróżnicowaniem stopnia ich funkcjonowania, a tym samym potrzeb w zakresie wsparcia, oraz z możliwościami organizacyjnymi, takimi jak bliskość różnego typu placówek, a także z decyzją samych rodziców. Z zebranych przez TPG, dostępnych danych wynika, że dzieci te korzystają z różnych form edukacji – część dzieci uczęszcza do placówek o charakterze integracyjnym (przedszkole, szkoła) inne do placówek dla słabowidzących, czy też do szkoły dla niesłyszących. Stan ten odzwierciedla fakt, że w Polsce istnieje możliwość pobierania nauki przez dzieci z niepełną sprawnością w różnych formach edukacji. M. Książek krótko omówiła najistotniejsze zmiany, jakie zawiera nowelizacja ustawy o edukacji, zwracając uwagę m.in. na nowe zadania szkół ogólnodostępnych, związane z udzielaniem pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniowi ze SPE, a także na rzeczywistość polskiej szkoły, nie sprzyjającą realizacji idei nauczania włączającego w odniesieniu do dziecka z tak poważną niepełnosprawnością (przepelnienie klas, lęk nauczycieli przed pracą z dzieckiem niepełnosprawnym, brak odpowiedniego przygotowania nauczycieli w tym zakresie, odczuwany brak wsparcia dla nauczycieli szkół ogólnodo-

stępnych). Jak zauważyła, trudności w pracy z dzieckiem głuchoniewidomym z zespołem CHARGE doświadczają też nauczyciele placówek specjalnych. Stąd m.in. zrodziła się ze strony TPG inicjatywa zorganizowania warsztatów.

Następnie głos zabrał przedstawiciel z Litwy (Wilna). Krótko zapoznał uczestników warsztatów z sytuacją dzieci głuchoniewidomych z zespołem CHARGE w swoim kraju. Okazuje się, że sytuacja tych dzieci kształtuje się podobnie jak u nas – uczęszczają one do różnego typu placówek. Pozytywnym zjawiskiem jest coraz wcześniejsze rozpoznawanie i obejmowanie rehabilitacją dzieci z jednoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku, w tym dzieci z zespołem CHARGE.

Kończącym akcentem było doświadczenie sytuacji dziecka z jednoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku przez użycie symulatorów. Okazało się, że w tej sytuacji nawet proste czynności (np. samodzielne zrobienie herbaty) sprawiają poważne trudności.

Warsztaty doskonale spełniły swoje zadanie, czego dowodem były podziękowania, a nawet łzy wzruszenia uczestników, którzy pracując z dzieckiem z zespołem CHARGE są postawieni przed wyjątkowo trudnym zadaniem i często doświadczają poczucia porażki i braku wsparcia. Dzięki warsztatom mogli się przekonać, że odczuwane trudy tej pracy są wspólne dla nich wszystkich, że tak trudne do zrozumienia i akceptacji zachowania dzieci nie są wynikiem złośliwości dziecka, czy braku wychowania, lecz są cechą charakterystyczną tego zespołu i można je łagodzić wykorzystując pewne strategie. Wreszcie spotkanie to dało poczucie wspólnoty i zapewnienie o gotowości wzajemnej wymiany doświadczeń i wsparcia ze strony TPG. Taką pomocą będzie też zapewne przygotowywana przez TPG ulotka informacyjna dla nauczycieli wszystkich typów szkół.

Po raz kolejny mieliśmy okazję przekonać się, że warsztaty organizowane przez TPG są bardzo wartościową formą praktycznej pomocy osobom, którym przychodzi zmierzyć się w pracy z trudnymi, rzadko spotykanymi problemami dziecka głuchoniewidomego; tym razem – mającego dodatkowe problemy.

R E C E N Z J E

TADEUSZ WOLAK: *Muzykowanie metodą cyfrowo-literową z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu lekkim*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010, ss. 150 z płytą DVD)

[...] Powodzenie jakiegokolwiek koncepcji edukacyjnej (...) zależy faktycznie i ostatecznie od nauczyciela. Bez jego udziału jako kreatora, moc wykonawcza dekretu czy rozporządzenia pozostanie jedynie na papierze [...]
Jadwiga Kowalikowa, 2003

Książka *Muzykowanie metodą cyfrowo-literową z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu lekkim* (książka dużego formatu, wydana wraz z płytą DVD), liczy 150 stron formatu A-4. Jej zawartość stanowią: karta tytułowa, spis treści, wstęp wprowadzający w zasadnicze treści opracowania o charakterze teoretycznym, metodycznym i empirycznym oraz spis treści nagrań znajdujących się na płycie DVD pochodzących z koncertów zespołu muzycznego *Promyk*, prowadzonego przez autora książki, bibliografia oraz niezbędny, wielce przydatny dla mniej zorientowanego czytelnika i użytkownika, praktyczny słowniczek podstawowych terminów. Na uwagę zasługuje również forma, estetycznie wykonane, kolorowe fotografie, przybliżające zestawy instrumentów muzycznych czy sposób gry na niektórych z nich, starannie dobrane teksty muzyczne, przykłady oznaczeń i notacji muzycznych – zapis nutowy, literowy (*linomuz*) czy cyfrowy (*cynomuz*).

Treść książki daje się ująć w trzy zasadnicze części, to jest: teoretyczną, metodyczną oraz empiryczną, ukazujące z jednej strony podstawy, a z drugiej efekty wprowadzenia i korzystania z autorskiej metody cyfrowo-literowej notacji muzycznej (w skrócie nazywanej *cylinomuz*) i zasad jej stosowania w pracy z młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

Już we wstępie autor książki wyjaśnia pojęcie niepełnosprawności jako kategorii aksjologicznej, wyraźnie akcentując fakt zatrważających statystyk o randze rankingów światowych i krajowych, z których wynika, że co 5. mieszkańców naszego globu ziemskiego jest osobą niepełnosprawną, a w Polsce co 25. jej obywatel jest pewnego rodzaju inwalidą, wy-

magającym wsparcia i wydatnej pomocy osób trzecich. Wśród tych ostatnich mieszczą się osoby z upośledzeniem umysłowym o różnicowanej etiologii i stopnia tego zaburzenia rozwoju, do której to populacji należą również uczniowie Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego (SOSW) nr 2 w Krakowie. Uczniowie są zasadniczym podmiotem, wokół którego koncentrują się rozważania na temat prezentowanej metody, a ich osiągnięcia w zakresie znajomości podstaw muzyki i muzykowania aż nadto wyraźnie wskazują, jak wiele mogą oni osiągnąć w zakresie swojego rozwoju, jeśli odpowiednio się ich traktuje, stwarzając wokół nich sprzyjający klimat wychowania, stosując starannie dobrane, adekwatne do potrzeb i indywidualnych możliwości młodzieży, w pełni jej przydatne i odpowiadające jej gustom i potrzebom, efektywne metody aktywizowania, wsparcia i pomocy.

W części teoretycznej autor, nawiązując do zatwierdzonego przez Ministerstwo Edukacji Narodowej programu nauczania muzyki w szkołach dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim, na poziomie kształcenia podstawowego i gimnazjum, ukazał własny punkt widzenia na ich edukację oraz koncepcję metody pracy i możliwości rozwijania artystycznych uzdolnień i zainteresowań młodzieży poprzez muzykę i efektywne muzykowanie. Autor w przystępny sposób wyjaśnił terminy, istotne dla zrozumienia podstaw muzyki i edukacji muzycznej (m.in. takie jak: zdolności muzyczne, słuch muzyczny, pamięć muzyczna, poczucie rytmu i smaku artystycznego, a ponadto: gama, fraza muzyczna, motyw, ostinato, skala, puls, rytm, metrum, legato, staccato, dominanta, subdominanta czy tempo). Przy okazji autor wspominał o metodach badań w zakresie zdolności muzycznych u dzieci i młodzieży w ogóle, o pamięci muzycznej, o poczuciu rytmu i słuchu harmonicznym u uczniów z diagnozą niepełnosprawności intelektualnej, by potem już przejść do zaprezentowania autorskiej metody muzykowania z nimi na podstawie cyfrowo-literowej notacji muzycznej. W ramach stosowanego zapisu muzycznego autor wyodrębnił zapis literowy – jako literową notację muzyczną (określoną skrótem *linomuz*), która umożliwiła grę na

instrumentach sztabkowych i klawiszowych oraz zapis cyfrowy – jako cyfrowa notacja muzyczna (określona skrótem *cynomuz*) – która bywa wykorzystywana przy grze na flecie prostym sopranowym, a także klarnecie oraz flecie poprzecznym. Podstawową zasadą pracy nauczyciela muzyki we wspomnianym ośrodku jest obejmowanie muzyką i muzykowaniem wszystkich uczniów, którzy tylko mają taką potrzebę i ochotę, a wyznacznikiem efektywności zaproponowanej im metody pracy mogą być przejawiane przez nich chęci do nauki gry na danym instrumencie, zgodnie z posiadanymi predyspozycjami i zainteresowaniami, ich niezwykła determinacja, wola działania, zdyscyplinowanie, świadoma aktywność oraz pracowitość i systematyczność pracy.

Omawiana książka jest przykładem tego, jak umiejętnie, w sposób intencjonalny i przemyślany można docierać do uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, o stosunkowo niewielkich wsłak zdolnościach i możliwościach rozwoju funkcji percepcyjno-poznawczych, by odpowiednio zmotywować ich i zachęcić do pracy na rzecz własnego rozwoju, a nade wszystko rozmiłować ich w muzyce i muzykowaniu.

Książka napisana jest ładnym, poprawnym językiem, której treść pomimo fachowej terminologii muzycznej jest w pełni zrozumiała dla odbiorcy, a zarazem potencjalnego użytkownika samej metody i zachęcająca do lektury. Autor często podkreśla, że uczniowi z diagnozą niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim nie wystarczy zminimalizowanie wymagań pedagogicznych, lecz potrzebne mu są takie metody pracy, które tenże uczeń jest w stanie zrozumieć, zaakceptować i pokochać jako w pełni odpowiadające mu sposoby poznawania świata, niosące mu pożytek, a ponadto poczucie przyjemności i zadowolenia.

Metodę autorską T. Wolaka poznałam ponad ćwierć wieku temu. Śledziłam niemal każdy etap jej powstawania, rozwoju i doskonalenia. Bywałam na próbach i koncertach prowadzonego przez niego zespołu muzycznego *Promyk*, zespołu złożonego z uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Przyglądałam się zapisom notacji muzycznej, czynionym przez uczniów postępom i trudnościom zwią-

zanym z pokonywaniem „materii” zarówno u uczniów, jak i ich rodziców (dodajmy – rodziców często zagubionych i niewydolnych wychowawczo, czasem nawet bardzo sceptycznie nastawionych wobec swych dzieci z zaburzeniami w zachowaniu i trudnościami w nauce, i ich edukacji muzycznej) oraz dokładającego wszelkich starań, niezłomnego w swych postanowieniach i oczekiwaniach nauczyciela, instruktora muzyki i dyrygenta. Metoda zaprezentowana w niniejszej książce na tyle mi się spodobała, że postanowiłam „walczyć” o jej zaistnienie w formie pisanej, nie tylko poprzez treść ulotnych komentarzy i przekazów mówionych, ale też poprzez doping ze strony uczestników koncertów i innych obserwatorów poczynań metodycznych jej autora (np. nauczycieli i rodziców zainteresowanych występami swych dzieci, gości zapraszanych na uroczystości szkolne i państwowe oraz dyrekcję szkoły SOSW w Krakowie), poprzez wpisy do kroniki, słowa uznania, aplauzu i zachwytu z racji imponujących osiągnięć artystycznych młodzieży (np. wysoko ceniony repertuar utworów muzycznych, zmieniający się w zależności od potrzeb i okoliczności, dobór i jakość wykonania utworów muzycznych, otwartość i gotowość zespołu muzycznego do publicznych występów, do udziału w rozlicznych festiwalach i przeglądach artystycznych, nagraniach video). Widząc sens prowadzonych zajęć z młodzieżą, zachęcałam autora książki do przedstawienia swojej metody szerszemu gronu czytelników. Będąc świadkiem niebywałych osiągnięć artystycznych tego znakomitego dyrygenta i „cudotwórcy”, jakim jest T. Wolak, nie raz zwracałam się z prośbą o opisanie preferowanej przez niego metody, by dać szansę jej poznania przez innych, wzbogacając tym samym polską literaturę metodyczno-muzyczną. W recenzji tej chciałabym zatem zwrócić uwagę czytelnika przede wszystkim na aspekt metodyczny dzieła, w szczególności zaś na samą metodę, która z mojego punktu widzenia jest niezwykle ciekawym przedsięwzięciem i dziełem twórcy, którego nazwisko winno zaistnieć na kartach historii muzyki. Jest on bowiem (podobnie jak jego dzieło) „nietuzinkowym” artystą i odważnym inspiratorem, któremu nie sposób dorównać. Nie da się go do końca naśladować, ani

parodiować, jest autentyczny i niepowtarzalny w tym co robi. Dowartościowuje tych, których jeszcze do niedawna, często w okrutny, wręcz nieludzki sposób traktowano, a jawnie ich dyskryminując, poniżano, odtrącano i marginalizowano. Obserwując kolejne etapy tworzonej metody uczenia muzyki w przypadku uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, należy Tadeusza Wolaka podziwiać za optymizm, niezłomność charakteru, upór, odwagę, talent, nieprzeciętne zdolności organizacyjne, dobre wyczucie potrzeb i możliwości dziecka niepełnosprawnego, za niezwykłą pracowitość, cierpliwość, systematyczność w pracy z młodzieżą i kunszt wielkiego pedagoga, znawcy i artysty.

Prezentowaną tu książkę można z powodzeniem uznać za niezwykle wartościowy poradnik metodyczny w pracy rewalidacyjnej i wychowawczej z uczniem z diagnozą niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim. Uważam ją za ewenement w metodyce kształcenia uczniów z objawami intelektualnej niepełnosprawności, za pozycję bardzo wartościową merytorycznie, potrzebną i pożyteczną społecznie, a przy tym pilnie oczekiwaną zwłaszcza przez nauczycieli muzyki, zatrudnionych w szkołach specjalnych, integracyjnych czy ogólnodostępnych, nauczycieli prowadzących szkolne zespoły muzyczne, instruktorów różnego rodzaju świetlic terapeutycznych i domów kultury, często borykających się z rozlicznymi trudnościami. Jej autorowi (choć nie jest to istotnym elementem recenzji) przynajmniej tą drogą chciałabym pogratulować udanego przedsięwzięcia i podziękować za trud włożony w przygotowanie tego, tak potrzebnego dzieła, na które osobiście czekałam wiele, wiele lat. Chciałam pogratulować zarówno koncepcji metodologicznej, jak i udanej próby rozbudzania u uczniów z diagnozą niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim, zainteresowań muzyką, a przede wszystkim rozbudzania u nich chęci do podjęcia próby nauczania się gry na „prawdziwych” instrumentach muzycznych, przezwyciężania u nich pewnej indolencji, doznawanych przez nich trudności, braku wiary w siebie i swoje możliwości poprzez towarzyszenie im na każdym kroku.

Poruszona w książce problematyka może zainteresować nie tylko profesjonalistów, muzyków z prawdziwego zdarzenia, nauczycieli muzyki czy terapeutów, ale może ona zainteresować także rodziców uczniów, którzy jako ignoranci, wątpiący w skuteczność metody pracy ze swoimi dziećmi, z czasem uwierzyli w skuteczność muzyki i nauki gry na instrumencie, jako metody aktywizującej i w pełni terapeutycznej. Widząc efekty rozwoju swych dzieci poprzez muzykę i muzykowanie, znaleźli oni odpowiedź na pytanie, jak można zaradzić problemom wychowawczym ich dorastających, tak wyjątkowych dzieci, które wymagają ogromnego nakładu pracy ze strony nauczyciela, cierpliwości, pełnego zaufania i tolerancji, akceptacji oraz wsparcia i pomocy ze strony osób trzecich.

Myślę, że omawiana książka jest w stanie wydatnie wzbogacić wiedzę na temat stanu i możliwości rozwoju uczniów obarczonych niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, jak również wzbogacić polską literaturę metodyczną z zakresu muzyki i terapii muzyką w przypadku takich uczniów. Jest ona niewątpliwie pozycją oryginalną, od dawna oczekiwaną, w pełni wartościową i przydatną w pracy wychowawczej szkół i zakładów specjalnych, świetlic terapeutycznych i środowiskowych, ośrodków dziennego pobytu i dziennej opieki, warsztatów terapii zajęciowej, czy domów pomocy społecznej. Wszędzie tam mogą pojawić się zarówno dzieci specjalnej troski, jak również młodzież, a nawet osoby dorosłe, które na równi z pełnosprawnymi mogą zainteresować się muzyką i muzykowaniem, muzyką, która nie tylko „łagodzi obyczaje”, angażuje i wypełnia życiową pustkę człowieka naznaczonego piętnem niepełnosprawności, człowieka poniżanego i skrzywdzonego przez los, ale która potrafi rodzić w jego sercu radość, zapobiegać nudzie, potrafi uspołeczniać, aktywizować, przywracać wiarę w siebie, oddziaływać profilaktycznie, nie dopuszczając do pojawienia się zaburzeń w zachowaniu i wykolejenia społecznego dzieci, młodzieży i osób dorosłych z diagnozowanymi wadami i deficytami rozwoju.

Elżbieta Maria Minczakiewicz

ABY DOKONAĆ PRENUMERATY CZASOPISMA NALEŻY:

1. Wybrać jednego spośród dwóch kolporterów:

I. PUP „POCZTA POLSKA” W BYDGOSZCZY,

II. RUCH S.A.,

2. Zapoznać się dokładnie z warunkami prenumeraty odpowiadającymi wybranemu kolporterowi.

3. Wypełnić dokładnie i czytelnie blankiet pocztowy w taki sposób, aby zawierał:

- tytuł czasopisma,
 - okres, na jaki dokonujemy prenumeraty (od numeru do numeru),
 - liczbę zamawianych egzemplarzy każdego numeru,
 - indeks,
 - prenumeratorzy zbiorowi dołączają wykaz czasopism do przelewu bankowego.
4. Dokonać wpłaty w dowolnym urzędzie pocztowym.

WARUNKI PRENUMERATY:

I. CENTRUM USŁUG POCZTOWYCH ODDZIAŁ REGIONALNY W BYDGOSZCZY

1. Wpłat należy dokonać na konto **Centrum Usług Poczтовых Oddział Regionalny w Bydgoszczy. 85-950 Bydgoszcz. ul. Jagiellońska 6. Bank Pocztowny S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych nr: 98132000190099001120000022.**

2. Wpłaty na prenumeratę roczną i I półrocze przyjmowane są do 6 grudnia, a na II półrocze do 10 czerwca. Wpłaty należy dokonać z 8-tygodniowym wyprzedzeniem kalendarzowego okresu prenumeraty.

3. Prenumeratę można opłacić na okres dowolnie krótszy, ale mieszczący się w roku kalendarzowym. Wpłaty należy dokonać na 8 tygodni przed ukazaniem się pierwszego z opłaconych numerów czasopisma.

4. Przyjmowane są wpłaty na prenumeratę zagraniczną. Do ceny w prenumeracie należy doliczyć 7,50 zł za każdy egzemplarz, a także podać dokładny adres odbiorcy.

5. Wszelkich Informacji udziela Wydział Kolportażu (052) 322 90 86.

| | | |
|--|---|---|
| <p>ODCINEK DLA WPLACAJĄCEGO zł</p> <p>słownie złotych</p> | <p>BLANKIET WPLAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY</p> <p>Nazwisko i imię</p> <p>Adres</p> <p>Ulica, nr domu i mieszkania</p> <p>Kod pocztowy Miejscowość</p> <p>Nazwa i siedziba posiadacza rachunku</p> <p>Centrum Usług Pocztowych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6</p> <p>BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022</p> | <p>Opłata pocztowa</p> <p>Podpis przyjmującego</p> <p>PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ</p> <p>Datownik</p> |
| <p>ODCINEK DLA POSIADACZA RACHUNKU zł</p> <p>słownie złotych</p> | <p>BLANKIET WPLAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY</p> <p>Nazwisko i imię</p> <p>Adres</p> <p>Ulica, nr domu i mieszkania</p> <p>Kod pocztowy Miejscowość</p> <p>Nazwa i siedziba posiadacza rachunku</p> <p>Centrum Usług Pocztowych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6</p> <p>BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022</p> | <p>Opłata pocztowa</p> <p>Podpis przyjmującego</p> <p>PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ</p> <p>Datownik</p> |
| <p>ODCINEK DLA BANKU zł</p> <p>słownie złotych</p> | <p>BLANKIET WPLAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY</p> <p>Nazwisko i imię</p> <p>Adres</p> <p>Ulica, nr domu i mieszkania</p> <p>Kod pocztowy Miejscowość</p> <p>Nazwa i siedziba posiadacza rachunku</p> <p>Centrum Usług Pocztowych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6</p> <p>BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022</p> | <p>Opłata pocztowa</p> <p>Podpis przyjmującego</p> <p>PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ</p> <p>Datownik</p> |
| <p>ODCINEK DLA POCZTY zł</p> <p>słownie złotych</p> | <p>BLANKIET WPLAT DLA PRENUMERATORÓW PRASY</p> <p>Nazwisko i imię</p> <p>Adres</p> <p>Ulica, nr domu i mieszkania</p> <p>Kod pocztowy Miejscowość</p> <p>Nazwa i siedziba posiadacza rachunku</p> <p>Centrum Usług Pocztowych Oddz. Regionalny 85-950 BYDGOSZCZ, ul. Jagiellońska 6</p> <p>BANK POCZTOWY S.A. Centrum Rachunków Skonsolidowanych NR 98132000190099001120000022</p> | <p>Opłata pocztowa</p> <p>Podpis przyjmującego</p> <p>PRENUMERATA CZASOPISM KOLPORTOWANA PRZEZ POCZTĘ</p> <p>Datownik</p> |

| Prenumerata CUP Bydgoszcz | | | |
|---------------------------|---------------------------|--------------------------------------|---------|
| Tytuł | Polie egz. każdego numeru | Okres prenumeraty od nr-U do nr-U | Wartość |
| | | | |
| Adres wysyłkowy: | | | |
| nazwisko/firma | | | |
| ulica, nr domu | | | |
| miejscowość | | | |
| kod pocztowy | | | |
| tel. kontaktowy | | | |
| Prenumerata CUP Bydgoszcz | | | |
| Tytuł | Polie egz. każdego numeru | Okres prenumeraty od nr-U do nr-U | Wartość |
| | | | |
| Adres wysyłkowy: | | | |
| nazwisko/firma | | | |
| ulica, nr domu | | | |
| miejscowość | | | |
| kod pocztowy | | | |
| tel. kontaktowy | | | |
| Prenumerata CUP Bydgoszcz | | | |
| Tytuł | Polie egz. każdego numeru | Okres prenumeraty od nr-U do nr-U | Wartość |
| | | | |
| Adres wysyłkowy: | | | |
| nazwisko/firma | | | |
| ulica, nr domu | | | |
| miejscowość | | | |
| kod pocztowy | | | |
| tel. kontaktowy | | | |
| Prenumerata CUP Bydgoszcz | | | |
| Tytuł | Polie egz. każdego numeru | Okres prenumeraty od nr-U do nr-U | Wartość |
| | | | |
| Adres wysyłkowy: | | | |
| nazwisko/firma | | | |
| ulica, nr domu | | | |
| miejscowość | | | |
| kod pocztowy | | | |
| tel. kontaktowy | | | |

II. „RUCH” S.A.

1. Wpłaty na prenumeratę przyjmują:

- jednostki kolportażowe „RUCH” S.A. właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby prenumeratora;
- od osób lub instytucji zamieszkałych lub mających siedzibę w miejscowościach, w których nie ma jednostek kolportażowych RUCH, wpłaty należy wносить na konto:

„RUCH” S.A. w PKO S.A.
IV O/W-wa.

15 1240 1053 1111 0000 4430 4118
lub „RUCH” S.A. Oddział Krajowej Dystrybucji Prasy. ul. Jana Kazimierza 31/33. 00-958 Warszawa, sk. 12, tel. (22) 532 81 31, 532 88 20, 532 88 16, fax 532 81 32, www.ruch.pol.pl

2. Cena prenumeraty ze zleceniem dostawy za granicę jest powiększona o rzeczywiste koszty wysyłki. Wpłaty przyjmuje „RUCH” S.A. Oddział Warszawa na konto w kasach Oddziału. Dostawa odbywa się pocztą zwykłą w ramach opłaconej prenumeraty, z wyjątkiem zlecenia dostawy pocztą lotniczą, której koszt w pełni pokrywa zamawiający.

3. Termin przyjmowania wpłat na rok 2012 na prenumeratę krajową i zagraniczną ze zleceniem dostawy za granicę od osób zamieszkałych w kraju upływa z dniem 5.10.2011 r.

SPROSTOWANIE

W numerze 3 (259) 2011 błędnie podano tytuły artykułów:

W Spisie treści powinno być

215 – *Barbara Marcinkowska*
Kształcenie uczniów z niepełnosprawnością intelektualną (część 1)
Contents

215 – *Barbara Marcinkowska*
Education of Children with Disabilities (Part 1)