CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO

Nr 1(19) 2013

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

RADA NAUKOWA
Władysław Dykcik (PL), Anna Firkowska-Mankiewicz (przewodnicząca) (PL),
Adam Frączek (PL), Zofia Kawczyńska-Butrym (PL), Małgorzata Kościelska (PL),
Henny Lantman (B), Su-Jan Lin (RC), Hanna Malewska-Peyre (F),
Tadeusz Mazurczak (PL), Antonina Ostrowska (PL), Alicja Przyłuska-Fiszer (PL),
Stanisław Pużyński (PL), Diane Ryndak (USA), Barbara Szatur-Jaworska (PL),
Wiesław Theiss (PL)

KOMITET REDAKCYJNY
Joanna Głodkowska (redaktor naczelna), Katarzyna Wereszka (sekretarz redakcji),
Ewa M. Kulesza, Małgorzata Kupisiewicz, Jarosław Rola (członkowie redakcji)

REDAKTORZY TEMATYCZNI
Józefa Bałachowicz – pedagogika
Paweł Boryszewski – socjologia
Helena Ciążela – filozofia
Czesław Czabała – psychologia
Urszula Eckert – pedagogika specjalna
Henryk Skarżyński – medycyna

Redaktor językowy (język polski) – Weronika Kostecka

Redaktor statystyczny – Adam Tarnowski

Tłumaczenie na język angielski – Renata Wójtowicz

Wersja papierowa jest wersją pierwotną (referencyjną)

Adres redakcji
Redakcja czasopisma *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
redakcjacns@aps.edu.pl
www.aps.edu.pl/wydawnictwo/czasopisma/

© Copyright by Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej Warszawa 2013
nakład 250 egz.

ISSN 1734-5537

Skład:
Grafini DTP
Druk i oprawa:
P.P.H.U. „Nokpol" Kobyłka

SPIS TREŚCI

Autorzy 5

Artykuły i rozprawy

Marzenna Zaorska – *Pedagogiczne uwarunkowania specjalnej edukacji i terapii osób z niepełnosprawnością sprzężoną* 7

Urszula Bartnikowska – *Zerwane więzi – dziecko z syndromem RAD – nowy obszar działań pedagogów specjalnych* 21

Prace badawcze

Małgorzata Bilewicz – *Akceptacja niepełnosprawności przez młodzież z dysfunkcją narządu wzroku* 39

Beata Szabała – *Radzenie sobie w sytuacjach trudnych a kompetencje społeczne studentów z niepełnosprawnością wzrokową* 59

Recenzje i polemiki

Michał Skrzypek (2011). *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*. Lublin: Wydawnictwo KUL (Anna Firkowska-Mankiewicz) 75

Alicja Szerląg (red.). (2010). *Heath in pedagogical discourses and school practices. Selected perspectives*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls (Anna Kasprzyk-Dawiec, Mirosław Kiedrowski) 80

Sprawozdania, komunikaty, kronika

Anna Hryniewicka – *Początki kształcenia głuchoniewidomych w Polsce na podstawie historii życia Krystyny Hryszkiewicz* 83

Marta Porembska, Kamil Tomaszewski – Sprawozdanie z ogólnopolskiej konferencji Naukowej *Dziecko–Młodzież–Rodzina jako adresaci pomocy psychopedagogicznej i socjalnej*. Poznań, 23 października 2012 91

Agnieszka Dłużniewska – Sprawozdanie z Międzynarodowej Konferencji Naukowej *Odpowiedzialność za edukację osób z uszkodzeniami słuchu*. Lublin, 25–27 października 2012 95

Przegląd czasopism

Bernadeta Szczupał – *The Journal of the International Association of Special Education*, Spring 2012, Vol. 13, No. 1. 101

TABLE OF CONTENTS

Authors 5

Articles and Treaties

Marzenna Zaorska – *Pedagogical factors that determine special education and therapy for persons with multiple disabilities* 7

Urszula Bartnikowska – *Broken ties – The child with RAD – A new area of activity for special educators* 21

Research Papers

Małgorzata Bilewicz – *Acceptance of disability by adolescents with visual impairments* 39

Beata Szabała – *Coping strategies and social competence of students with visual impairments* 59

Polemics and Reviews

Michał Skrzypek (2011). *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej* [Sick person's perspective in the sociology of chronic illness]. Lublin: KUL (Anna Firkowska-Mankiewicz) 75

Alicja Szerląg (Ed.). (2010). *Heath in pedagogical discourses and school practices. Selected perspectives.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls (Anna Kasprzyk-Dawiec, Mirosław Kiedrowski) 80

Reports, Announcements, Chronicle

Anna Hryniewicka – *Early days of education for deafblind people in Poland based on the story of Krystyna Hryszkiewicz's life* 83

Marta Porembska, Kamil Tomaszewski – Report on the all-Poland scientific conference *Child-Youth-Family as the target audience of psycho-pedagogical and social support*. Poznań, October 23, 2012 91

Agnieszka Dłużniewska – Report on the International Scientific Conference *Responsibility for the education of persons with hearing impairments.* Lublin, October 25–27, 2012 95

Journals Review

Bernadeta Szczupał – *The Journal of the International Association of Special Education,* Spring 2012, Vol. 13, No. 1. 101

AUTORZY

Urszula Bartnikowska
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
ul. Żołnierska 14
10-561 Olsztyn
e-mail: u.bartnikowska@uwm.edu.pl

Małgorzata Bilewicz
Uniwersytet w Białymstoku
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 14
15-097 Białystok
e-mail: m.bilewicz@uwb.edu.pl

Agnieszka Dłużniewska
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
e-mail: adluzniewska@aps.edu.pl

Anna Firkowska-Mankiewicz
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
e-mail: afirkowska@aps.edu.pl

Anna Hryniewicka
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
e-mail: hryniew@aps.edu.pl

Anna Kasprzyk-Dawiec
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
e-mail: anna.kasprzyk@gmail.com

Mirosław Kiedrowski
Uniwersytet Medyczny
Centrum Onkologii-Instytut
im. Marii Skłodowskiej-Curie
ul. W.K. Roentgena 5
02-781 Warszawa
e-mail: mkiedrow@mp.pl

Marta Porembska
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
e-mail: maartusek@gmail.com

Beata Szabała
Uniwersytet Marii Skłodowskiej-Curie
ul. Narutowicza 12
20-004 Lublin
e-mail: b1c2d5@o2.pl

Bernadeta Szczupał
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
e-mail: bszczupal@aps.edu.pl

Kamil Tomaszewski
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa

Marzenna Zaorska
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Wydział Nauk Pedagogicznych
Katedra Pedagogiki Specjalnej
ul. Gagarina 9
87-100 Toruń
e-mail: mzaorska@poczta.onet.pl

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 1(19) 2013

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

MARZENNA ZAORSKA

PSYCHOPEDAGOGICZNE UWARUNKOWANIA SPECJALNEJ EDUKACJI I TERAPII OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ SPRZĘŻONĄ

Istota niepełnosprawności sprzężonej

Termin „niepełnosprawność sprzężona” od wielu dziesięcioleci wywołuje liczne i ożywione dyskusje zarówno w gronie teoretyków, jak i praktyków zajmujących się pedagogiką specjalną. Można zauważyć niejednoznaczność tego terminu, która niewątpliwie przekłada się bezpośrednio na strategie organizacji oraz prowadzenia działań specjalistycznych adresowanych do osób doświadczających różnorodnych, na ogół poważnych i głębokich oraz wielozakresowych konsekwencji danej niepełnosprawności.

Kazimierz Kirejczyk (1981) analizuje określenie „upośledzenia sprzężone” w odniesieniu do dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Wskazuje, że spotyka się wśród niech również i takie dzieci, u których występują „upośledzenia dodatkowe”, czyli „sprzężone” (podwójne, a nawet potrójne). Do analizowanej kategorii włącza: dzieci upośledzone umysłowo i równocześnie niedostosowane społecznie, upośledzone umysłowo głuche i niedosłyszące, upośledzone umysłowo niewidome i niedowidzące, upośledzone umysłowo kalekie, zwłaszcza z kalectwem narządu ruchu, upośledzone umysłowo przewlekle chore, upośledzone umysłowo z wycinkowymi, parcjalnymi upośledzeniami, np. wadami mowy, poważnymi zaburzeniami życia emocjonalnego itp. Dodaje też, że ze względu na specyfikę niepełnosprawności można dane dzieci zaliczyć zarówno do upośledzonych umysłowo, jak i z uwagi na obecne, np. niewidzenie, do dzieci niewidomych. Niepełnosprawność sprzężona, w ujęciu Kirejczyka, może występować również u dzieci o „normalnym rozwoju umysłowym”.

Zdaniem tego badacza, „każde z dodatkowych upośledzeń niesie za sobą, oprócz upośledzenia umysłowego (w sytuacji, kiedy niepełnosprawność intelektualna jest obecna), specyficzne, odmienne i ujemne konsekwencje dla rozwoju

i przygotowania do życia dotkniętych nimi dzieci. Wynika stąd, że dzieci umysłowo upośledzone i dodatkowo np. niesłyszące mają większe trudności w nauce oraz przygotowaniu do pracy i życia, niż dzieci niesłyszące o normalnym rozwoju umysłowym lub dzieci w tym samym stopniu upośledzone umysłowo, lecz słyszące. Ich możliwości rozwojowe są bardziej ograniczone niż pierwszych czy drugich. Oznacza to z jednej strony konieczność obniżenia wymagań, a więc i programu nauczania dla dzieci ze sprzężonymi upośledzeniami, a z drugiej potrzebę stosowania organizacji i metod nauczania oraz środków dydaktycznych odpowiednich do występujących u nich upośledzeń" (K. Kirejczyk, 1981, s. 600). Konkludując, można zauważyć, że cytowany autor odnosi znaczenie terminu „niepełnosprawność sprzężona" nie tylko do sytuacji, gdy mamy do czynienia z niepełnosprawnością intelektualną sprzęgającą się z uszkodzeniem zmysłów czy narządu ruchu, lecz także do uszkodzenia organizmu połączonego ze współwystępowaniem problemów natury somatycznej (np. przewlekłych schorzeń) lub społecznej (np. niedostosowania społecznego). Jednym słowem, zdaniem Kirejczyka, o obecności niepełnosprawności sprzężonej decydują, poza minimum jedną wadą organiczną, współobecne konsekwencje somatyczne lub psychoemocjonalne albo społeczne.

Deborah Deutsch Smith (2008) z USA jest zwolenniczką stosowania terminu „niepełnosprawności wielorakie" (*multiple disabilities*), a w sytuacjach bardzo poważnych konsekwencji istniejącego uszkodzenia czy uszkodzeń organizmu – terminu „głęboka wieloraka niepełnosprawność" (*multiple-severe disabilities*). Badaczka ta cytuje definicję niepełnosprawności wielorakich zawartą w federalnej ustawie IDEA: „Niepełnosprawności współistniejące (jak upośledzenie umysłowe ze ślepotą, upośledzenie umysłowe z niepełnosprawnością ruchową itd.), których kombinacja wywołuje poważne potrzeby edukacyjne, które nie mogą być zaspokojone w ramach programu kształcenia specjalnego, przewidywanego dla jednej niepełnosprawności. Określenie to nie obejmuje głuchoślepoty" (U.S. Department of Education, 1999, s. 12422, za: D. Deutsch Smith, 2008, s. 311–312). Przytacza także cytat z opisu głębszej niepełnosprawności zaczerpnięty z opracowania wydanego przez Stowarzyszenie Osób z Głębszymi Niepełnosprawnościami (Association for Persons with Severe Handicaps, TASH): „Osoby w każdym wieku, każdej rasy, wiary, narodowości, płci i orientacji seksualnej wymagające stałego wsparcia w jednej lub wielu czynnościach życiowych, po to, aby mogły uczestniczyć w zintegrowanej społeczności i doświadczać jakości życia podobnej do tej, która jest dostępna wszystkim ludziom. Wsparcie może być potrzebne w takich czynnościach życiowych, jak poruszanie się, komunikacja, samoobsługa oraz kształcenie przygotowujące do niezależnego życia w społeczności, do zatrudnienia oraz samowystarczalności" (TASH, 2000, za: D. Deutsch Smith, 2008, s. 311). Równocześnie dodaje, że w świetle ustawy IDEA głuchoślepota i pourazowe uszkodzenie mózgu stanowią oddzielne kategorie, niemieszczące się w polu znaczeniowym terminu „niepełnospraw-

ności wielorakie" (tamże, s. 309). Zdaniem tej autorki: „Ludzie z głęboką wieloraką niepełnosprawnością wymagają stałego i intensywnego wsparcia przez okres szkoły i, zwykle, przez całe życie. W przypadku niektórych osób wsparcie to może dotyczyć tylko jednej dziedziny życia; większości jest ono potrzebne po to, żeby uzyskać dostęp i uczestniczyć w głównym nurcie życia społecznego. Wsparcie jest niezbędne, bo większość osób z głęboką wieloraką niepełnosprawnością wymaga pomocy w wielu sferach życia" (tamże, s. 311).

Badacze holenderscy i belgijscy stoją na stanowisku, że termin „niepełnosprawność sprzężona" włącza obecność uszkodzenia zmysłów wraz z dysfunkcjami intelektu i (lub) narządu ruchu. Proponują też, by wobec grupy osób z niepełnosprawnością intelektualną i współobecnym innym uszkodzeniem (lub innymi uszkodzeniami) organizmu stosować termin „głęboka niepełnosprawność intelektualna", a terminem „niepełnosprawność sprzężona" objąć wyłącznie przypadki obecności uszkodzenia zmysłów oraz dysfunkcji narządu ruchu, ewentualnie połączone z poważnymi schorzeniami somatycznymi (A. du Ville, G. Vandelanotte, 1990). Według P.J.L. de Wita (1975) i C.G.A. de Jonga (1986) niepełnosprawność sprzężoną należy traktować jako jakościowo odmienny typ niepełnosprawności, gdyż połączone skutki uszkodzeń są o wiele bardziej skomplikowane i poważne niż skutki poszczególnych wad wchodzących w skład danej niepełnosprawności. Dlatego osoby z niepełnosprawnością sprzężoną (dzieci, młodzież, dorośli) tworzą jakościowo odmienną grupę niepełnosprawnych nie tyle ze względu na obecność nakładających się na siebie uszkodzeń, ile z powodu wyjątkowości, szczególności oddziaływań specjalistycznych, których potrzebują.

Pogłębionej analizie terminu „niepełnosprawność sprzężona" i unaocznieniu jego wyjątkowej istoty sprzyja Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia w r. 1980. Klasyfikacja ta zakłada, że przy interpretacjach związanych z powstaniem i rozwojem stanu niepełnosprawności (*disablement*) powinny być uwzględniane trzy jego wymiary, które są – lub mogą być – ze sobą ściśle powiązane i wzajemnie uwarunkowane: uszkodzenie narządów organizmu (*impairment*); niepełnosprawność biologiczna lub funkcjonalna organizmu (*disability*); upośledzenie lub niepełnosprawność społeczna (*handicap*). Należy zwrócić uwagę zwłaszcza na **stan uszkodzenia**, definiowany jako wszelki brak lub anormalność psychologicznej, fizjologicznej lub anatomicznej struktury lub funkcji organizmu na skutek określonej wady wrodzonej, choroby lub urazu; szczególnie istotne jest tutaj określenie „brak lub anormalność anatomicznej struktury organizmu", oznacza ono bowiem, że o istnieniu, a zatem także o diagnostyce niepełnosprawności sprzężonej może – a właściwie powinno – decydować wystąpienie co najmniej dwóch uszkodzeń organizmu, czyli wad anatomicznych w jego budowie. Natomiast brak i (lub) anormalność psychologicznej i (lub) fizjologicznej struktury lub funkcji organizmu stanowią problem raczej o charak-

terze funkcjonalnym. Mogą one (chociaż nie muszą, gdyż mogą istnieć niezależnie od uszkodzenia organicznego – aczkolwiek na ogół są jego bezpośrednią konsekwencją) wpływać na funkcjonowanie ludzkiego organizmu (T. Majewski, 1998). W omawianej tu koncepcji kolejny wymiar niepełnosprawności, czyli **niepełnosprawność biologiczna**, oznacza ograniczenie lub brak (wynikający z uszkodzenia) zdolności do wykonywania czynności w sposób i w zakresie uważanym za normalny dla człowieka. **Upośledzenie (niepełnosprawność społeczna)** oznacza zaś mniej korzystną sytuację (*disadvantage*) danej osoby, wynikającą z uszkodzenia lub niepełnosprawności, kiedy to ograniczone lub uniemożliwione zostaje wypełnianie funkcji związanych z jej wiekiem, płcią oraz sytuacją społeczną i kulturową. Jest to jedynie funkcjonalny wynik stanu uszkodzenia (tamże).

Znacznie mniej możliwości dla interpretacji pojęcia niepełnosprawności sprzężonej daje Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF (*International Classification of Functioning*), przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia w 2001 r. (ICF, 2007). Powstała w wyniku krytyki Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, której zarzucono, że zbytnio akcentuje aspekt medyczny niepełnosprawności. Obecna klasyfikacja przyjmuje tzw. biopsychospołeczny model niepełnosprawności. Ujmuje wzajemne relacje między zdrowiem, funkcjonowaniem i niepełnosprawnością organizmu, a także uczestnictwem człowieka w życiu społecznym. *De facto* jest to klasyfikacja *stricte* funkcjonalna, mimo że chociażby w swojej nazwie postuluje uwzględnienie elementu biologicznego, a więc i medycznego, nie występuje on ani w interpretacji **pojęcia zdrowia**, ani **funkcjonowania człowieka**, ani **niepełnosprawności**. Zdrowie, czyli dobrostan, oznacza dobre samopoczucie, obejmuje całokształt dziedzin życia ludzkiego wraz z fizycznymi, psychicznymi i społecznymi aspektami włącznie, które tworzą to, co nazywa się „dobrym życiem". Funkcjonowanie człowieka to pojęcie obejmujące takie składniki, jak funkcjonowanie organizmu, aktywność człowieka oraz jego uczestnictwo w życiu społecznym. Oznacza pozytywne aspekty wzajemnych relacji pomiędzy jednostką z określonym stanem zdrowia a czynnikami wynikającymi z kontekstu (sytuacji), w którym się ona znajduje. Chodzi tu o czynniki środowiskowe i cechy osobowe mające wpływ na dobre funkcjonowanie człowieka**.** Niepełnosprawność zaś jest równoznaczna z utrudnieniem, ograniczeniem lub uniemożliwieniem aktywności człowieka i jego uczestnictwa w życiu społecznym. Określa negatywne aspekty interakcji pomiędzy jednostką a czynnikami wynikającymi z kontekstu, w którym się ona znajduje (tamże). Omawiana klasyfikacja nie wskazuje żadnego elementu, który można by przyjąć za punkt wyjścia do scharakteryzowania sprzężonej niepełnosprawności. Mówi o konsekwencjach funkcjonalno-rozwojowych wynikających z danego stanu zdrowia i o tym, że **człowiek jest istotą biologiczną** (stanowi ją *organizm* człowieka o pewnej strukturze i wypełniający pewne funkcje – funkcjonowanie or-

ganizmu). W tej koncepcji **człowiek jest** określoną osobą, jednostką, działającą i wypełniającą określone czynności i zadania życiowe – **istotą aktywną**, **człowiek jest także członkiem określonej grupy społecznej**, do której przynależy i w życiu której uczestniczy (tamże). W rezultacie ICF osłabia możliwości konkretnej diagnostyki i doboru adekwatnych strategii wspomagania osoby niepełnosprawnej w ogóle, w tym także osoby z niepełnosprawnością sprzężoną, nie podaje jednoznacznych argumentów, które mogłyby być przydatne w analizie sprzężonej niepełnosprawności. Nawet opis biologicznego poziomu funkcjonowania człowieka (zniesienie, ograniczenie lub zaburzenie przebiegu funkcji organizmu w zależności od stopnia i zakresu uszkodzenia jego organów lub układów) nie pozwala na konkretyzację definicyjną interesującego nas tutaj pojęcia.

Na podstawie przywołanych poglądów i koncepcji oraz ich krytycznej analizy można zaproponować pewien sposób podejścia do kwestii sprzężonej niepełnosprawności, rozgraniczający element biologiczny, czyli uszkodzenia organizmu, i element funkcjonalny – konsekwencje uszkodzenia i (lub) możliwych nieprawidłowości *stricte* funkcjonalnych, tzn. braku lub zaburzenia fizjologicznej i (lub) psychologicznej struktury lub funkcji organizmu. W podejściu tym niepełnosprawność sprzężoną należy rozumieć jako stan, z wyłączeniem stanu niepełnosprawności intelektualnej, charakteryzujący się obecnością minimum dwóch poważnych wad w budowie organizmu ludzkiego, w konsekwencjach jakościowo odmienny od możliwych skutków uszkodzeń tworzących daną niepełnosprawność. Przy takiej interpretacji stan głuchoślepoty kwalifikuje się jednak do grupy niepełnosprawności sprzężonych, mamy bowiem do czynienia z poważnymi uszkodzeniami słuchu i wzroku oraz jakościowo odmiennymi konsekwencjami niepełnosprawności w porównaniu z sytuacją, gdy występuje uszkodzenie tylko wzroku czy też tylko słuchu. Podobnie będzie w sytuacji sprzęgania się niepełnosprawności ruchowej np. z uszkodzeniem słuchu czy wzroku. Najbardziej trafnym określeniem niepełnosprawności intelektualnej sprzęgającej się np. z niewidzeniem czy niesłyszeniem wydaje się „sprzężona niepełnosprawność intelektualna", pod warunkiem, że owa niepełnosprawność intelektualna jest uszkodzeniem głównym, podstawowym i decydującym o przebiegu niepełnosprawności, jej konsekwencjach czy poziomie funkcjonowania człowieka.

Ze sprzężoną niepełnosprawnością intelektualną mamy do czynienia wówczas, gdy niepełnosprawność intelektualna decyduje o obecnych problemach, trudnościach czy jakości życia człowieka, spowodowana jest czynnikami natury organicznej oraz dodatkowo sprzęga się z wadą np. wzroku czy słuchu. Mówiąc inaczej, osoba niepełnosprawna intelektualnie na tle czynników organicznych z dodatkowo obecną wadą wzroku będzie się kwalifikować do grupy osób ze sprzężoną niepełnosprawnością intelektualną. Natomiast osoba niewidoma, która z powodu wady wzroku i pod wpływem braku stymulacji ze strony otoczenia stała się niepełnosprawna intelektualnie i jest właściwie osobą opóźnioną w rozwoju intelektualnym, będzie się kwalifikować przede wszystkim do grupy osób niewi-

domych opóźnionych w rozwoju intelektualnym, tzn. do grupy osób niewidomych lub ewentualnie – przy obecnych stereotypach myślenia – do grupy osób niepełnosprawnych intelektualnie (aczkolwiek jest to podejście wysoce niesłuszne i bezzasadne), ale nie do grupy osób z niepełnosprawnością sprzężoną.

W analizie poważnych typów niepełnosprawności stosuje się też inne określenia: wieloraka, złożona, wielozakresowa, a ostatnio również współobecna czy współistniejąca. Są to określenia tworzone z uwzględnieniem parametrów funkcjonalnych (fizjologicznych, psychologicznych i – lub – społecznych). Charakteryzują niepełnosprawność z punktu widzenia jej konsekwencji, które mogą być związane nie tylko z uszkodzeniem organicznym, lecz także z nieprawidłowościami funkcjonalnymi, tak w znaczeniu ilościowym, jak i jakościowym. Ta różnorodność wskazuje, że we wspomnianej analizie powinno się brać pod uwagę liczbę i rodzaj wad organizmu, stopień tych wad (tej wady) oraz dominację konsekwencji którejś z nich, a mówiąc inaczej – dominujący charakter jednej z wad oraz liczbę i złożoność konsekwencji uszkodzenia (uszkodzeń) organizmu. Termin „niepełnosprawność sprzężona" sugeruje bowiem istnienie sprzęgających się wad organizmu. Jeśli chodzi o konsekwencje oraz ich liczbę, trzeba stwierdzić, że są one na ogół bardzo poważne, różnorodne i liczne, jednak nie muszą takie być. Ponadto w stanie niepełnosprawności sprzężonej przeważnie któraś z wad jest bardziej poważna, głęboka i odgrywa rolę dominującej; np. w sytuacji równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku może występować całkowite niewidzenie i umiarkowany niedosłuch, stąd prawdopodobnie niewidzenie będzie niepełnosprawnością dominującą[1)].

Analizując podane tu pojęcia, warto zauważyć, że wielozakresowość niepełnosprawności wskazuje na wielość zakresów funkcjonowania, w których występują konsekwencje niepełnosprawności w kontekście ilościowym, tzn. w minimum dwóch zakresach, np. funkcjonowania fizycznego i społecznego – jest więc kategorią ilościową i funkcjonalną. Oznacza to tym samym, że kategoria ta może dotyczyć sytuacji, w której mamy do czynienia z jednym uszkodzeniem, np. niewidzeniem czy niesłyszeniem. Złożoność niepełnosprawności natomiast sugeruje jej złożony charakter, w domyśle – złożony charakter konsekwencji uszkodzenia (nie-

[1)] L.S. Wygotski podkreślał, że przy analizie poważnych, złożonych typów niepełnosprawności należy brać pod uwagę kwestię pierwotności oraz wtórności konsekwencji, a w sytuacji wystąpienia dwóch wad organicznych – również dominujący charakter którejś z nich. Zauważył, że o pierwotności danej niepełnosprawności stanowi uszkodzenie (np. wzroku, słuchu), wtórność zaś to możliwe konsekwencje jakościowe i ilościowe będące wynikiem uszkodzenia pierwotnego, tzn. są to konsekwencje funkcjonalne (T.A. Basiłowa, 2009; I.A. Sokolański, 1962; L.S. Wygotski, 2003; M. Zaorska, 2008; M. Zaorska, 2010). Natomiast dominującym uszkodzeniem w sytuacji obecności minimum dwóch wad organicznych jest to uszkodzenie organizmu, które w największym stopniu ogranicza rozwój człowieka i zasadniczo decyduje o powadze i konsekwencjach niepełnosprawności, występujących trudnościach i ograniczeniach. Przeważnie takim uszkodzeniem dominującym jest to, w przypadku którego mamy do czynienia z całkowitym brakiem aktywności jakiegoś narządu (I.A. Sokolański, 1962; L.S. Wygotski, 2003).

koniecznie organicznego, ponieważ może to być również uszkodzenie psychologicznej lub fizjologicznej struktury lub funkcji organizmu), jest więc, innymi słowy, kategorią jakościową. Ponadto złożonym przebiegiem może się charakteryzować niepełnosprawność, w której mamy do czynienia z jednym uszkodzeniem, np. z brakiem wzroku czy słuchu. Wielorakość niepełnosprawności konotuje z kolei obecność poważnych konsekwencji tak w kontekście ilościowym, jak i jakościowym, a więc obecność złożonych konsekwencji niepełnosprawności i jednocześnie konsekwencji przejawiających się w minimum dwóch zakresach funkcjonowania, co oznacza, że może ona dotyczyć np. niewidzenia czy niesłyszenia. Złożoność, wielozakresowość oraz wielorakość niepełnosprawności mogą też dotyczyć niepełnosprawności sprzężonej, aczkolwiek nie muszą.

Najmniej trafione wydają się określenia „niepełnosprawność współobecna" i „niepełnosprawność współistniejąca". Nie sugerują tak naprawdę nic, poza stwierdzeniem, że w stanie poważnej, złożonej, a może nawet sprzężonej niepełnosprawności mamy do czynienia ze współwystępowaniem, współobecnością czy współistnieniem obok jednej niepełnosprawności także innej czy innych, co oznacza brak odniesienia do jakościowo odmiennego charakteru takiej niepełnosprawności (jednej lub więcej), a szczególnie do jakościowej oraz ilościowej specyfiki jej konsekwencji. Współobecność czy współistnienie, mówiąc dobitniej, mogą być zinterpretowane jako bycie obok, a nie razem, łącznie i wspólnie, a w najlepszym razie jako „przyklejenie" do siebie różnych stanów organicznych i funkcjonalnych.

Konkludując – nie każdą niepełnosprawność wynikającą z uszkodzenia czy uszkodzeń organicznych można uznać za niepełnosprawność złożoną, wielozakresową czy wieloraką, a tym bardziej za niepełnosprawność sprzężoną, i nie każda niepełnosprawność sprzężona jest czy może być niepełnosprawnością złożoną, wielozakresową, wieloraką, a tym bardziej współobecną czy współistniejącą.

Rozwojowa i wczesna niepełnosprawność

W psychopedagogicznych analizach i interpretacjach zjawiska ludzkiej niepełnosprawności pojawiają się także określenia „niepełnosprawność rozwojowa" oraz np. „niepełnosprawność wczesna".

Władysław Dykcik (za: A. Czapiga, 2009) zauważa: „Z przyczyn praktycznych definicja niepełnosprawności rozwojowej obejmuje przede wszystkim osoby, które nabyły niepełnosprawność przed 18. rokiem życia. Jeśli pojawienie się niepełnosprawności jest wczesne, i jest ona na tyle zaawansowana, że ogranicza podstawowe funkcje życiowe, to takie zaburzenia rozwojowe manifestują się istotnym obniżeniem zdolności intelektualnych, jakościowymi nieprawidłowościami w zakresie kontaktów społecznych i komunikowania się oraz ograniczonym, stereotypowym i powtarzającym się repertuarem zainteresowań i aktywności" (W. Dykcik, 2009, s. 266). Pojęcie niepełnosprawności rozwojowej autor

zasadniczo odnosi do sytuacji, w której mamy do czynienia z niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem. Jednakże rozważania te skłaniają do propozycji, aby przytoczone określenie rozszerzyć i na inne rodzaje niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną włącznie. Wprawdzie specyfika związana z kategoryzacją czasu wystąpienia niepełnosprawności sprzężonej, z potrzebami rehabilitacyjno-edukacyjnymi i perspektywami przyszłego życia oraz możliwej aktywności osoby mającej niepełnosprawność sprzężoną od urodzenia lub wcześnie nabytą jest inna niż u osoby nabywającej danej niepełnosprawności około 18. roku życia, jednak pod względem rozwojowym omawiane pojęcie również wydaje się dość sensowne.

Należy przy tym pamiętać, że w przypadkach klasyfikacji uszkodzeń sensorycznych – słuchu, wzroku – za kryterium rozstrzygające na ogół przyjmuje się granicę piątego roku życia. Stąd np. włącza się osobę niewidomą do grupy niewidomych, jeśli straciła wzrok do piątego roku życia, a do grupy tzw. ociemniałych, jeśli straciła wzrok po piątym roku życia. Propozycję na rzecz rozwiania tego typu wątpliwości stanowi sugestia B. Harwas-Napierały i J. Trempały, by do określenia „niepełnosprawność rozwojowa" dodać odniesienie do okresu rozwojowego, w którym pojawia się uszkodzenie (uszkodzenia). Wspomniani autorzy w okresie do 18. roku życia wyróżniają następujące etapy rozwojowe: okres wczesnego dzieciństwa – od narodzin do 3. roku życia, średniego dzieciństwa – od 4. do 6. roku życia, późnego dzieciństwa od 7. do 10.–12. roku życia, adolescencji – od 10.–12. do 20.–23. roku życia. Przy czym trzeba zaznaczyć, że pojawia się tutaj wątpliwość, czy można bezpośrednio przekładać okresy rozwojowe właściwe normie rozwojowej na sytuacje niepełnosprawności, szczególnie niepełnosprawności intelektualnej czy sprzężonej. W okolicznościach danych typów niepełnosprawności niejednokrotnie bowiem postuluje się przesunięcie granic okresów rozwojowych, np. okresu wczesnego – do 10. roku życia.

Podsumowując, warto podkreślić, że uwzględnienie w analizach stanu niepełnosprawności odniesienia do aspektu rozwojowego oraz konkretnego okresu rozwoju człowieka w korelacji z czasem nabycia niepełnosprawności może nie tylko znacząco się przyczynić do identyfikacji ewentualnych konsekwencji tego stanu, lecz także zaowocować adekwatnymi strategiami działań rehabilitacyjno-edukacyjnych i doprowadzić do nakreślenia hipotetycznych perspektyw dalszego życia osoby niepełnosprawnej w dorosłości.

Wybrane ogólne czynniki różnicujące rehabilitację i edukację osoby niepełnosprawnej w zależności od specyfiki niepełnosprawności

Bazując na przeprowadzonych dotychczas analizach, można zadać pytanie o kryteria różnicowania niezbędnego zakresu pomocy rehabilitacyjno-edukacyjnej w odniesieniu do typu oraz specyfiki niepełnosprawności. Owe kryteria bowiem jakościowo oraz ilościowo determinują zarówno ukierunkowanie dia-

gnozy, jak i dobór spójnych metod rehabilitacji i terapii, a także zakres, metody i oczekiwane efekty kształcenia.

Niewątpliwie inne zadania planowane są w związku z czynnościami diagnostycznymi, możliwym przebiegiem i zakresem rehabilitacji i edukacji w przypadku niepełnosprawności jednotypowej, tzn. gdy mamy do czynienia z jednym uszkodzeniem organizmu, a inne w przypadku niepełnosprawności sprzężonej, sprzężonej niepełnosprawności intelektualnej, niepełnosprawności jednotypowej ograniczającej lub opóźniającej rozwój intelektualny czy opóźnienia w rozwoju intelektualnym spowodowanego wpływem środowiska wychowawczego. Na przykład diagnoza u osoby (w tym – dziecka) z uszkodzonym wzrokiem powinna być ukierunkowana nie tylko na ustalenie istniejących możliwości wzrokowych, lecz także na ustalenie możliwości wykorzystania mechanizmów kompensacyjnych, cech osobowych predysponujących do opanowania adekwatnego do tych możliwości zasobu wiedzy, sprawności i umiejętności. Podobnie jest w sytuacji diagnozy niepełnosprawności słuchowej, ruchowej i intelektualnej wywołanej czynnikami nieuszkadzającymi struktur mózgowych. Natomiast w obszarze rehabilitacji i edukacji osoba np. z uszkodzonym wzrokiem, który odgrywa najważniejszą rolę w poznaniu otaczającej rzeczywistości, w zdobywaniu wiedzy oraz funkcjonowaniu w różnych sytuacjach społecznych, będzie musiała się skoncentrować na rozwoju i wykorzystaniu pozostałych zmysłów, dostosowaniu zakresu i treści edukacyjnych do obecnych ograniczeń wzrokowych, nauce orientacji w przestrzeni oraz możliwie bezproblemowego i bezpiecznego przemieszczania się, a także na nauce czynności dnia codziennego; jako osoba dorosła będzie zaś zmuszona umiejętnie wybrać zawód, który pozwoli jej na osiągnięcie sukcesu i samorealizację.

Gdy mamy do czynienia z jednotypowym uszkodzeniem słuchu, działalność rehabilitacyjno-edukacyjna powinna być zasadniczo ukierunkowana na obszar komunikacji, rozwoju intelektualnego i społecznego oraz dostosowanie podstawy programowej i kształcenia zawodowego do osiągniętego poziomu komunikacji. W sytuacji niepełnosprawności ruchowej konieczne jest skupienie się na likwidacji ograniczeń architektonicznych, urbanistycznych oraz dostosowaniu otoczenia, w tym miejsca nauki (a zatem – pracy) do obecnych sprawności ruchowych. Z kolei osoby niepełnosprawne intelektualnie na tle uszkodzenia organicznego mózgu, zależnie od stopnia niepełnosprawności intelektualnej, wymagają doboru treści, organizacji i metod nauczania do posiadanych możliwości umysłowych, prognozowania przyszłego życia, ewentualnej aktywności (związanej z pracą włącznie) odpowiedniej do możliwości intelektu, uzyskanej sprawności ruchowej, poziomu funkcjonowania społecznego, a nawet określenia potrzebnego wsparcia ze strony różnych środowisk i specjalistycznych instytucji opieki nad dorosłymi niepełnosprawnymi intelektualnie.

Inaczej opisywana sytuacja kształtuje się w odniesieniu do niepełnosprawności sprzężonej. Wymaga identyfikacji nie tylko niepełnosprawności dominują-

cej, lecz także konsekwencji owej niepełnosprawności w korelacji z konsekwencjami innego współobecnego uszkodzenia, jak i konsekwencji nakładania się dwóch uszkodzeń, decydujących o jakościowym charakterze i jakościowo odmiennej specyfice tej niepełnosprawności. Na przykład w przypadku równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku, gdy mamy do czynienia z bardziej poważnym uszkodzeniem wzroku pomoc specjalistyczna powinna się skupiać na sprawniejszym słuchu, a w odwrotnym przypadku, gdy uszkodzenie słuchu jest bardziej poważne w porównaniu z uszkodzeniem wzroku – na istniejących możliwościach wzrokowych.

W przypadku niepełnosprawności ruchowej sprzęgającej się z uszkodzeniem wzroku lub słuchu znaczący jest nie tylko stopień uszkodzenia zmysłów, lecz także powaga oraz stopień niepełnosprawności ruchowej. Należy jednak zauważyć, że wzrok i słuch odgrywają podstawową rolę w poznaniu i opanowaniu określonej wiedzy, dlatego wysoce prawdopodobne jest, że to właśnie uszkodzenie zmysłów w większym stopniu będzie ograniczało rozwój osoby z daną niepełnosprawnością sprzężoną. Poza tym współczesna rehabilitacja dysponuje licznymi możliwościami usprawniania uszkodzonej sfery ruchowej. Inaczej jest z niepełnosprawnością wzrokową lub słuchową. Przy uszkodzonym wzroku dysponujemy protezowaniem jedynie wspomagającym ewentualne resztki wzrokowe (np. szkła korekcyjne, szkła powiększające i inne) lub zastępującym uszkodzony wzrok za pomocą kanału słuchowego (np. mówione programy komputerowe). Przy uszkodzeniu słuchu mamy możliwość wykorzystania implantów ślimakowych, wysokiej klasy aparatów słuchowych, systemów wspomagających słyszenie, np. bezprzewodowych systemów FM. Jednakże nie są one w stanie w pełni zrekompensować ograniczeń wynikających z wady wzroku czy słuchu.

Jeszcze inne potrzeby edukacyjno-rehabilitacyjne mają osoby głuchoniewidome, u których występuje całkowite wyłączenie zarówno słuchu, jak i wzroku (aczkolwiek takie sytuacje zdarzają się stosunkowo rzadko). Wymagają aktywizacji pozostałych, niestety mniej znaczących poznawczo zmysłów, zawężenia treści edukacyjnych do możliwości i potrzeb rozwojowo-życiowych w obszarze funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego, a w wielu przypadkach – zaplanowania rodzaju i zakresu wsparcia społeczno-zawodowego oraz opieki w dorosłości.

Osoby ze sprzężoną niepełnosprawnością intelektualną znajdują się w wyjątkowo trudnej sytuacji rozwojowo-funkcjonalnej, chociaż z diagnostycznego punktu widzenia – jednoznacznej i konkretnej. W ich sytuacji bowiem upośledzenie umysłowe odgrywa rolę niepełnosprawności dominującej. Współobecne uszkodzenie, np. wzroku, słuchu czy sfery ruchowej, jest dodatkowym, negatywnym determinantem ograniczającym w specyficzny dla siebie sposób aktywność życiową i możliwości rozwojowe takiej osoby. Dane ograniczenia rzutują na możliwy do opanowania, wyraźnie okrojony i zawężony, zakres wiedzy,

umiejętności i sprawności oraz potrzeby życiowe w dorosłości, szczególnie w kwestii niezbędnej opieki i wsparcia społeczno-instytucjonalnego.

Osoby z niepełnosprawnością jednotypową ograniczającą lub opóźniającą rozwój intelektualny wymagają niezmiernie skrupulatnych, uważnych i głębokich działań diagnostycznych. Przede wszystkim konieczne jest odróżnienie stanu niepełnosprawności intelektualnej od stanu opóźnienia w rozwoju intelektualnym. Oto przykładowa sytuacja: dziecko niewidome od urodzenia (czy niesłyszące) może objawiać poważne i głębokie problemy w rozwoju intelektualnym. Jednakże te problemy może powodować fakt rzeczywistej niepełnosprawności intelektualnej, tzn. upośledzenia umysłowego spowodowanego organicznym uszkodzeniem mózgu – wówczas będzie to dziecko ze sprzężoną niepełnosprawnością intelektualną. Problemy te mogą także zostać wywołane ograniczającym rozwój dziecka z uszkodzeniem wzroku od urodzenia wpływem środowiska wychowawczego, niewłaściwą, niedostosowaną do możliwości lub nietrafioną strategią stymulacji rozwoju, brakiem zainteresowania rozwojem dziecka ze strony środowisk wychowawczych albo np. zbyt małą intensywnością wspomagania dziecka w zaspokajaniu jego indywidualnych potrzeb – takie dziecko należy uznać za osobę niewidomą opóźnioną w rozwoju intelektualnym. Będzie więc ono wymagało działań nakierowanych na aktywizację rozwoju uwzględniającą obecne problemy wzrokowe, takich, by wpływały dodatnio na rozwój intelektualny. Inaczej mówiąc, innego postępowania rehabilitacyjno-edukacyjnego potrzebuje dziecko niewidome od urodzenia opóźnione w rozwoju intelektualnym, a innego – dziecko ze sprzężoną niepełnosprawnością intelektualną, gdzie mamy do czynienia z niewidzeniem od urodzenia. Inne też będą oczekiwania co do postulowanych efektów takich działań w tych dwóch, jakże różnych sytuacjach.

Całkowicie odmiennie wygląda sytuacja dziecka opóźnionego w rozwoju intelektualnym na skutek wpływu środowiska wychowawczego. W takim przypadku mamy do czynienia nie tylko z nabytymi zewnątrzpochodnie problemami intelektualnymi, lecz także ze specyficznymi, większymi w porównaniu z sytuacją dziecka niepełnosprawnego intelektualnie na tle uszkodzenia mózgu, możliwościami rozwojowymi, możliwościami korektury, uzupełnienia powstałych braków, wreszcie – z możliwościami związanymi z zakresem wiedzy, sprawności i umiejętności, które taka osoba jest w stanie opanować, a także z możliwościami dotyczącymi samodzielności, aktywnego oraz satysfakcjonującego życia w dorosłości.

W odniesieniu do sygnalizowanych różnic w interpretowaniu stanu niepełnosprawności należy zauważyć, że istnieją odmienne, zależnie od jej rodzaju i złożoności, potrzeby co do aktywności i zaangażowania w pomoc środowisk wychowawczych, w tym także środowiska rodzinnego, jak i kompetencji specjalistów pracujących z określonymi typami niepełnosprawności.

Podsumowanie

Słuszny wydaje się wniosek, że wprowadzenie jednoznaczności interpretacyjnej w odniesieniu do analizowanych terminów może się przyczynić nie tylko do konkretyzacji działań diagnostycznych, lecz także do konstruowania strategii rehabilitacyjno-edukacyjnych skorelowanych z istotą oraz specyfiką niepełnosprawności i indywidualnymi możliwościami danej osoby niepełnosprawnej. Zapobiegałoby to również sytuacjom, kolokwialnie rzecz ujmując, „wrzucania" różnych typów niepełnosprawności do „jednego worka". Takie rozwiązanie będzie służyć bezpośrednio człowiekowi niepełnosprawnemu, jego przyszłemu, możliwie aktywnemu życiu w dorosłości i pośrednio społeczeństwu, które osobie niepełnosprawnej zaproponuje optymalny system wspomagania, spójny z charakterem niepełnosprawności i zindywidualizowanymi potrzebami rozwojowo-funkcjonalnymi takiej osoby.

Bibliografia

Basiłowa, T.A. (2009). Złożone i sprzężone zaburzenia rozwojowe u dziecka: dyskurs teoretyczno-praktyczny. W: D. Baczała, J.J. Błeszyński, M. Zaorska (red.), *Osoba z niepełnosprawnością – opieka, terapia, wsparcie*. Toruń: Wydawnictwo UMK.

Deutsch Smith, D. (2008). *Pedagogika specjalna*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Dykcik, W. (2009). *Tendencje rozwojowe pedagogiki specjalnej. Osiągnięcia naukowe i praktyka (z perspektywy 50-lecia pracy pedagogicznej z osobami niepełnosprawnymi)*. Poznań: Poznańskie Towarzystwo Pedagogiczne.

ICF (2007). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz jej zastosowanie*. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Jong, C.G.A., de. (1986). Inleiding in het begrip 'meervoudig gehandicapt'. W: F.A. Gunther (red.), *Meervoudig gehandicapt: over mensen die visueel verstandelijk gehandicapt zijn*. (s. 7–34). Doorn: Vereniging Bartiméus.

Kirejczyk, K. (1981). *Upośledzenie umysłowe – Pedagogika*. Warszawa: PWN.

Majewski, T. (1998). Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń – problemy i nowe propozycje. *Problemy Rehabilitacji Społecznej Zawodowej*, *1*, 64–68.

Sokolański, I.A. (1962). Nauczanie dzieci głuchoniewidomych. W: I.A. Sokolański, A.I. Mieszczeriakow (red.), *Nauczanie i wychowanie dzieci głuchoniewidomych*. Moskwa: Wydawnictwo Akademii Nauk Pedagogicznych. (Соколянский И.А. 1962. Обучение слепоглухонемых детей. В: *Обучение и воспитание слепоглухонемых*/Под ред. И.А. Соколянского и А.И.Мещерякова. Москва: Известия АПН РСФСР).

Wit, P.J.L.. de. (1975). Zorg voor meervoudig gehandicapten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, *3*.

Wygotski, L.S. (2003). *Psychologia rozwoju dziecka*. Moskwa: Wydawnictwo „Smysł".

Ville, A., du, Vandelanotte, G. (1990). *Situering van het begrip meervoudige handicap in de orhtopedagogiek*. Gent: Universiteit Gent.

Zaorska, M. (2008). Lew S. Wygotski o wychowaniu dzieci głuchoniewidomych. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, *2(8)*, 7–16.

Zaorska, M. (2010). *Edukacja i rehabilitacja osób głuchoniewidomych w Polsce i Rosji (rozwój i stan obecny)*. Toruń: Wydawnictwo UMK.

PSYCHOPEDAGOGICZNE UWARUNKOWANIA SPECJALNEJ EDUKACJI I TERAPII OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ SPRZĘŻONĄ

Streszczenie

W artykule przedstawiono rozważania nad obecnymi różnicami interpretacyjnymi pomiędzy takimi określeniami jak: niepełnosprawność sprzężona, złożona, wielozakresowa, wieloraka. Refleksje na ten temat odniesiono także do koncepcji ludzkiej niepełnosprawności zaproponowanych przez Światową Organizację Zdrowia w 1980 r. oraz 2001. Ponadto, na podstawie przeprowadzonych analiz odniesiono możliwą interpretację wskazanych pojęć do potrzeb w zakresie edukacji i rehabilitacji osób dotkniętych poszczególnymi typami niepełnosprawności.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, niepełnosprawność złożona, niepełnosprawność wielozakresowa, niepełnosprawność sprzężona, niepełnosprawność intelektualna.

PEDAGOGICAL FACTORS THAT DETERMINE SPECIAL EDUCATION AND THERAPY FOR PERSONS WITH MULTIPLE DISABILITIES

Summary

The article reflects on present differences in the interpretation of such terms as multiple disabilities, complex disability, compound disability and multi-frequency disabilities. These reflections are also related to the concepts of human disability proposed by the World Health Organization in 1980 and 2001. Additionally, based on the analyses performed, the article relates a possible interpretation of the abovementioned terms to the needs in the area of education and rehabilitation of people with certain types of disabilities.

Key words: disability, complex disability, compound disability, multiple disabilities, intellectual disabilities.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 1(19) 2013

URSZULA BARTNIKOWSKA

ZERWANE WIĘZI – DZIECKO Z SYNDROMEM RAD – NOWY OBSZAR DZIAŁAŃ PEDAGOGÓW SPECJALNYCH

Teoria przywiązania Bowlby'ego

Ludzie od urodzenia potrzebują kontaktu z drugim człowiekiem. Dziecko rodzi się nieporadne, więc aby przeżyć i poradzić sobie w świecie, wymaga wsparcia ze strony dorosłych, szczególnie matki. Relacja, jaka się tworzy między matką a dzieckiem, ma mu w tym pomóc, została ona nazwana przez Johna Bowlby'ego przywiązaniem (2007) i opisana już w latach 60. ubiegłego stulecia. Wcześniejsze psychoanalityczne opisy relacji matka–dziecko kładły nacisk na zaspokajanie popędów i płynącą z tego przyjemność. Akceptowano istnienie zjawiska przywiązania, ale nowością w odkryciach Bowlby'ego było ukazanie jego źródeł. Wcześniejsze rozważania prowadziły do uznania karmienia przez matkę za podstawę tworzenia więzi. Uważano, że zależność fizyczna prowadzi do zależności psychicznej. Bowlby na podstawie badań stwierdził, że przywiązanie to potrzeba pierwotna, która zaspokajana jest na bazie mechanizmów wrodzonych (R. Zazzo, 1978). Podkreślał on podmiotowość uczestników relacji zamiast emocjonalnej zależności dziecka od matki.

Do wytworzenia się przywiązania potrzebna jest – jak to określa Donald W. Winnicott (1993) – „wystarczająco dobra matka” i niemowlę, nazywane przez Bowlby'ego (2007) „kompetentnym niemowlęciem”. Oboje wysyłają do siebie komunikaty i odbierają te nadawane przez drugą stronę. Oboje też są zdolni do nawiązania kontaktu. „Kompetentne niemowlę” prezentuje zachowania polegające na dążeniu do bliskości (orientuje się na ludzi, reaguje na twarze, głosy, odwraca się, przywiera do dorosłego, wyciąga ręce, ssie) oraz zachowania sygnalizujące (uśmiecha się, płacze, gaworzy). „Wystarczająco dobra matka” potrafi odczytać te komunikaty i na nie zareagować, dostroić się do dziecka poprzez poświęcenie mu uwagi, zapewnienie bezpiecznej bliskości fizycznej, dostrzeganie wysyłanych przez nie sygnałów, prawidłową ich interpretację oraz

zaspokajanie jego potrzeb. Interakcja ta ma charakter cyrkularny, a nie linearny (G. Iniewicz, 2008), czyli uzależniona jest od zachowania obu stron, choć po stronie matki można dostrzec większe możliwości. Te wczesne interakcje powodują, że między matką i dzieckiem powstaje więź. Jeżeli reakcje matki lub podstawowego opiekuna będą się charakteryzowały wysoką responsywnością, jest szansa na wytworzenie się bezpiecznego stylu przywiązania. Od jakości tej relacji zależy to, czy (i w jaki sposób) dziecko będzie w stanie nawiązywać kontakty z innymi ludźmi oraz to, jak będzie się rozwijać.

Bowlby wyróżnił trzy wzory przywiązania:

- wzorzec B: dziecko przywiązane bezpiecznie, które mając 1 rok jest aktywne podczas zabawy, a w chwili dystresu poszukuje matki. Takie dziecko łatwo jest pocieszyć, uspokojone znowu angażuje się ono w zabawę;
- wzorzec A: niemowlęta lękowo przywiązane i unikające – stanowią ok. 20% dzieci. Unikają matki w chwili ponownego spotkania po jej nieobecności (zwłaszcza po drugiej krótkiej nieobecności), przyjaźniej odnoszą się wówczas do obcych niż do matki;
- wzorzec C: niemowlęta przywiązane lękowo, ale jednocześnie oporujące – jest ich ok. 10%. Targają nimi sprzeczne dążenia: poszukiwanie bliskości i opieranie się kontaktowi i interakcji. Część z tych niemowląt bardziej się złości, inne są pasywne (J. Bowlby, 2007).

Obecnie wyróżnia się cztery typy przywiązania. Początkowo Mary Ainsworth wyróżniła, ze względu na jakość oraz charakter więzi emocjonalnych, trzy różne style: ufny lub inaczej bezpieczny (ang. *secure attachment*), lękowo-unikający (ang. *avoidant attachment*) i lękowo-ambiwalentny (ang. *resistant-ambivalent attachment*) (M. Ainsworth i in., 1978). Aktualnie uwzględnia się również zaproponowany przez M. Main i J. Solomon czwarty typ przywiązania: zdezorganizowany (ang. *desorganised attachment*) (za: M.H. Ijzendoorn, M.J. Bakermans-Kranenburg, 2003).

Charakterystyka wspomnianych czterech typów przywiązania jest następująca:

1. **Ufny** – satysfakcjonujący dla rodziców oraz korzystny dla dziecka. Tworzy się dzięki wrażliwości rodzica, spójności i skuteczności w zaspokajaniu potrzeb dziecka. Wie ono, że może polegać na swoich rodzicach, dlatego swobodnie poznaje otaczający je świat. Dzieci drażliwe mogą wytworzyć ten styl przywiązania, o ile rodzice otrzymają odpowiednie wsparcie (J. Cassidy, P. Shaver, 1999, za: D. Gray, 2010).

Pozostałe trzy typy przywiązania określa się jako lękowe – w ich przypadku dzieci nie uznają rodziców za bezpieczną bazę, z której można wyruszać na poznawanie świata. Muszą sobie radzić z samotnością, bezbronnością wobec otoczenia, ignorancją rodziców.

2. **Lękowo-unikający** – gdy dzieci czują się związane z opiekunem, a jednocześnie nie mogą liczyć na zaspokojenie wszystkich swoich potrzeb. Minimalizują te potrzeby, ponieważ spodziewają się, że mogą one zostać odrzucone,

ale jednocześnie dążą do kontaktu z rodzicami. Dziecko wydaje się samowystarczalne, unika matki, lgnie do obcych, nie wyraża swoich potrzeb.

3. **Lękowo-ambiwalentny** – gdy dzieci mają problemy z zaufaniem rodzicom, jednocześnie lgną do nich i odtrącają ich. Bywa, że dzieci te są skrajnie podporządkowane. Może pojawić się odwrócenie ról, czyli dziecko opiekuje się rodzicami. Styl tego rodzaju przywiązania polega na pilnowaniu, by rodzic nie znalazł się zbyt blisko, ale jednocześnie charakterystyczny jest tutaj lęk przed zbyt długą separacją.
4. **Lękowo-zdezorganizowany (zdezorientowany)** – dzieci przejawiające ten styl przywiązania doświadczyły nadmiernie obciążających sytuacji oraz odrzucenia lub agresji ze strony rodziców (nie dostały od nich wsparcia w trudnych momentach). Przeżywają skrajną wściekłość, niepokój, poczucie bezradności. Powrót rodzica po nieobecności nie uspokaja ich, a nawet wzbudza jeszcze większy niepokój czy przerażenie. Dzieci te, podobnie jak dzieci przejawiające ambiwalentny styl przywiązania, oscylują między przyciąganiem i odtrącaniem rodzica, ale przeżywają znacznie silniejszy gniew i strach. Jeżeli nie dostaną odpowiedniej pomocy, mogą być u nich zdiagnozowane zachowania opozycyjno-buntownicze, a później zaburzenia zachowania, zaburzenia lękowe, depresja, zespół stresu pourazowego (D. Gray, 2010, M.H. Ijzendoorn, M.J. Bakermans-Kranenburg, 2003).

Znaczenie stylu przywiązania dla funkcjonowania dziecka

Tylko pierwszy styl przywiązania, czyli ufny (bezpieczny), jest korzystny zarówno dla dziecka, jak i dla rodzica. Umożliwia też wytworzenie rezyliencji (ang. *resilence*), czyli zdolności do powracania do stanu równowagi po trudnych doświadczeniach, oraz radzenie sobie z takimi doświadczeniami. Wpływa on pozytywnie na wykształcanie umiejętności samoregulacji; dziecko uczy się jej najpierw w diadzie z matką – jest to specyficzna rozmowa „dwóch ciał", „wspólny taniec" (J.R. Corbin, 2007, A. Sidor, 2003). Rodzice mają możliwość, jak zauważa H. Papousek, wpływania na poziom pobudzenia niemowlęcia. Uspokajają je, gdy jest niezadowolone, głodne lub zmęczone, czyli nadmiernie pobudzone, przez co ono doświadcza ukojenia i uczy się osiągać ten stan samodzielnie (za: A. Sidor, 2003). W uproszczeniu proces ten można przedstawić następująco:

1) dziecko ma potrzebę (jest głodne, chce się pobawić, ma mokrą pieluszkę, coś je boli itp.),
2) sygnalizuje to płaczem lub krzykiem,
3) matka, ojciec lub inny opiekun zaspokaja tę potrzebę (karmi dziecko, przytula, przemawia do niego, przebiera, utrzymuje kontakt wzrokowy),
4) po zaspokojeniu potrzeby dziecko uspokaja się – tego typu doświadczenie uczy je, że dorosłym można zaufać.

Cykl ten powtarzany wielokrotnie staje się fundamentem późniejszego rozwoju emocjonalnego, społecznego, intelektualnego, moralnego. Aby dostrzec całościowo wpływ działań kompetentnego opiekuna na dziecko oraz odpowiedniego stylu przywiązania na rozwój i funkcjonowanie, należałoby też zapoznać się z procesami biochemicznymi zachodzącymi w mózgu podczas tworzenia się więzi, czyli w czasie pierwszych kontaktów z drugim człowiekiem.

Dziecko, gdy czegoś potrzebuje, staje się pobudzone, jego układ współczulny aktywuje się; „wystarczająco dobra matka" potrafi dostroić się do dziecka, w związku z czym jej układ współczulny również reaguje. Zachodzi proces dostosowania się na poziomie neurofizjologicznym. Potem następuje odpowiedź. Matka uśmiecha się, przemawia do dziecka. W tym czasie aktywuje się jej przywspółczulny układ nerwowy. Dziecko uspokaja się w odpowiedzi na reakcję matki, czyli jego przywspółczulny układ nerwowy również się aktywuje. Rozwój przywiązania sprawia, że wielokrotne powtarzanie tego schematu umożliwia regulację emocji. „Wystarczająco dobra matka" swoim postępowaniem powoduje dojrzewanie układu nerwowego dziecka, u którego powstaje połączenie między autonomicznym układem nerwowym, układem limbicznym i prawą półkulą mózgu (szczególnie korą przedczołową prawej półkuli, która jest najwyżej usytuowana w hierarchii narządów odpowiadających za reakcje emocjonalne). W ten sposób kształtuje ona u dziecka umiejętność wyciszania się i późniejszego radzenia sobie ze stresem. Wczesne doświadczenia stają się więc podstawą zachowań przywiązaniowych, które formują reakcje na stres, regulowania emocji oraz związanych z przetrwaniem. Wtedy też powstaje nieświadomy automatyczny wzorzec reakcji emocjonalnych (A. Schore, 2002). Ten nabyty w 1. r.ż. wzorzec przywiązania ma tendencję do trwałości, przynajmniej przez kolejne 2–3 lata. Gdy jest on bezpieczny, wpływa korzystnie na diadę matka–dziecko, gdy zaś pozabezpieczny, system ów staje się niestabilny (J. Bowlby, 2007).

Etiologia zaburzeń przywiązania, w tym reaktywnych zaburzeń więzi (RAD)

Wśród przyczyn zaburzeń przywiązania Deborah Gray wyróżnia (2010, s. 19):

1) rozstanie z rodzicami z powodu przejścia dziecka pod opiekę innych osób,
2) adopcję po wykształceniu się przywiązania do innego opiekuna,
3) narażenie na działanie narkotyków i alkoholu w okresie prenatalnym,
4) urazy: nadużycie seksualne, przemoc fizyczną, przemoc w rodzinie,
5) depresję endogenną, schizofrenię lub chorobę afektywną dwubiegunową u któregoś z rodziców,
6) uzależnienie od narkotyków lub alkoholu u któregoś z rodziców,
7) pobyt w domu dziecka,

8) hospitalizacje dziecka lub rodzica uniemożliwiające kontakt,
9) zaniedbanie.

Pierwszym i najważniejszym czynnikiem pozostaje brak responsywnego podstawowego opiekuna, zatem przyczynami zaburzeń mogą być: nieprawidłowa opieka nad dzieckiem, polegająca na ignorowaniu jego potrzeb fizycznych lub emocjonalnych, wielokrotne zmiany podstawowego opiekuna przed 5. r.ż., niedawna imigracja, ubóstwo (J.R. Corbin, 2007, S.R. Shaw, D. Páez, 2007). C. Tennant dowodzi, że zerwanie więzi z podstawowym opiekunem ma nawet większy negatywny wpływ na rozwój dziecka niż rzeczywista śmierć rodzica (za: J.R. Corbin, 2007).

Objawy RAD

Skrajne przypadki niekorzystnego zdezorganizowanego przywiązania zostały określone jako reaktywne zaburzenia więzi (RAD – *Reactive Attachment Disorders*) i opisane w latach 90. Symptomami RAD są:

- brak uczuć wobec rodziców,
- niska samoocena,
- nastawienie antyspołeczne,
- agresja, przemoc, buntowniczość,
- nieumiejętność zaufania innym,
- niepanowanie nad impulsami,
- problemy z myśleniem przyczynowo-skutkowym,
- problemy z poprawnym mówieniem,
- nieumiejętność autoregulacji emocji, impulsów, zachowań,
- niechęć do dbania o higienę osobistą, mogąca być wyrazem chęci utrzymania fizycznego dystansu do innych ludzi,
- mniejsza empatia,
- objawy depresji,
- pseudodojrzałość,
- poczucie winy,
- odsuwanie się od członków rodziny i nawiązywanie kontaktów z obcymi (powierzchownie ujmujące i „czarujące" zachowania),
- unikanie przytulania przez rodziców przy bezkrytycznym akceptowaniu tego typu zachowań ze strony obcych,
- słaby kontakt wzrokowy lub jego brak,
- nienaturalne nawyki żywieniowe,
- upośledzony rozwój moralny,
- niewłaściwe, roszczeniowe i „przylepne" zachowanie,
- uporczywe nonsensowne pytania,
- okrucieństwo wobec ludzi i zwierząt, kłamstwa, kradzieże,
- słaby kontakt z rówieśnikami,

- problemy z nauką (C.J. Sheperis i in., 2003; Kemph i in., 2007, S.E. Hall, G. Geher, 2003, E. Schwartz, A.S. Davies, 2006, D. Tobin i in., 2007, F.J. O'Reagan, 2005, G.C. Keck, R.M. Kupecky, 2010).

W DSM-IV (1994) opracowanym przez Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne opisane są dwa typy zaburzeń więzi:

- **zahamowany** – stała niemożność zainicjowania interakcji społecznych lub odpowiedzenia na większość z nich zgodnie z etapem rozwoju;
- **niehamowany** – bezkrytyczna towarzyskość, przesadna poufałość z nieznajomymi i niemożność nawiązania selektywnie więzi z drugim człowiekiem.

Według ICD-10 formę zahamowaną nazywa się RAD, natomiast formę niehamowaną – DAD, czyli niehamowanym zaburzeniem więzi (ang. *Disinhibited Attachment Disorder*). W DSM-IV obie formy zaliczane są do zaburzeń RAD, ponieważ zaburzenia te mają tę samą przyczynę (J.R. Corbin, 2007, S.R. Shaw, D. Páez, 2007). Ważnym kryterium diagnozy RAD pozostaje fakt, że są to zaburzenia reaktywne, czyli powstające na skutek określonych negatywnych relacji z ludźmi, niemających pierwotnie podłoża fizjologicznego, które powstają przed 5. r.ż.

Niektórzy autorzy (np. A. Schore, 2002) podkreślają, że inny jest obraz dziecka z RAD, które przebywało w instytucji i było pozbawione możliwości nawiązania kontaktu z jednym opiekunem, a inny tego, które doświadczyło przemocy czy zaniedbania ze strony podstawowego opiekuna. Allan Schore (tamże) wprowadza też rozróżnienie zaburzeń występujących u dzieci, które były zaniedbywane, i pojawiających się u tych, które doświadczały przemocy. Te pierwsze nie zostały przez matkę nauczone regulowania własnych stanów emocjonalnych, mają pozabezpieczny styl przywiązania ze słabymi powiązaniami korowymi i podkorowymi. W drugiej grupie dzieci nadużycia powodują ciągłą reaktywność układu limbicznego, która zmniejsza umiejętności radzenia sobie ze stresem w przyszłości. Różne nieuświadamiane bodźce wyzwalają gwałtowne reakcje lub reakcje dysocjacji (czyli przyjęcia strategii defensywnej polegającej na wycofaniu, ograniczeniu reakcji emocjonalnych, odcięciu od własnych uczuć), przy czym chłopcy mają tendencję do pobudzenia, dziewczynki zaś do dysocjacji.

Kryteria diagnostyczne opierają się na diagnozie zachowań patologicznych dzieci. Charles Zeanah postuluje jednak, by diagnozować RAD na podstawie diagnozy przywiązania (za: S.E. Hall, G. Geher, 2003). Niewłaściwe zachowania są problemem rodziców, opiekunów, nauczycieli, natomiast problemem dzieci pozostaje niekorzystny wzorzec przywiązania.

Zmiany biochemiczne w organizmie dziecka

Rozwój umysłu dziecka uzależniony jest od rozwoju przywiązania do drugiego człowieka. Temu rozwojowi przywiązania towarzyszą różne procesy biochemiczne. Badania na zwierzętach i obserwacje dotyczące dzieci, a także badania

nad organizmami tych ostatnich dostarczają dowodów na to, że wczesne doświadczania pozostawiają ślad nie tylko w sposobie zachowania się dziecka, lecz także w nerochemicznej i neuroanatomicznej strukturze mózgu. Początkowo, w pierwszych kontaktach z opiekunem, prawa półkula mózgu jest bardzo aktywna. Kontakt wzrokowy (odzwierciedlenie mimiki twarzy) i wzajemne dostrojenie powodują jej uaktywnienie zarówno u dziecka, jak i u opiekuna. Jeżeli tego brakuje, dziecko ma problemy z autoregulacją, samoorganizacją, regulacją afektów, kłopoty w relacjach z innymi (J.R. Corbin, 2007).

Szczególnemu kształtowaniu w czasie wczesnego dzieciństwa podlegają ciało migdałowate i hipokamp. Joseph LeDoux (2000) przypisuje ciału migdałowatemu funkcję nieświadomego zapamiętywania, gromadzenia wspomnień emocjonalnych. Ten ośrodek mózgowy odpowiedzialny jest za reakcje, które umożliwiają przetrwanie organizmu, aktywuje funkcje fizjologiczne niezbędne do obrony przed zagrożeniem. Stres powoduje uruchomienie działania ciała migdałowatego oraz zapamiętywanie bodźców, które mogą wywoływać reakcje obronne. Pobudzenie ciała migdałowatego przez bodziec stresowy powoduje uruchomienie reakcji biochemicznej w organizmie. Najpierw aktywowany jest układ współczulny, który uruchamia reakcję walki lub ucieczki. On właśnie pobudza nadnercza do wydzielania adrenaliny i noradrenaliny (w efekcie powiększają się źrenice, przyspiesza akcja serca, oddech, wzrasta tętno krwi). Później aktywowana jest oś HPA (podwzgórze–przysadka–nadnercza). Podwzgórze wydziela kortykoliberynę (CRH), czyli hormon pobudzający przysadkę do wydzielania kortykotropiny (ACTH). Ten hormon z kolei pobudza korę nadnerczy do wydzielania glikokortykoidów, głównie kortyzolu. Oś HPA na zasadzie sprzężenia zwrotnego hamuje aktywność podwzgórza i przysadki. Informacja o zagrażającej sytuacji jest odbierana przez wzgórze, a stamtąd przesyłana do ciała migdałowatego i do kory mózgowej. Do ciała migdałowatego informacja dociera bardzo szybko, co pozwala organizmowi przygotować się do obrony lub ucieczki. Kora mózgowa analizuje bodziec i może wysłać w późniejszym czasie uspokajającą informację do ciała migdałowatego (tamże).

Jak zauważa Schore (za: J.R. Corbin, 2007), brak odpowiedniego opiekuna we wczesnym dzieciństwie powoduje trwałe zaburzenia w działaniu osi HPA i jej trwałe nadmierne pobudzenie, z kolei nadmierne wydzielanie kortyzolu prowadzi do zaburzeń emocjonalnych. Ponadto, jak pokazują badania, stres we wczesnym dzieciństwie wywołuje zmiany strukturalne w receptorach GABA w ciele migdałowatym. Są to receptory kwasu gamma-aminomasłowego, najważniejszego hamującego neuroprzekaźnika w mózgu, w ciele migdałowatym. GABA zmniejsza pobudliwość elektryczną neuronów, a zmiana w strukturze receptora powoduje mniejszą możliwość odbierania informacji, które mogłyby uspokoić ciało migdałowate.

Dorośli, którzy doświadczyli nadużyć w dzieciństwie, mają tendencję do zbytniego pobudzania osi HPA i w wyniku stresu nadmiernie wydziela się

u nich kortyzol, mają też zaburzenia wydzielania wielu substancji, takich jak dopamina, serotonina, wazopresyna (J.P. Kemph, K.K.S. Voeller, 2007). Dodatkowo badania pokazują, że nadmierne wydzielanie kortyzolu powodują zmiany strukturalne w hipokampie oraz spoidle wielkim łączącym obie półkule. Największe komórki nerwowe zostają uszkodzone lub nawet uśmiercone przez tę substancję, która hamuje też rozwój nowych komórek (J.R. Corbin, 2007). Hipokamp, jak współcześnie wiadomo, odpowiedzialny jest za zapamiętywanie faktów oraz wyraźne zapamiętywanie sytuacji emocjonalnych (J. LeDoux, 2000). O ile działania ciała migdałowatego są wzmacniane pod wpływem stresu, o tyle hipokamp i jego działania zostają osłabione. To sprawia, że mózg działa na bardziej podstawowym, nastawionym na przetrwanie poziomie.

Sposoby postępowania (terapii)

Ogólne zasady postępowania z dzieckiem z RAD powinny uwzględniać:

1) wczesną diagnozę,
2) zapewnienie dziecku bezpiecznego otoczenia,
3) nauczenie rodziców odpowiednich umiejętności,
4) skoncentrowanie się na funkcjonowaniu rodziny, jej umiejętnościach radzenia sobie, interakcjach w niej zachodzących – nie zaś na objawach wskazujących na patologię,
5) pracę z dzieckiem i rodzicami bez narzucania ograniczeń, polegającą raczej na pozostawianiu swobody,
6) współpracę szerszego grona specjalistów z rodzicami lub opiekunami (C.J. Sheperis i in., 2003, S.R. Shaw, D. Páez, 2007).

Ad 1. **Postawienie prawidłowej wczesnej diagnozy** może być szczególnie problematyczne, jeżeli specjalista nie zna specyfiki zaburzeń więzi. Takie dziecko odczuwa szczególne zagrożenie, gdy pojawia się możliwość nawiązania bliższej relacji, i to właśnie w takich momentach będzie miało objawy zaburzeń. Podczas spotkania ze specjalistą, który ma z nim krótkotrwały kontakt, może być ujmujące, czarujące i miłe. Specjalista nieznający objawów RAD może uznać, że zgłaszane przez rodzica problemy są jedynie oznaką jego niezaradności lub wręcz wymysłem, a nie obrazem rzeczywistych kłopotów z dzieckiem.

Ad 2. **Zapewnienie dziecku bezpiecznego otoczenia** możliwe jest albo poprzez umieszczenie go w innej rodzinie, albo poprzez wzmocnienie rodziny biologicznej (w zależności od sytuacji tej ostatniej). Dzieci z RAD przeniesione do bezpiecznego, zaspokajającego ich potrzeby otoczenia, w dużej mierze pozbywają się z czasem patologicznych objawów (choć nie dzieje się tak w każdym przypadku) (J.R. Corbin, 2007).

Ad 3. **Nauczenie rodziców (opiekunów) odpowiedniego postępowania z dzieckiem** jest niezwykle ważnym elementem terapii, ponieważ tylko kompetentny opiekun może dać dziecku szansę nawiązania bezpiecznej więzi. Ważne,

by rodzic (opiekun) był wobec dziecka konsekwentny, niezawodny, potrafił się do niego dostroić oraz dawał mu stabilizację (tamże).

Ad 4. **Skoncentrowanie się na rodzinie i zachodzących w niej interakcjach** jest kluczowym elementem terapii. Amini i inni badacze uważają, że terapia nie może być rozmową, wymianą zdań czy myśli. Powinna ona przede wszystkim oferować możliwość stworzenia relacji i przywiązania, które dadzą szansę wykształcenia neurofizjologicznych procesów regulacyjnych oraz – na ile to możliwe – zmiany lub skorygowania wcześniejszych struktur w układzie nerwowym. Terapia powinna więc polegać na dużej dawce kontaktu wzrokowego i dotykowego oraz werbalnego dziecka z rodzicem czy opiekunem (tamże, H. Minnis, G. Keck, 2003, G.C. Keck, R.M. Kupecky, 2010).

Ad 5. **Praca z dzieckiem i rodzicami** powinna doprowadzić w pierwszym etapie do zrozumienia sytuacji przez rodziców, nawiązania przez nich więzi z dzieckiem, a w kolejnych – do opanowania przez dziecko pewnych społecznych umiejętności. Jednym ze sposobów nawiązania więzi z dzieckiem (nastolatkiem) z zespołem RAD może być pozwolenie temu dziecku na regres. Taką formę opisuje jedna z matek, Sue Chapman. Jej córka przeszła metamorfozę, zapoczątkowaną w 12. r.ż., kiedy to Chapman dowiedziała się, czym są zaburzenia więzi i jak postępować z dzieckiem z tego typu zaburzeniami. Matka nauczyła się rozpoznawać charakterystyczne zachowania związane z RAD (m.in. walkę o przejęcie kontroli). Jedną z podstawowych form terapii był regres jej córki. Zachowania niemowlęce pozwoliły matce i córce odbudować więź, która była przez wiele lat zaburzona ze względu na wczesnodziecięce negatywne doświadczenia. Regres umożliwił też wypełnienie luk rozwojowych (S. Chapman, 2002). Podobne postępowanie opisuje też Hanna Dufner w przypadku swojego syna; „przerobiła" z nim wszystkie fazy rozwojowe, których nie mógł prawidłowo przejść wcześniej (L. Drozdowski, H. Dufner, M. Mazurska Hulu, 2011). Tego typu terapię połączoną z obdarzaniem niewartościującą uwagą zalecała Hanna Olechnowicz (2006) w przypadku dzieci z autyzmem, mutyzmem itp.

Istotnym elementem terapii jest zwrócenie uwagi na to, że kary nie przynoszą u takich dzieci rezultatów. Zachowania typowe dla syndromu RAD nie podlegają dziecięcej kontroli, stąd karanie ich może jedynie wzmagać agresję u dziecka (K. Kiwer, 2011b). Do kar, które są nieskuteczne, Gregory Keck i Regina Kupecky zaliczają: nagrody, nieokazywanie miłości, odosobnienie, ograniczanie swobody, pozbawianie rzeczy, okazywanie przez rodzica złości. System kar i nagród skutkuje wówczas, gdy między dzieckiem a opiekunem istnieje więź. Jego skuteczność w dużej mierze opiera się na tym, że dziecko nie chce zrobić przykrości opiekunowi. Natomiast w przypadku wychowywania dziecka z RAD rezultaty daje unikanie walk o władzę i kontrolę sytuacji, pozostawianie dziecka w niepewności co do konsekwencji jego postępowania, stosowanie pochwał niewypowiadanych wprost do niego, elastyczne reagowanie na jego zachowania, formułowanie realnych oczekiwań z uwzględnieniem wieku emocjonalnego

(niekoniecznie metrykalnego), nieokazywanie dziecku złości (G.C. Keck, R.M. Kupecky, 2010). Wszystkie stosowane metody mają zmierzać ku jednemu celowi: zwiększeniu zaufania dziecka do dorosłych oraz wytworzeniu więzi z rodzicem (opiekunem). Stanowią one bazę do dalszego kształcenia i wychowywania. Rozpoczynając pracę z dzieckiem od przywiązania, a nie od wychowywania czy kształcenia, rozpoczynamy od fundamentu, a nie od „dachu".

Ostatecznie dziecko z syndromem RAD powinno się nauczyć: pozytywnego reagowania na inne osoby, stosowania się do reguł społecznych, unikania dążenia do konfrontacji, poznawania własnej wartości, poczucia odpowiedzialności za siebie, radzenia sobie z gniewem, rozumienia własnych uczuć, potrzeb, pragnień. Powinno także zdobyć poczucie własnej tożsamości (F.J. O'Regan, 2005).

Ad 6. Dla dobrych efektów ważna jest **współpraca całego otoczenia dziecka** (zapewnienie akceptacji, stabilizacji, bezpieczeństwa). Za szczególnie istotne należy uznać współdziałanie rodziny i szkoły. Dziecko z zespołem RAD musi wiedzieć, że dorośli ze sobą współpracują, co zmniejszy jego możliwości manipulowania otoczeniem (G.C. Keck, R.M. Kupecky, 2010, S.R. Shaw, D. Páez, 2007). Ważny jest też tutaj element nawiązywania przez dziecko więzi z nauczycielami. W kontakcie zarówno z nimi, jak i z rówieśnikami może ono odtwarzać pierwotną – patologiczną, ale znaną mu – relację opartą na zaniedbywaniu lub przemocy. Istotne w tym wypadku jest zrozumienie tego mechanizmu, akceptowanie dziecka z tego typu objawami oraz wspieranie go w zmienianiu postępowania. Empatia i zrozumienie, prawidłowa interpretacja zachowań dziecka i jego potrzeb są kluczem do sukcesu. Nauczyciel dyscyplinujący i karzący uzyskuje gorsze rezultaty niż taki, który dba o prawidłową relację z dzieckiem (E. Schwartz, A.S. Davis, 2006). Takie postępowanie nauczyciela, nastawione na właściwą interakcję, może się kłócić z powszechnie przyjętymi standardami, ponieważ zachowanie dziecka pozornie wydaje się rozmyślnie złośliwe. Dlatego ważne jest zaakceptowanie faktu, że RAD stanowi zaburzenie, które ma inne źródła niż nieodpowiednie, niegrzeczne zachowanie dziecka prawidłowo przywiązanego do rodzica (opiekuna), i które wymaga niestandardowego podejścia.

Wyzwania dla pedagogiki specjalnej

Pedagogika specjalna stale poszerza, w sposób wielowymiarowy, zakres zainteresowań. Wynika to zarówno z badań i odkryć dokonanych na jej gruncie, jak i z wiedzy płynącej z nauk pokrewnych. Szczególne znaczenie mają tu nowe obszary wiedzy takich nauk, jak inne nauki pedagogiczne, psychologia (szczególnie rozwojowa, kliniczna), medycyna (w tym m.in. neurologia, pediatria), logopedia. Owe nieznane wcześniej obszary wiedzy z tych i wielu innych dziedzin stanowią wyzwanie dla pedagogów, również pedagogów specjalnych. Głównym wyzwaniem w przypadku polskiej nauki jest uznanie istnienia syndromu RAD

oraz przyznanie, że dzieci z reaktywnymi zaburzeniami więzi oraz ich rodziny potrzebują specjalistycznego wsparcia.

Syndrom RAD został opisany w latach 90., wcześniej rozpowszechniona była teoria Bowlby'ego akcentująca potrzebę wytworzenia się przywiązania jako warunku prawidłowego rozwoju dziecka (książka jego autorstwa z dużym opóźnieniem pojawiła się na polskim rynku). Obecnie w Polsce o tym syndromie można przeczytać w niewielu książkach, np. w *Wychowaniu zranionego dziecka* Kecka i Kupecky oraz w nielicznych artykułach (np. K. Kiwer, 2011a, D. Hryniewicz, 2008). Ciekawe jest to, że w pracy Fintana O'Regana *Jak pracować z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych* (2005) RAD pojawia się obok autyzmu, MPD, zespołu Aspergera, ADHD, zespołu Downa, padaczki, dysleksji i innych niepełnosprawności. Jest to pozycja tłumaczona z języka angielskiego. Obrazuje uznanie występowania tego syndromu u części dzieci i potrzebę ich wspierania.

Odnosząc przedstawione tu informacje do pedagogiki specjalnej, można zauważyć następujące wyzwania:

- **Zagrożenie błędną diagnozą w wyniku nieznajomości syndromu RAD.** Nieznajomość problematyki RAD, przyczyn tego zaburzenia, jego następstw i objawów naraża dzieci na postawienie błędnej diagnozy. Różni autorzy wskazują, że syndrom RAD najczęściej mylony jest z ADHD, zaburzeniami nastroju, PTSD, osobowością typu *borderline*, niepełnosprawnością intelektualną, depresją, zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi, zaburzeniami zachowania, trudnościami w uczeniu się, zaburzeniami w odżywianiu (C.J. Sheperis i in., 2003, J.P. Kemph, K.K.S. Voeller, 2007, J.R. Corbin, 2007, S.R. Shaw, D. Páez, 2007).

Terapia dzieci z RAD obejmuje głównie tworzenie bezpiecznych więzi z dorosłymi (rodzicami, terapeutami, nauczycielami). Niewłaściwa diagnoza powoduje, że wobec dziecka stosowane są inne, nieskuteczne formy terapii, co prowadzi do niepowodzenia. Rodzice, którzy mogliby w dużej mierze skorygować zaburzenia u dziecka, pozostają nieświadomi i niedoinformowani, a w efekcie zaburzenia nasilają się (C.J. Sheperis i in., 2003).

- **Narażenie na zerwanie więzi lub wytworzenie pozabezpiecznego wzorca przywiązania – zagrożenie ze strony dziecka.** Istnieją pewne predyspozycje dziecka, które mogą doprowadzić do wytworzenia lękowego stylu przywiązania. J. Kemph i K. Voeller (2007) powołują się na badania S. Pipp-Siegel, C. Siegel i J. Dean (1999) i wskazują, że czynniki działające po urodzeniem dziecka mogą powodować predyspozycje do powstania RAD. Narażone jest na nie takie dziecko, które jest zbyt pobudliwe i wywołuje irytację rodziców, a także takie, które jest zbyt spokojne, słabo odpowiada na sygnały wysyłane przez matkę. Te dwa typy zachowań mogą nawet w określonych warunkach ukształtować nieprawidłowe przywiązanie. Ważne w takim wypadku jest zapobieganie poprzez odpowiednie wsparcie rodziców.

- **Typ niepełnosprawności narażający na zerwanie więzi lub wytworzenie więzi pozabezpiecznej.** Istnieją pewne typy niepełnosprawności, których elementem składowym są zaburzenia więzi. Należą do nich np. autyzm i zespół Aspergera. Znane są również takie typy niepełnosprawności – są to m.in. mutyzm, afazja, uszkodzenie słuchu, głębsza niepełnosprawność intelektualna – które stwarzają szczególne zagrożenie pojawienia się zaburzeń więzi i sprawiają, że dziecko znajduje się w niekorzystnej sytuacji ze względu na niemożność sprawnego porozumienia się z rodzicami. Dodatkowo dziecko niesłyszące pozbawione jest bodźców słuchowych, które odgrywają szczególną rolę w nawiązywaniu więzi z matką. Bowlby (2007) zauważył, że podczas pierwszych tygodni życia ogromną wagę ma słuchanie ludzkiego głosu. W specyficznej sytuacji, również zagrażającej tworzącej się więzi z matką, pozostaje także dziecko niewidome. D. Freedman (za: J. Bowlby, 2007), badając niewidome niemowlęta, zauważył, że głównymi bodźcami wywołującymi ich uśmiech są głos i dotyk. Nie ma tu typowego bodźca wzrokowego (szczególnie obserwowania twarzy), stanowiącego bodziec spustowy do reakcji uśmiechu. To sprawia, że dzieci niewidome zaczynają się uśmiechać później niż dzieci widzące. Ma to duże znaczenie, jeżeli chodzi o utrzymanie kontaktu z matką, która – będąc wrażliwa na komunikaty wysyłane przez dziecko – nie otrzymuje jednego z ważniejszych, podtrzymujących relację – uśmiechu. Poza tym pozbawiona jest możliwości utrzymywania kontaktu wzrokowego z dzieckiem, co również jest istotnym czynnikiem w budowaniu więzi. Relacja między dzieckiem niepełnosprawnym a matką wymaga więc w takich przypadkach szczególnego wsparcia, aby następstwa niepełnosprawności były jedynie konsekwencjami uszkodzenia organizmu, a nie wypływały dodatkowo z pozabezpiecznego wzorca przywiązania.

Należy w tym miejscu zauważyć, że jeśli rodzice dzieci niepełnosprawnych zaufają własnym rodzicielskim umiejętnościom, potrafią się dostosować do odmienności dziecka. Cricchetti i Sroufe (1976, za: H.J. Schaffer, 2006) spostrzegli, że reakcja dzieci z zespołem Downa jest „stłumiona". Dzieci te słabiej reagują zarówno na sytuacje stresowe, jak i na te wywołujące radość. Jednakże obserwacje badaczy (Sorce, Emde, 1982, za: H.J. Schaffer, 2006) dotyczące matek potwierdziły spontaniczne przystosowanie tych ostatnich. W porównaniu z matkami dzieci pełnosprawnych były one zdolne do reagowania na słabsze sygnały emocjonalne.

Kolejną niepełnosprawnością zagrożoną wytworzeniem się nieprawidłowego przywiązania jest FAS. Dzieci z tym zaburzeniem mogą mieć problemy, które po części wynikają z ich funkcjonowania w niemowlęctwie, a po części z uszkodzenia mózgu na skutek działania alkoholu spożywanego przez matkę w ciąży. Ujawniające się tuż po urodzeniu kłopoty adaptacyjne, zaburzenia snu, trudności ze ssaniem, płaczliwość mogą być pierwszą przyczyną nieprawidłowego przywiązania do rodzica (D. Hryniewicz, 2007). Wiele zależy w takiej sytuacji

od responsywności opiekuna. Jeżeli dziecko wychowuje matka biologiczna, która dodatkowo zmaga się z nałogiem, jest to kolejne zagrożenie powstaniem pozabezpiecznego stylu przywiązania. Jeżeli zaś dziecko jest adoptowane, dochodzą dodatkowe czynniki utrudniające ten proces, np. zerwanie więzi z matką biologiczną, wymóg adaptacji do nowego środowiska.

Na gruncie pedagogiki specjalnej zostały już wypracowane pewne sposoby terapii dzieci niepełnosprawnych wzmacniające więzi rodzinne. Niektóre z tych metod są również skuteczne wobec dzieci z RAD, na co zwróciła uwagę Hanna Olechnowicz (2006). Można więc powiedzieć, że pedagogika specjalna ma już coś do zaoferowania tym dzieciom i ich rodzicom. Oczywiście wyzwaniem w ogóle dla pedagogiki jest opracowanie standardów wspierania dziecka z RAD i jego rodziny.

Zazwyczaj gdy pojawia się diagnoza zaburzeń w rozwoju, specjaliści i rodzice zaczynają pracę od usprawnienia bądź skorygowania nieprawidłowości, wyeliminowania problemów. Jednak biorąc pod uwagę badania Schore'a (2001), które pokazują, jak bardzo rodzaj więzi wpływa na organizację pracy mózgu dziecka, należałoby raczej zastanowić się, czy nie zadbać o podstawę prawidłowego rozwoju i – obok pracy rehabilitacyjnej – nie wprowadzić terapii przywiązania. Taki model terapii diady matka–dziecko z zespołem Downa opisała Teresa Kaczmarek (2004). W pracy z tymi osobami autorka starała się zwracać szczególną uwagę na potrzeby dziecka w zakresie kontaktu z matką. Uczyła ją, jak prawidłowo odpowiadać na sygnały wysyłane przez dziecko. Mniejszy nacisk kładła zaś na samą jego stymulację. To stworzona więź miała się stać podstawą pracy nad zwiększaniem umiejętności dziecka oraz zmniejszaniem jego deficytów.

- **Narażenie ze strony dorosłego na zerwanie więzi lub wytworzenie więzi pozabezpiecznej.** Momentem szczególnie zagrażającym relacji między matką a dzieckiem jest diagnoza niepełnosprawności u tego ostatniego. Może ona wywołać u rodzica szok, a następnie kryzys emocjonalny. Te naturalne etapy, przez które przechodzą rodzice, stwarzają niekorzystne środowisko emocjonalne, w którym znajduje się dziecko. Matka zmagająca się z negatywnymi emocjami, świadczącymi o przechodzeniu przez pierwsze fazy po diagnozie, bywa niewystarczająco responsywna wobec dziecka.

  Drugi problem leży w pojawiającym się u rodziców poczuciu niekompetencji. Bywa, że dziecko niepełnosprawne wymaga dodatkowych zabiegów pielęgnacyjnych, specjalnych sposobów postępowania, co może zagłuszyć kompetencję rodzicielską, a przez to sprawić, że rodzice będą mniej wrażliwi na sygnały wysyłane przez dziecko. Wsparcie ich da szansę uniknięcia nakładających się na pierwotną niepełnosprawność dodatkowych zaburzeń więzi.

Pewne zagrożenia dotyczą środowisk osób niesłyszących. Badania K. Meadow-Orlans, M. Greenberg i C. Erting pokazują, że dzieci głuche głuchych rodziców wykazują podobne wyniki przywiązania jak dzieci słyszące słyszących

rodziców. Gdy rodzice są głusi, a dziecko – słyszące, więź między nimi może zależeć nie od głębokości wady słuchu, lecz od poczucia bycia kompetentnym rodzicem i od funkcjonowania intelektualnego tego rodzica (za: I.W. Leigh, P.J. Brice, K. Meadow-Orlans, 2004). Wiele matek ocenionych jako autonomiczne (bezpieczny styl przystosowania dorosłych) miało dzieci, które sklasyfikowane zostały jako unikające. Badacze zauważają, że matki te uczyły się w szkołach z internatami, gdzie liczyła się niezależność od rodziny oraz poleganie tylko na sobie. Możliwe więc, że w związku ze swoimi życiowymi doświadczeniami matki wymagały od dzieci niezależności, która w efekcie daje obraz dziecka ze stylem więzi unikającej (tamże). Na tym przykładzie widać, jak ważne jest wsparcie również rodziców niepełnosprawnych, uwzględnienie ich specyficznej sytuacji oraz pomoc w nawiązaniu bezpiecznej więzi z dzieckiem.

- **Zagrożenia płynące z procesu rehabilitacji.** Niektóre typy terapii (leczenia) stanowią zagrożenie dla tworzącej się więzi dziecka z rodzicami. Takim zagrożeniem są pobyty dziecka w szpitalu, podczas których nie może mu towarzyszyć rodzic. Należy zdawać sobie sprawę z tego, jakie niebezpieczeństwo tkwi w oddzieleniu dziecka, szczególnie do 3. czy 5. r.ż., od rodzica. Pobyt w szpitalu czy sanatorium bez rodzica może mieć duże znaczenie ze względu na rehabilitację, ale jej efekty mogą być minimalizowanie przez uruchomienie się syndromu hospitalizacyjnego, który w efekcie może prowadzić do RAD. Jest to związane z kolejnym wyzwaniem. Innym niebezpieczeństwem może być chociażby terapia metodą Vojty, która powoduje dyskomfort dziecka i jego płacz. W związku z ewentualnością negatywnego wpływu takich doświadczeń na więź rodzica z dzieckiem powinna istnieć możliwość wyboru innej terapii lub innej osoby prowadzącej ćwiczenia.

Poza tym należy mieć świadomość, że w przypadku dziecka z RAD lub mniejszymi zaburzeniami więzi niezwykle ważne jest, aby w procesie terapii, leczenia, wychowania została na początku nawiązana więź z rehabilitantem, nauczycielem, wychowawcą. Bez tego etapu szanse na osiągnięcie sukcesu postępowania rehabilitacyjnego są mniejsze.

- **Zagrożenia płynące z „potrzeby" oddzielenia dziecka.** W ostatnim czasie propagowane przez polski rząd upowszechnienie dostępu do żłobków stwarza zagrożenie nie tylko dla dzieci niepełnosprawnych, lecz także dla dzieci pełnosprawnych. Do 3. r.ż. tworzą się podstawy zaufania do dorosłych. Aby to przywiązanie rozwinęło się prawidłowo, niezbędny jest jeden kompetentny stały opiekun, który udowodni dziecku, że świat jest przyjazny i że w pobliżu jest dorosły gotowy je wspomóc w rozwoju, zaspokoić jego potrzeby, uspokoić nadmierne pobudzenie. Żłobek nie może odegrać tej najważniejszej z punktu widzenia rozwoju więzi roli. Dzieci mogą być sprawne intelektualnie, ale upośledzone emocjonalnie, a jak pokazuje A. Damasio (2000), upośledzenie emocjonalne zmniejsza szanse korzystania ze sprawności intelektualnej.

Prewencja

Prewencja powinna obejmować relację między matką a dzieckiem (rodzicem a dzieckiem), ale też samą matkę, która, mając własne negatywne doświadczenia z dzieciństwa oraz nieprawidłowy wzorzec przywiązania, może przekazywać je swojemu dziecku. Specjaliści zastanawiają się, w jaki sposób wzmacniać tę relację, aby zmniejszyć ryzyko powstawania zaburzeń więzi. Jest to zadanie wczesnej interwencji, która mogłaby dać szansę wielu dzieciom na rozwinięcie prawidłowego sposobu reagowania na stres oraz wytworzenie prawidłowego wzorca przywiązania, a przez to zmniejszyłaby prawdopodobieństwo przekazywania niewłaściwego stylu przywiązania z pokolenia na pokolenie (J.R. Corbin, 2007).

Bertrand Cramer (2008), cytując wyniki badań przeprowadzonych przez M. Main, podkreśla, że typ przywiązania wydaje się ustalać bardzo wcześnie, zależy w znacznym stopniu od wczesnych doświadczeń przywiązania (i separacji) matki; styl wypowiedzi matek odzwierciedla typ przywiązania z ich własnego dzieciństwa, co zapowiada sposób, w jaki przywiążą one do siebie własne dzieci. Ważne jest zatem poprowadzenie rodziców w nawiązywaniu właściwego kontaktu z dzieckiem. Pediatra B. Brazelton (2008) w czasie wizyty matki z noworodkiem stara się pokazać rodzicom, że ich dziecko jest „kompetentnym dzieckiem", a oni mają odpowiednie umiejętności, by się nim opiekować. Wskazuje, w jaki sposób dziecko reaguje na głos matki, zwraca uwagę na przejawiane już przez nie przywiązanie oraz na kompetencje obojga rodziców. Wszystko odbywa się w atmosferze optymizmu, co sprawia, że rodzice wychodzą z jego gabinetu podbudowani. Cramer podkreśla, że jest to istotny czynnik budowania prawidłowej relacji rodziców z dziećmi.

Podsumowanie

Wśród cech, które wyróżniają dzieci z syndromem RAD, są takie, które charakteryzują osoby niedostosowane społecznie, antyspołeczne czy zdemoralizowane (np. dopuszczanie się kradzieży, nagminne kłamanie, znęcanie się nad zwierzętami, brak empatii wobec innych ludzi). Jednakże – jak wykazałam – źródło tych zaburzeń jest specyficzne. Jego rozpoznanie oraz zauważenie w tych symptomach korzeni zaburzeń przywiązania to ogromna szansa na zmianę kierunku, w którym zmierzają. Prawidłowe postępowanie terapeutyczne pozwoli większości z tych dzieci, dzięki właściwemu przywiązaniu się do drugiego człowieka, odzyskać równowagę wewnętrzną oraz zmienić własne zachowanie. Ważne jest jednak w tym przypadku skoncentrowanie się na przyczynach, a nie na objawach zaburzeń.

Dlaczego więzi z drugim człowiekiem są takie ważne? Posłużę się słowami Hanny Olechnowicz: „nawet osiągnięcia intelektualne nie mają decydującego

wpływu na zdolność do normalnego życia, jeśli psychoterapia więzi nie okaże się skuteczna" (2006, s. 60).

Bibliografia

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Chapman, S. (2002). Reactive Attachment Disorder. *British Journal of Special Education*, *29(2)*, 91–95.

Corbin, J.R. (2007). Reactive Attachment Disorder. A biopsychosocial disturbance of attachment. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *24(6)*, 539–552.

Cramer, B. (2008). *Co wyrośnie z naszych dzieci*. Warszawa: Nisza.

Damasio, A.R. (2000). *Tajemnica świadomości. Jak ciało i emocje współtworzą świadomość*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.

Drozdowski, L., Dufner, H., Mazurska Hulu, M. (2011). *Jak pomóc dziecku, które przeżyło zbyt wiele*. Jarosław: TPD.

Gray, D. (2010). *Adopcja i przywiązanie*. Sopot: GWP.

Hall, S.E., Geher, G. (2003). Behavioral and personality characteristics or children with reactive attachment disorder. *Journal of Psychology. Interdisciplinary and Applied*, *137*, 145–162.

Hryniewicz, D. (2007). *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS*. Warszawa: Parpamedia.

Hryniewicz, D. (2008). *Korzenie zaburzeń, czyli wpływ przywiązania na jakość funkcjonowania psychospołecznego ze szczególnym uwzględnieniem problemów dzieci z FAS*. Referat wygłoszony na konferencji „Dziecko z Zespołem Zaburzenia Więzi", Szczecin.

Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. (2003). Attachment disorders and disorganized attachment. Similar and different. *Attachment and Human Development*, *5(3)*, 313–320.

Iniewicz, G., (2008). Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania. *Psychiatria Polska*, *XLII(5)*, 671–682.

Kaczmarek, T. (2004). Psychoterapia diady matka – dziecko o zaburzonym rozwoju psychoruchowym – studium przypadku. W: G. Kmita, T. Kaczmarek (red.), *Wczesna interwencja. Miejsce psychologa w opiece nad małym dzieckiem i jego rodziną*. (s. 65–78). Warszawa: Emu.

Keck, G.C., Kupecky, R.M. (2010). *Wychowanie zranionego dziecka*. Warszawa: M. Raciniewski Services.

Kemph, J.P., Voeller, K.K.S. (2007). Reactive attachment disorder in attachment. *Adolescent Psychiatry*, *30*, 159–178.

Kiwer, K. (2011a). Dziecko z zespołem RAD, czyli jak pokochać prowokatora. *Niebieska Linia*, 2, 1–3.

Kiwer, K. (2011b). RADosne dziecko czy nieletni przestępca? *Niebieska Linia*, *3*, 7–9.

LeDoux, J. (2000). *Mózg emocjonalny. Tajemnicze podstawy życia emocjonalnego*. Poznań: Media Rodzina.

Leigh, I.W., Brice P.J., Meadow-Orlans K. (2004). Attachment in Deaf Mothers and Their Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *9(2)*, 176–188.

Minnis, H., Keck, G. (2003). A clinical/research dialogue on Reactive Attachment Disorder. *Attachment and Human Development*, *5(3)*, 297–301.

Olechnowicz, H. (2006). *Dziecko własnym terapeutą*. Warszawa: PWN.

O'Regan, F.J. (2005). *Jak pracować z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych*. Warszawa: Liber.

Schaffer, H.R. (2006). *Rozwój społeczny. Dzieciństwo i młodość*. Kraków: UJ.

Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, *22*, 201–269.

Schore, A. (2002). Dysregulation of the right brain. A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*, 9–30.
Schwartz, E., Davis, A.S. (2006). Reactive Attachment Disorder. Implications for school readiness and school functioning. *Psychology in the Schools*, *43(4)*, 471–479.
Shaw, S.R., Páez, D. (2007). Reactive Attachment Disorder. Recognition, action, and considerations for school. *Social Workers Children and Schools*, *29(2)*, 69–75.
Sheperis, C.J., Renfro-Michel, E.L., Doggett, A.A. (2003). In-home treatment of Reactive Attachment Disorder in a therapeutic foster care system. A case example. *Journal of Mental Health Counseling*, *25(1)*, 76–88.
Sidor, A. (2003). Nie samym mlekiem żyje niemowlę. *Nowiny Psychologiczne*, *2*, 21–37.
Tobin, D., Wardi-Zonna, K., Yezzi-Shareef, A.M. (2007). Early recollections of children and adolescents diagnosed with Reactive Attachment Disorder. *The Journal of Individual Psychology*, *63(1)*, 86–95.
Winnicott, D.W. (1993). *Dziecko, jego rodzina i świat*. Warszawa: Jacek Santorski and CO.
Zazzo, R. (1978). Przywiązanie. W: R. Zazzo (red.), *Przywiązanie. Ujęcie interdyscyplinarne*. (s. 27–67). Warszawa: PWN.

ZERWANE WIĘZI – DZIECKO Z SYNDROMEM RAD – NOWY OBSZAR DZIAŁAŃ PEDAGOGÓW SPECJALNYCH

Streszczenie

Artykuł omawia znaczenie prawidłowego przywiązania dziecka do opiekuna oraz przyczyny i objawy zaburzeń więzi. W pedagogice specjalnej tworzenie prawidłowej więzi dziecka z rodzicami zostaje na drugim planie, natomiast głównym celem terapii i rehabilitacji staje się korygowanie uszkodzeń. Badania pokazują jednak, że przywiązanie stanowi podstawę wszechstronnego rozwoju dziecka (również niepełnosprawnego). Tymczasem dziecko niepełnosprawne wielokrotnie w swoim życiu narażane jest na zerwanie więzi lub wytworzenie pozabezpiecznego stylu przywiązania ze względu na swoje odmienne zachowanie, proces rehabilitacji czy przeżycia rodziców.

Słowa kluczowe: przywiązanie, niepełnosprawność, reaktywne zaburzenia więzi (RAD)

BROKEN TIES – THE CHILD WITH RAD – A NEW AREA OF ACTIVITY FOR SPECIAL EDUCATORS

Summary

The article discusses the importance of a child's proper attachment to the caregiver, and the causes and symptoms of attachment disorders. In special education, the process of forming appropriate relationships between children and parents is underestimated, while the main aim of therapy and rehabilitation is to correct defects. Studies show, however, that attachment is the basis for the comprehensive development of children (also children with disabilities). Meanwhile, children with disabilities are repeatedly exposed to the risk of broken family ties and insecure attachment styles due to their different behavior, the process of rehabilitation and their parents' experiences.

Key words: attachment, disability, reactive attachment disorder (RAD)

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 1(19) 2013

PRACE BADAWCZE

MAŁGORZATA BILEWICZ

AKCEPTACJA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ MŁODZIEŻ Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU

Wstęp

Akceptacja, z łac. *acceptatio*, oznacza dosłownie ‘przyjmowanie’, ‘sprzyjanie przemianie jednostki’. „Akceptowanie kogoś jest równoznaczne z umacnianiem w drugiej osobie procesu stawania się, czynieniem wszystkiego, aby wykorzystywała ona swoje możliwości. Można wyróżnić: akceptację innych, odnoszącą się do innych jednostek bądź grup; akceptację norm grupy, czyli zgodę na realizację norm właściwych dla danej grupy; akceptację siebie, dotyczącą zgody z własną osobowością; akceptację własnego cyklu życiowego, tj. tego, co się musiało zdarzyć i czego nie dało się w żaden sposób zastąpić; akceptację własnej ograniczoności, czyli natury ludzkiej, warunków istnienia” (M. Przetacznik-Gierowska, Z. Włodarski, 1998, s. 153).

Słownik wyrazów obcych (E. Sobol, A. Stankiewicz, 1995, s. 20) termin „akceptacja” definiuje następująco: ‘wyrażenie zgody na coś, przyjęcie, uznanie, potwierdzenie czegoś, aprobata’. Z kolei w *Popularnej encyklopedii powszechnej* (A. Anczykowa, L. Czopek, J. Pieszczachowicz, 1994, s. 65) można znaleźć wyjaśnienie, zgodnie z którym akceptacja bezwarunkowa to „przyznanie innym pełnego prawa do »bycia sobą«, tj. do myślenia i odczuwania w swoisty dla siebie sposób, także wtedy, gdy ich zachowanie winno ulec zmianie ze względu na dobro drugiego człowieka lub innych ludzi. Podstawą akceptacji jest rozumienie, że każdy człowiek jest inny i że za taką inność nie może być sądzony, że winien być traktowany z szacunkiem. U podstaw akceptacji siebie znajdować się winna znajomość siebie i świadomość, że nie zawsze musimy lubić to, co robimy, podobnie jak nie zawsze musimy lubić to, co robią inni. Akceptacja może nastręczać różne trudności. Początkowym krokiem w jej rozwijaniu może być poznawanie i akceptacja siebie jako człowieka z różnymi ułomnościami, ale zdolnego do uczenia się i rozwoju”.

Są to ogólne definicje. W tej pracy skupię się na szczególnym wymiarze owego pojęcia: akceptacji samego siebie i własnej niepełnosprawności.

Monika Orkan-Łęcka (1980, s. 64) pojęcie akceptacji wyjaśnia następująco: jest to „uznanie przez osobę niepełnosprawną faktu inwalidztwa i wytworzenie w tej sytuacji właściwej postawy wobec siebie, a także wobec swojego otoczenia społecznego i fizycznego". Osoba niepełnosprawna musi przyjąć pewną określoną postawę, by proces akceptacji mógł się dokonać; trzeba mianowicie pamiętać, że:

– odchylenie od normy fizycznej nie determinuje indywidualnego zestawu cech jednostki,
– ocena własnej wartości powinna być pod względem psychofizycznym całościowa, nie może odnosić się jedynie do elementu zaburzonego,
– niepełnosprawność odczuwana jest jako przeszkoda wymagająca ominięcia lub przezwyciężenia – powinno to być wyznacznikiem jednego z celów działania,
– należy w sobie przezwyciężyć tendencję do odnoszenia wszystkiego, co jest zabarwione negatywnie, do swojej niepełnosprawności jako przyczyny takiego stanu rzeczy.

Na podstawie tych uwag powstała definicja akceptacji w formie operacyjnej, ukazująca konsekwencje niewłaściwej hierarchii wartości i rzutowania skutków swojej niepełnosprawności na wszystkie dziedziny życia i samego siebie: „w im większym stopniu jednostka o naruszonej sprawności fizycznej uważa swoje inwalidztwo za czynnik dewaluujący jej osobę lub jej życie, tym mniej to inwalidztwo akceptuje" (tamże).

C.R. Rogers pojęcie samoakceptacji określa jako „zgodność pomiędzy realnym i idealnym obrazem własnej osoby" (Z. Palak, 1988, s. 20). „Ja realne zbudowane jest z sądów opisowych dotyczących tego, jaki jest aktualnie podmiot. Sądy te są wynikiem doświadczenia jednostki zdobytego w przeszłości i teraźniejszości" (P. Majewicz, 2002, s. 40). Ten sam autor dowodzi: „ja realne (aktualne) to obraz, jaki dana osoba ma o sobie samej w określonym czasie". Ja idealne natomiast to „reprezentacja standardów normatywnych związanych z osobą podmiotu. W jego skład wchodzi element pragnieniowy, a więc zbiór informacji o tym, jaki chciałby być podmiot, oraz składnik postulowany, czyli system informacji o tym, jaki powinien być podmiot. Mogą one pozostawać względem siebie w różnych relacjach, natomiast samoakceptację wyznacza stopień rozbieżności pomiędzy stanem pożądanym, czyli ja idealnym, a stanem osiągniętym – ja realnym" (A. Januszewski, 1992, s. 70). Ogólna ocena samego siebie, wynikająca z porównania własnych osiągnięć ze stawianymi sobie wymaganiami, jest ważnym czynnikiem determinującym stosunek do samego siebie, który określa się jako poziom samoakceptacji (M. Cieślicka, 1998).

Zaakceptowanie niepełnosprawności może być rozumiane jako określenie zmian, które stanowią pomoc w przezwyciężaniu biorącego się z niej poczucia

wstydu i niższości. Tak pojmowana akceptacja wyznacza cel rehabilitacji, do którego droga jest często długa i żmudna i łączy się z pokonywaniem wielu trudności, stresów oraz słabości. Wszystkie te przeszkody i napięcia oddziałują na osobę niepełnosprawną stymulującą. W środowisku, gdzie występuje nadmierna ilość bodźców, ta dodatkowa stymulacja może utrudniać i dezorganizować działanie człowieka. Z kolei przy niedoborze bodźców może ona uzupełniać ich brak (T. Sękowski, 2001).

Bardzo ważna dla prawidłowego rozwoju człowieka jest więc akceptacja własnej sytuacji zdrowotnej. Zaakceptowanie swojej niepełnosprawności najczęściej obejmuje cztery fazy:

1) wystąpienie niepełnosprawności,
2) uświadomienie sobie ograniczeń i zachowanych możliwości,
3) uczenie się funkcjonowania z tą przypadłością,
4) pełną, czynną akceptację swojego stanu (J. Obuchowska, 1991).

Dojrzała akceptacja siebie samego uwarunkowana jest uprzednio wypracowanym stopniem dojrzałości emocjonalnej, który pozwala żyć w zgodzie z własnym sumieniem, daje jasne poczucie rzeczywistości, niezależności i odpowiedzialności (J. Konarska, 2002).

Akceptowanie siebie odnosi się do wielu aspektów życia człowieka, w rozmaity sposób przez niego postrzeganych i ocenianych. Poziom samoakceptacji różni się w zależności od danej dziedziny egzystencji. Całościowa akceptacja siebie nie stanowi rezultatu uśrednienia ocen poszczególnych wymiarów życia i funkcjonowania człowieka, lecz kształtowana jest przez samoocenę jednostki w najważniejszym dla niej aspekcie (W. Łukaszewski, 1978). Dla wielu osób niepełnosprawnych samoakceptacja okazuje się niezwykle trudną do osiągnięcia postawą. Zablokowanie zaspokajania potrzeb fizycznych, psychicznych i społecznych, wynikające z faktu niepełnosprawności, prowadzi do zakłócenia procesu wartościowania oraz modyfikowania całościowej oceny własnej wartości (H. Larkowa, 1987, P. Majewicz, 1997) .

Jednostka formułuje sądy i opinie pod wpływem rodzących się frustracji i emocjonalnego ustosunkowania się do doświadczanych trudności. W ten sposób kształtująca się samoocena staje się najczęściej negatywna, zaniżona, niestabilna, w znacznej mierze oddziałując na poziom funkcjonowania pozostałych składników osobowości (P. Majewicz, 2002). Ponadto porównywanie siebie z innymi i formułowana na tej podstawie ocena stanowi koleiny istotny element wyznaczający poziom samoakceptacji (K. Skarżyńska, 1981).

Jednakże „wymiarem" człowieka jest pokonanie ograniczeń, jakie nakłada nań rzeczywistość – w aspekcie jednostkowym, jak i środowiskowym (J. Sowa, 2005). Osoba niepełnosprawna przestaje się wstydzić swojej wady, stara się ją przezwyciężać ją, uczynić podległą swoim planom (U. Eckert, 2006). Zaakceptowanie niepełnosprawności umożliwia człowiekowi uwolnienie się od wstydu i lęku, jakie jej towarzyszą, a akceptacja samego siebie pozwala wrócić do ak-

tywnego życia w rodzinie, wśród znajomych czy współpracowników (Z. Niesiołowski, 1990). Jak pisze Roman Ossowski (1982, s. 47), „akceptacja nie może oznaczać przedkładania własnego stanu nad inny, ani nie może też oznaczać poddania się temu, co nieuniknione. Oznaczałoby to pokorę i rezygnację wobec niepełnosprawności". Beatrice Wright (1965, s. 126) proponuje zaś przyjęcie następującej postawy: niepełnosprawność dalej może być „uważana za niewygodę i ograniczenie, ale jednostka dąży do poprawienia tego, co da się poprawić, a to w rezultacie ma ułatwić pewne aspekty jej życia i spowodować, że nie będzie się czuła poniżona, nie będzie cierpiała wstydu, ukrywania i maskowania stanu, w jakim się znajduje". Samoakceptacja może dotyczyć np.:

– wyglądu,
– płci,
– uzdolnień lub ewentualnego ich braku,
– własnej przyszłości lub teraźniejszości,
– przykrych doświadczeń i doznanych zranień,
– charakteru.

Rozważając zagadnienia dotyczące akceptowania własnej niepełnosprawności, nie bierze się pod uwagę tego, że spowodowany przez nią kryzys psychiczny może wpłynąć pozytywnie na osobowość – doprowadzić do tego, że nastąpi proces samoleczenia, skutkujący odrodzeniem religijnym, znalezieniem sensu życia, zmianą postaw w kierunku większej akceptacji innych (B. Pilecka, 2006).

Moment zaakceptowania swojej niepełnosprawności jest bardzo ważny dla budowania poczucia własnej wartości. Dlatego istotne są czynniki ułatwiające tego rodzaju samoakceptację:

1) wyznaczanie celów – „posiadanie określonego celu i dążenie do niego zwiększa akceptację i jest ona ułatwiona, jeśli osoba niepełnosprawna ma szeroki zakres zainteresowań i dąży do wytyczonych przez siebie celów". Należy zaznaczyć, że cele te muszą być realne, możliwe do osiągnięcia – w przeciwnym wypadku skutki mogą się okazać odwrotne do zamierzonych (A. Hulek, 1969, s. 90);
2) adekwatność wymagań środowiska i aspiracji osoby niepełnosprawnej do jej możliwości – „osoba niepełnosprawna porzuca nierealne cele i przyjmuje siebie takim, jakim jest, a wtedy może zmniejszyć się dystans, który dzieli go od osób pełnosprawnych" (J. Zabłocki, 2000, s. 55);
3) zwiększenie poczucia bezpieczeństwa – w aspektach:
   - fizycznym – nauczenie osoby niepełnosprawnej samodzielnego wykonywania zadań związanych z codziennością i pomoc w nabywaniu sprawności w tej dziedzinie oraz ułatwienie zdobycia innych umiejętności dających możliwość zaspokojenia zwykłych potrzeb i przekonujących o posiadaniu pewnych zdolności,
   - psychicznym – pomoc osobie niepełnosprawnej w osłabieniu napięcia emocjonalnego i zwrócenie uwagi na inne aspekty życia, co prowadzi do

znalezienia przez nią ujścia dla lęków, zmiany myślenia o kłopotach, zmartwieniach oraz szansy na spełnienie oczekiwań życiowych,

- społecznym – w tym aspekcie brak poczucia bezpieczeństwa doskwiera osobie niepełnosprawnej wtedy, gdy nie jest ona akceptowana przez środowisko, grupę społeczną, do której należy. Jednakże jeśli człowiek przyjmie obiektywnie swoją niepełnosprawność i dołoży starań, by inni przyjęli go takim, jakim jest w rzeczywistości, może on wywrzeć pozytywny wpływ na to środowisko;

4) pozostawanie w kontakcie z innymi osobami, które są lub były w sytuacji podobnej – z takich kontaktów mogą być czerpane bodźce do pokonywania trudności, gdyż dzielenie się przeżyciami, doświadczeniami, trudnościami ułatwia jednostce obiektywną ocenę swojej sytuacji, a tym samym akceptację własnej niepełnosprawności;
5) aktywność intelektualna – wypracowanie własnego poglądu na świat i życie wywiera wpływ na stosunek do swojej niepełnosprawności. Tego rodzaju aktywność sprzyja podporządkowaniu swojej strony fizycznej innym wartościom;
6) sport i wszelkie formy rekreacji – stanowią dobre ujście dla energii fizycznej i napięcia emocjonalnego, a sukcesy pozwalają zapomnieć, choć na pewien czas, o swojej niepełnosprawności oraz znaleźć przyjemność we współzawodnictwie i pokonywaniu własnych trudności. Ponadto uprawianie sportu i rekreacja przyczyniają się do nawiązania kontaktów towarzyskich (A. Hulek, 1969; J. Zabłocki, 2000).

Samoakceptacja jest to szacowanie własnych możliwości, które są odnoszone do celów wytyczanych sobie przez jednostkę, odczuwanych przez nią potrzeb, a także do wymagań otoczenia (R. Ossowski, 1982).

„Cele życiowe związane są nierozerwalnie ze sferą preferowanych przez człowieka wartości. Rehabilitacja osoby niepełnosprawnej powinna zatem te wartości uwzględniać – ich hierarchia ma często decydujący wpływ na podejmowane decyzje i kierunek aktywności. Chęć udowodnienia otoczeniu, że w każdej dziedzinie ma się możliwości podobne do tych, które ma osoba pełnosprawna, prowadzi do rozczarowań. Niepełnosprawny powinien zrozumieć swoją odmienność, która nie wynika jedynie z faktu pewnych ograniczeń, lecz przede wszystkim z indywidualnych cech niezwiązanych z owymi ograniczeniami. Wówczas, tak jak każdy inny człowiek, odpowiednio oceni możliwości i ograniczenia, zaakceptuje je, a wiedzę na ten temat wykorzysta przy tworzeniu wizji własnego życia" (A. Sękowski, 2006, s. 34–35). Zmiany w obrębie systemu wartości, prowadzące do tego, że osoba niepełnosprawna odkrywa lub odnajduje ponownie sens życia, pozwalają jej skoncentrować się na dziedzinach i formach aktywności dostępnych w aktualnej rzeczywistości. Tendencja do skupiania się na tym, co zostało utracone, początkowo utrudnia bądź udaremnia zauważenie tych możliwości, które nadal istnieją, a które mogą być rozwijane i doskonalone.

Czasem wymagają one przeorganizowania, nakładem znacznego wysiłku, dlatego osobie niepełnosprawnej potrzebna jest nadzieja i wiara w skuteczność podejmowanych trudów rehabilitacyjnych (T. Sękowski, 2001).

M.H. Dembo i jej współpracownicy zainicjowali wnikliwe badania procesu, który nazwali „akceptacją straty". Przez stratę rozumie się tutaj brak czegoś wartościowego, odczuwany jako osobiste nieszczęście. Przedstawione dalej rozważania stanowią rozwinięcie analizy zmian zachodzących w obrębie właściwego jednostce systemu wartościowania, takich, które okazują się pomocne w przezwyciężaniu poczucia wstydu i niższości, a wynikają z niepełnosprawności jako utraty wartości (tamże). Zmiany te można zaklasyfikować jako:

1) rozszerzenie zakresu wartości;
2) ograniczenie skutków niepełnosprawności;
3) uznanie strony fizycznej za wartość drugorzędną;
4) przetworzenie wartości względnych na wartości stałe.

Podane etapy „akceptacji straty" są w tym procesie najważniejsze. To właśnie akceptacja uwalnia daną osobę od ujemnej oceny samego siebie ze względu na posiadaną niepełnosprawność, a także pozwala jednostce szukać zadośćuczynienia w zajęciach, które odpowiadają raczej jej cechom charakterystycznym, a nie cechom wyidealizowanego życiowego standardu (tamże)".

W przypadku niepełnosprawności wrodzonej dana osoba nie musi się borykać ze zmianą pojęcia o sobie i dlatego pod tym względem przystosowanie jest ułatwione. Z drugiej strony, w przypadku niepełnosprawności pourazowej jednostka nie ma do czynienia z piętnem defektu dziedzicznego. Można by dowodzić, że dorosłemu łatwiej jest się przystosować do niepełnosprawności ze względu na jego większą dojrzałość, w przeciwieństwie do bardziej wrażliwego dziecka; uzasadnione będzie jednak także twierdzenie odwrotne, a mianowicie, że dziecko, będąc psychicznie bardziej plastyczne niż dorosły, potrafi łatwiej przyswoić sobie zmiany w postrzeganiu samego siebie. Mógłby ktoś dodać, że dziecko nie jest obarczone obowiązkiem zarabiania na życie i twardym wymogiem niezależności, który odczuwa dorosły. Istotne są tutaj również pewne rozwojowe fazy życia, które mają szczególny wpływ na przystosowanie do niepełnosprawności zaistniałej w tym właśnie czasie. Na podstawie wiedzy o fazach rozwoju psychofizycznego badacze wysunęli wniosek, iż „przy wszystkich innych czynnikach niezmienionych, oczekiwać należy, że utrata wzroku, która nastąpiła w wieku 9 czy 10 lat, będzie mniejszym wstrząsem dla ego, niż kiedy nastąpi w wieku 5 albo 13 lat" (tamże).

W aspekcie wyobrażeń na temat własnej osoby reakcja na niepełnosprawność uzależniona jest przede wszystkim od indywidualnych właściwości osobowości jednostki dotkniętej tą niepełnosprawnością (Z. Palak, 1988). Istotne znaczenie ma również kwestia samoakceptacji rozumianej jako postawa jednostki wobec siebie i własnych cech opierająca się na dostrzeżeniu ich wartości. Chodzi przy tym o obiektywne uznanie własnych zdolności i ograniczeń, bez poczucia winy,

dumy czy wstydu. Prowadzi to do konstruktywnych wysiłków i przez wielu autorów uważane jest za istotne dla kształtowania zdrowej osobowości. Akceptacja siebie samego przez człowieka z naruszoną sprawnością obejmuje również jego niepełnosprawność i wynikające stąd ograniczenia (Z. Palak, 1982).

Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością, jej akceptacja, wymaga takiego podejścia do własnych braków i ograniczeń, aby można było ukształtować lub odbudować, wzmocnić i utrzymać pozytywny obraz własnej osoby jako obraz człowieka wartościowego w różnych życiowych rolach (tamże). Niepełnosprawność jest czymś realnym w życiu człowieka. Wszyscy – w pewnym sensie – jesteśmy jednocześnie pełnosprawni i niepełnosprawni. Chodzi zatem o przyjęcie określonej postawy wobec własnych możliwości i ograniczeń (S. Ruciński, 1993). Ta postawa to postawa akceptacji. Znakomity będzie tutaj przykład 15-letniego Janka Meli, który po zdobyciu bieguna północnego z Markiem Kamińskim powiedział: „O kurczę! Naprawdę mi się udało… Teraz wiem, że mogę wszystko… zrozumiałem, że nie ma ludzi niepełnosprawnych. Są tylko ci, którzy nie wierzą w to, że siła woli może zmienić ich los" (W. Andrzejewski, 2004, s. 20).

Specyfika otoczenia społecznego, dokonujące się w nim zmiany, głównie w poglądach na temat jednostki (zwłaszcza wyrażanych przez osoby znaczące), nie pozostają bez wpływu na jej postrzeganie siebie. Wzrastająca wraz z wiekiem zdolność do samodzielnego gromadzenia, interpretowania i porządkowania wiedzy o sobie pozostaje w ścisłym związku z informacjami pochodzącymi z otoczenia (M. Jarymowicz, 1985). C. Bensaid (1994) twierdzi, że tak naprawdę poczucie własnej wartości dają spojrzenia innych. Dobre lub złe samopoczucie zależy od akceptacji lub nieakceptacji otoczenia. „Człowiek akceptowany przez innych i dobrze przez nich oceniany nie ma powodu, aby buntować się przeciwko sobie samemu i akceptuje siebie na tyle, na ile może być akceptowany przez ludzi dla niego ważnych" (J. Konarska, 2002, s. 125). Tak więc w wytworzeniu poczucia własnej wartości i pozytywnej oceny siebie bierze udział otoczenie społeczne, w którym wzrasta i żyje osoba niepełnosprawna. Postawy pełnosprawnych wobec osób z ograniczoną sprawnością oraz towarzyszące tym postawom sądy i przekonania kształtują poziom i rodzaj samooceny, a w rezultacie samoakceptacji osób niepełnosprawnych (T. Mądrzycki, 1996). Niestety, jak wynika z badań nad sytuacją osób niewidomych (A. Marchewka, 2003), główny ich problem to brak akceptacji przez osoby widzące.

Bardzo ważne jest, aby poczucie bycia akceptowanym kształtowało się już od najmłodszych lat. Akceptacja ułatwia dziecku ukształtowanie pozytywnego obrazu siebie oraz samoakceptację. Pozytywne reakcje emocjonalne pojawiają się u dziecka, gdy jest ono akceptowane przez otoczenie takim, jakim jest, wraz ze swoimi zaletami i wadami (T. Majewski, 2002). Stwierdzono również istnienie wzajemnej zależności między akceptacją siebie a spostrzeganymi przez dzieci postawami rodziców; im wyższy poziom samoakceptacji, tym częściej postawy

rodziców można określić jako bardziej akceptujące (A. Kołodziej, 1974). „Aby zaakceptować siebie, potrzebuję akceptacji innych. Poczucie bycia akceptowanym jest fundamentalne dla akceptacji samego siebie. Jeśli nie istnieje nikt, kto by mnie akceptował, nie mogę się zaakceptować. Akceptacja otrzymana od innych prowadzi do akceptacji siebie" – mówił Federico Arvesú (J. Augustyn, 2004, s. 25).

Dysfunkcja wzroku ma wpływ na psychikę osoby nią dotkniętej. Powoduje wiele trudności w życiu, może być źródłem cierpień i przeszkód w osiągnięciu ważnych celów, ale może też być traktowana jako wyzwanie, bodziec do rozwoju osobowego jednostki. Takie trudne sytuacje życiowe mogą się stać okazją do wytworzenia większej siły psychicznej. Ciągłe borykanie się z problemami powodowanymi kalectwem, jakim jest bycie osobą niewidomą, może zdeterminować człowieka do nabywania takiej siły. Wiele osób niewidomych prowadzi normalne życie; w tym celu niezbędne jest przyjęcie postawy akceptacji braku wzroku (M. Cichomska, 2001).

„Przystosowanie do życia z inwalidztwem, jego akceptacja, wymaga takiego podejścia do własnych braków i ograniczeń, aby można było ukształtować, odbudować, wzmocnić i utrzymać pozytywny obraz własnej osoby jako obraz człowieka wartościowego w różnych życiowych rolach, a brak wzroku uważany jest za jedno z najpoważniejszych kalectw" (Z. Palak, 1982, s. 35). Człowiek, który utracił wzrok, jest narażony na zablokowanie tendencji rozwojowych. Silna potrzeba zachowania pozytywnego obrazu siebie będzie mogła być przez niego zaspokojona jedynie wtedy, gdy przyjmie on do wiadomości i świadomie zaakceptuje fakty oraz konsekwencje wynikające z niepełnosprawności, a także gdy będzie potrafił zaakceptować nowy obraz siebie, znaleźć w nim właściwości zasługujące na szacunek i uznanie, a nawet mogące być przedmiotem dumy (T. Sękowski, 2006).

Zaakceptowanie realnego, odmiennego od dotychczasowego obrazu siebie i zachowanie pozytywnej samooceny może być dla osoby z niepełnosprawnością trudne. Tendencja do generalizowania silnie przeżywanej utraty narządu lub funkcji, np. po chorobie lub wypadku, sprawia, że w tym ciężkim okresie człowiek niepełnosprawny może nie zauważyć w sobie, a czasem i poza sobą, żadnych pozytywów ani wartości, które jednak obiektywnie istnieją i w przyszłości będą mogły się stać fundamentem obiektywizacji jego wyobrażenia o sobie (tamże). Wtedy dopiero będzie mógł, jak pisze Beatrice Wright (1965, s. 147), „zrozumieć, że nie jest inwalidą, ale osobą z inwalidztwem, że życie ma wiele sensu, pełne jest w tym samym stopniu szans, co frustracji, i że tylko niektóre z jego atrybutów związane są z inwalidztwem".

Trudna sytuacja, jaką jest brak wzroku, a szczególnie okres po jego utracie, może być przezwyciężona jedynie poprzez zaakceptowanie własnego obrazu, którego elementem jest niepełnosprawność i skutki z niej wynikające. Osoba niewidoma nie ma wpływu na fakt, że nie widzi, ale konsekwencje braku wzro-

ku zależą w ogromnej mierze od niej samej (T. Sękowski, 2006). Będzie mogła uniknąć psychologicznych skutków swojej niepełnosprawności lub je zminimalizować, jeżeli pojawi się u niej poczucie możności osiągnięcia ważnych dla niej celów w dostępny sposób, a w hierarchii wartości utracona sprawność nie będzie zajmowała zbyt wysokiego miejsca (tamże).

Tadeusz Majewski (2002) w *Tyflopsychologii rozwojowej* w obszerny sposób opisuje proces akceptacji niepełnosprawności przez dzieci niewidome. Do ich zasadniczych problemów należy postawa wobec siebie, czyli względnie trwałe ustosunkowanie się do samego siebie jako osoby z niepełnosprawnością wzrokową. Od tej postawy w znacznym stopniu zależy, jak dziecko niewidome czy słabowidzące będzie się zachowywać w różnych sytuacjach życiowych. Na ten problem składają się takie zagadnienia, jak kształtowanie obrazu samego siebie, samoocena, akceptacja siebie i adaptacja psychiczna. W przypadku dzieci z uszkodzonym wzrokiem bardzo istotnym składnikiem tego obrazu jest, siłą rzeczy, ich niepełnosprawność wzrokowa, która może się okazać składnikiem dominującym. Całkowita niemożność widzenia lub słabowzroczność stanowi bowiem istotną część ich jestestwa. Muszą więc uświadomić sobie ten fakt i zrozumieć, że są dziećmi niepełnosprawnymi, i że to pociąga za sobą określone trudności i ograniczenia, których nie mają dzieci widzące. U dzieci niewidomych i słabowidzących jest to podstawowy problem właściwego ukształtowania obrazu samego siebie (tamże).

Cechy, które składają się na aktualny obraz siebie, mogą być zakwalifikowane jako pozytywne, czyli zalety i możliwości, lub negatywne – wady i ograniczenia. W związku z tym ów obraz wytworzony przez dziecko może być realny, negatywny lub pseudopozytywny. Ogólnie rzecz ujmując, obraz samego siebie dziecka niewidomego lub słabowidzącego powinien być realny, tzn. zawierać zarówno trudności i ograniczenia wynikające z niepełnosprawności wzrokowej, jak i obecne oraz przyszłe możliwości. Istnieje jednak niebezpieczeństwo powstania niewłaściwego obrazu, jeżeli takie dziecko nie otrzyma rzetelnej wiedzy o sobie i nie będzie pracować nad odpowiednim jego ukształtowaniem. Pracę tę trzeba rozpocząć już w domu, a następnie kontynuować w wieku przedszkolnym i szkolnym (tamże).

Obraz samego siebie i samoocena mają zasadnicze znaczenie dla poczucia wartości dziecka, a więc czy jest ono kimś ważnym, akceptowanym i szanowanym w swoim środowisku, czy też kimś o niższym statusie społecznym (tamże). U dzieci z uszkodzonym wzrokiem istnieje ryzyko częstszego i łatwiejszego wystąpienia kompleksu niższości. Chodzi tu o stosunkowo trwałe poczucie i przekonanie, że jest się mniej zdolnym i mniej wartościowym w porównaniu z innymi dziećmi. Polega to na niewłaściwej ocenie samego siebie w stosunku do innych ludzi – na widzeniu siebie w niewłaściwym świetle (ocena zaniżona).

Kształtowanie się obrazu samego siebie i samoocena są zjawiskami dynamicznymi, podlegającymi stałym zmianom, doskonalonymi w procesie rozwoju.

W okresie młodzieńczym staje przed człowiekiem problem akceptacji lub odrzucenia swojej wzrokowej niepełnosprawności. W dawniejszej tyflopsychologii podkreślało się konieczność akceptacji tejże niepełnosprawności i jej skutków przez osobę niewidomą lub słabowidzącą. Doświadczenie jednak pokazuje, że żadna osoba niesprawna, w tym także osoby niewidome i słabowidzące, nigdy nie zaakceptują swojej niesprawności. W związku z tym dzisiaj mówi się raczej o konieczności akceptacji siebie samego, takim, jakim się jest. W ujęciu tym nie chodzi o bierne pogodzenie się z faktem niesprawności wzrokowej, lecz o znalezienie sensu w nowych warunkach. Młody człowiek niewidomy czy słabowidzący musi więc dostrzec pewne wartości określające ów sens, które ukształtują pozytywny stosunek do życia i optymistyczną wizję przyszłości. Chodzi tutaj o takie wartości, jak założenie rodziny, praca zawodowa, praca dla innych ludzi, zdobywanie wiedzy i doskonalenie swojej osobowości, znajdowanie sensu życia w odpowiednich systemach religijno-filozoficznych itp. (tamże).

Niewątpliwie tworzenie sensu życia musi mieć swoje realne podstawy i uwzględniać trudności i ograniczenia, z jakimi zmaga się młody niewidomy czy słabowidzący człowiek. W związku z tym istnieje konieczność nie tylko akceptacji warunków życia, jakie wyznacza jego wzrokowa niepełnosprawność, lecz także zaadaptowania się do nich. W tym przypadku chodzi o adaptację psychiczną, a więc wypracowanie takich cech osobowości i zachowania, które pozwolą niewidomemu czy słabowidzącemu na względnie normalne funkcjonowanie. Adaptacja, w przeciwieństwie do akceptacji, charakteryzuje się dynamiką. Wymaga aktywnej postawy. W procesie psychicznej adaptacji – która postępuje w miarę rozwoju dziecka i dojrzewania jego osobowości – można wyróżnić:

- adaptację w sferze intelektualnej, polegającą na ukształtowaniu właściwej wiedzy o sobie i samooceny oraz przyjęciu systemu wartości wyznaczającego sens życia;
- adaptację w sferze emocjonalnej, polegającą na wypracowaniu trwałego optymizmu i zadowolenia z życia, pewnej odporności na sytuacje trudne, na zwalczaniu negatywnych emocji hamujących normalne funkcjonowanie oraz wykorzystywaniu emocji jako motywów podejmowania się trudnych zadań;
- adaptację w sferze behawioralnej, polegającą na dostosowaniu swoich zamierzeń i planów do swoich możliwości, w celu uniknięcia porażek;
- adaptację w sferze społecznej, polegającą na rozwoju pewnych cech warunkujących udział w życiu społecznym oraz na ułożeniu poprawnych, przyjacielskich i bezkonfliktowych stosunków z innymi (tamże).

W przypadku osoby niewidomej akceptacja samego siebie jest szczególnie istotna. Osoba taka potrzebuje nie tylko uzmysłowienia sobie i zaakceptowania swego kalectwa oraz wynikających z niego ograniczeń, lecz także rozbudzenia wiary, że na wszelkich polach, których kalectwo nie dotyczy, jest w pełni sprawnym człowiekiem, zdolnym do bardzo wielu osiągnięć. Dla prawidłowego roz-

woju psychiki niewidomego nieodzowne jest zatem cierpliwe poszukiwanie talentów, jakie w nim drzemią, i pracowite ich doskonalenie, aż do uzyskania poziomu profesjonalnego (T. Tokarski, 2005). Przy dzisiejszym stanie medycyny zapewniającej wczesną i pełną diagnozę wady oraz pedagogiki wykorzystującej w rewalidacji najnowsze zdobycze techniki osoba z wadą wzroku może pokonywać ograniczenia poznawcze, a także bardziej się usamodzielniać się i budować pozytywne poczucie własnej wartości (U. Eckert, 2006).

Metodologia badań własnych

Określenie poziomu akceptacji własnej niepełnosprawności przez młodzież niewidomą i słabowidzącą jest możliwe dzięki analizie wyników badań otrzymanych w Skali Akceptacji Inwalidztwa (SAI) stworzonej przez Monikę Orkan-Łęcką (1980). Kluczem do wyboru i sformułowania uwzględnionych przez tę skalę twierdzeń było założenie, że „w im większym stopniu jednostka o naruszonej sprawności fizycznej uważa swoje inwalidztwo za czynnik dewaluujący jej osobę lub jej życie, tym mniej to inwalidztwo akceptuje".

Skala składa się z 25 pytań o mocy dyskryminacyjnej od 0,35 do 0,76. Badając rzetelność tej skali w aspekcie jej jednolitości, uzyskano współczynnik 0,92. Poszczególne twierdzenia wyrażają postawy negatywne bądź pozytywne. Przewidziano 4 możliwości odpowiedzi: „zdecydowanie się zgadzam", „raczej się zgadzam", „raczej się nie zgadzam", „zdecydowanie się nie zgadzam". Twierdzeniom wyrażającym postawy negatywne przyporządkowano wskaźniki liczbowe od 1 (dla „zdecydowanie się zgadzam") do 4 (dla „zdecydowanie się nie zgadzam). Wskaźniki liczbowe przyporządkowane twierdzeniom pozytywnym ustawiono w odwrotnym porządku. Dlatego im wyższy wynik liczbowy (suma uzyskanych punktów) tej skali, tym bardziej pozytywna postawa i tym wyższy stopień akceptacji niepełnosprawności.

Pytania Skali Akceptacji Inwalidztwa dotyczą problemów znanych jedynie osobom niepełnosprawnym. Z tego powodu test ten nie został wykorzystany do badania młodzieży pełnosprawnej. Badania empiryczne przeprowadzono wśród 80 osób – młodzieży niewidomej i słabowidzącej uczęszczającej do następujących placówek:

- Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Słabowidzącej nr 8 im. dr Zofii Galewskiej w Warszawie przy ul. Koźmińskiej 7,
- Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci i Młodzieży Słabowidzącej w Lublinie przy ul. Hirszfelda 6,
- Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci Niewidomych i Niedowidzących w Krakowie przy ul. Tynieckiej 7;
- badaniom została również poddana młodzież słabowidząca biorąca udział w turnusie rehabilitacyjnym zorganizowanym przez PZN – okręg podlaski.

Wyniki badań

Poziom akceptacji niepełnosprawności młodzieży z uszkodzonym wzrokiem

Na podstawie analizy wyników badań stwierdzono, że uczniowie niewidomi i słabowidzący (N = 80) wykazują duże zróżnicowanie w zakresie akceptacji niepełnosprawności (Sd = 8,49). Minimalnym wynikiem uzyskanym przez badaną młodzież w teście SAI było 61 pkt, a maksymalnym – 99, przy czym średnia wyniosła 82,74 pkt.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla testu SAI – badanie młodzieży z uszkodzonym wzrokiem

SAI – wyniki punktowe	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
	80	61	99	82,74	8,49

Źródło: opracowanie własne

Akceptacja niepełnosprawności przez kobiety i mężczyzn z uszkodzonym wzrokiem

Zdecydowane zróżnicowanie obserwujemy wśród badanych osób, biorąc pod uwagę ich płeć. Największe różnice wystąpiły w grupie mężczyzn, gdzie odchylenie standardowe wyniosło aż 10,16 pkt. Bardziej jednorodna jest grupa kobiet z odchyleniem standardowym 5,58 pkt. Średnia wyników okazała się wyższa w grupie kobiet (M = 84,62), a niższa w grupie mężczyzn (M = 81,12), wskazując skłonność tych ostatnich do trudności w zaakceptowaniu swojej niepełnosprawności. Minimalny wynik w skali SAI dla badanych kobiet niepełnosprawnych wyniósł 74 pkt, a maksymalny – 98. W grupie mężczyzn najniższy wynik to 61 pkt, a najwyższy – 99.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla testu SAI – badanie młodzieży niepełnosprawnej i podgrup płci

SAI – wyniki punktowe	Płeć	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
	Kobiety	37	74	98	84,62	5,58
	Mężczyźni	43	61	99	81,12	10,16

Źródło: opracowanie własne

Analiza zależności wyników Skali Akceptacji Inwalidztwa w grupie młodzieży z dysfunkcją narządu wzroku

Ponieważ z przeprowadzonej analizy statystyk opisowych nie można wysnuć jednoznacznych wniosków co do istotności różnic między średnimi wynikami uzyskanymi przez badaną młodzież niepełnosprawną w podgrupach płci, w tym celu posłużono się Testem t-Studenta. Na jego podstawie nie stwierdzono różnic

istotnych statystycznie w średnich wynikach dotyczących akceptacji niepełnosprawności przez kobiety i mężczyzn z uszkodzonym wzrokiem.

Tabela 3. Istotność różnic między wynikami SAI młodzieży niepełnosprawnej w podgrupach płci

Zmienna	Kobiety z uszkodzonym wzrokiem		Mężczyźni z uszkodzonym wzrokiem		Istotność różnic		
	M_1	SD	M_2	SD	M_1–M_2	t	p
Akceptacja niepełnosprawności	84,62	5,58	81,12	10,16	3,5	1,87	0,07

Źródło: opracowanie własne

Stopnie akceptacji własnej niepełnosprawności przez młodzież niewidomą i słabowidzącą

Odpowiadając pozytywnie na wszystkie twierdzenia Skali, każdy z uczniów mógł maksymalnie uzyskać 100 pkt (25 × 4 = 100), gdyż za każdą dobrą odpowiedź badany otrzymywał 4 pkt, jak wynika z założeń Skali. Autorka SAI przyjęła następujące cztery stopnie akceptacji niepełnosprawności:

1) akceptacja prawidłowa,
2) akceptacja zapoczątkowana,
3) trudności z akceptacją,
4) brak akceptacji.

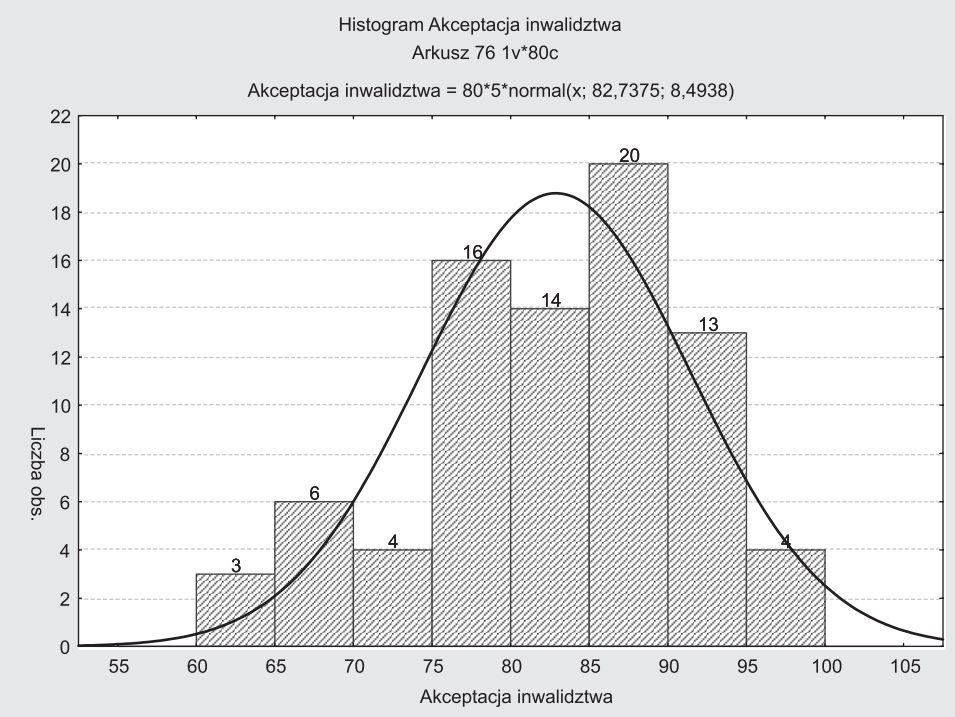
Aby dokonać podziału dla poszczególnych poziomów stopnia akceptacji, należało maksymalną liczbę uzyskanych punktów (100) podzielić przez liczbę wszystkich stopni akceptacji (4). W wyniku tej operacji powstały następujące wskaźniki:

- 100–75: akceptacja prawidłowa,
- 74–50: akceptacja zapoczątkowana,
- 49–25: trudności z akceptacją,
- 24–0: brak akceptacji.

Tabela 4. Stopień akceptacji własnej niepełnosprawności przez badaną młodzież z uszkodzonym wzrokiem w SAI

Akceptacja niepełnosprawności przez młodzież z uszkodzonym wzrokiem	N	%
Akceptacja prawidłowa	67	83,75
Akceptacja zapoczątkowana	13	16,25
Trudności z akceptacją	–	–
Brak akceptacji	–	–
Ogółem	80	100

Źródło: opracowanie własne



Histogram 1. Rozkład liczebności badanych osób o określonych wynikach uzyskanych w SAI przez młodzież z uszkodzonym wzrokiem

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 4., 67 uczniów niewidomych i słabowidzących wykazało prawidłowy stopień akceptacji własnej niepełnosprawności. Natomiast u 13 badanych osób wystąpiła akceptacja zapoczątkowana. U żadnego z badanych nie stwierdzono trudności z akceptacją lub jej brakiem. Wysoki procent odpowiedzi wskazujących na prawidłową (83,75%) i zapoczątkowaną (16,25%) akceptację pozwala przypuszczać, że młodzież niewidoma i słabowidząca nie traktuje swojej niepełnosprawności jako czynnika dewaluującego swoją osobę lub życie.

Wyniki dotyczące wysokiego poziomu akceptacji własnej niepełnosprawności (w poszczególnych twierdzeniach) przez badaną młodzież z dysfunkcją narządu wzroku pokazują, że największy procent badanych (90% – 72 osoby) zgodził się z twierdzeniem 24.: „Sądzę, że w przyjaźni niewidomy może osiągnąć równie głęboki i bliski kontakt z drugim człowiekiem, co widzący". 67 osób (83,75%) przyznało słuszność twierdzeniu 18: „Niewidomy może cieszyć się życiem, czuć się szczęśliwy i zadowolony z siebie w równym stopniu, co widzący", a 65 osób (81,25%) uznało, że „będąc niewidomym, można skutecznie konkurować z widzącymi i odnosić sukcesy w wielu dziedzinach". Z twierdzeniem 13.:

Tabela 5. Liczbowy i procentowy rozkład poziomu akceptacji własnej niepełnosprawności przez badaną młodzież z uszkodzonym wzrokiem ze względu na wyniki osiągnięte w poszczególnych twierdzeniach

Numer twierdzenia	Wynik 1		Wynik 2		Wynik 3		Wynik 4	
	%	N	%	N	%	N	%	N
1	6,25	5	8,75	7	21,25	17	63,75	51
2	3,75	3	8,75	7	16,25	13	71,25	57
3	16,25	13	26,25	21	32,5	26	25	20
4	2,5	2	5	4	7,5	6	85	68
5	16,25	13	26,25	21	28,75	23	28,75	23
6	8,75	7	1,25	1	8,75	7	81,25	65
7	3,75	3	6,25	5	18,75	15	71,25	57
8	5	4	7,5	6	30	24	57,5	46
9	3,75	3	6,25	5	52,5	42	37,5	30
10	5	4	8,75	7	32,5	26	53,75	43
11	5	4	8,75	7	23,75	19	62,5	50
12	1,25	1	11,25	9	47,5	38	40	32
13	17,5	14	1,25	1	1,25	1	80	64
14	2,5	2	3,75	3	21,25	17	72,5	58
15	5	4	13,75	11	35	28	46,25	37
16	25	20	25	20	25	20	25	20
17	15	12	27,5	22	27,5	22	30	24
18	8,75	3	2,5	2	10	8	83,75	67
19	8,75	7	5	4	12,5	10	73,75	59
20	32,5	26	26,25	21	28,75	23	12,5	10
21	6,25	5	2,5	2	17,5	14	73,75	59
22	2,5	2	1,25	1	25	20	71,25	57
23	7,5	6	7,5	6	22,5	18	62,5	50
24	2,5	2	1,25	1	6,25	5	90	72
25	16,25	13	3,75	3	8,75	7	71,25	57

Źródło: opracowanie własne

„Brak możliwości widzenia nie wpływa ujemnie na inteligencję" zgodziło się 64 badanych (80%).

Prawidłową akceptację niepełnosprawności potwierdza fakt, że aż 85% badanych odrzuciło twierdzenie 4.: „Dorosły niewidomy nie jest w tym samym stopniu dojrzałym człowiekiem, co dorosły widzący", a 73,75% nie zgodziło się z twierdzeniem 19.: „Żadna dziedzina sportu czy turystyki nie jest dostępna dla niewidomego". 72,5% osób zanegowało słuszność twierdzenia 14.: „Niepełnosprawność wzroku uniemożliwia udział w tak wielu dziedzinach życia, że niewidomy nigdy nie może osiągnąć równie głębokiego poziomu kultury i wiedzy, co widzący". W 71,25% przypadków zostały odrzucone twierdzenia 7: „Osoba niewidoma nigdy nie może być naprawdę szczęśliwa" i 22.: „Niewidomy nigdy nie może mieć poczucia, że jest komuś naprawdę potrzebny".

Zapoczątkowana akceptacja własnej niepełnosprawności przez młodzież niewidomą i słabowidzącą wyraża się m.in. w odrzuceniu twierdzenia 12: „Brak wzroku sprawia, że zdecydowana większość życiowych przedsięwzięć niewidomego kończy się niepowodzeniem" – zrobiło to 38 badanych (47,5%). Tylko jedna osoba (1,25%) w tej grupie zgodziła się z twierdzeniem dotyczącym braku wpływu niepełnosprawności na poziom inteligencji.

Najtrudniejsze do zaakceptowania aspekty niepełnosprawności, prezentowane w omawianych tu badaniach, wyrażają się w twierdzeniu 17.: „Jest wiele takich sytuacji, w których wstydzę się tego, że jestem niewidomy". Słuszność przyznało mu aż 22 badanych (27,5%). O braku akceptacji, a jednocześnie najgłębszym wewnętrznym przekonaniu o mniejszej wartości własnej osoby i własnego życia świadczy zidentyfikowanie się aż 26 osób (32,5%) z twierdzeniem 20.: „Sądzę, że gdybym widział, moje życie miałoby dla mnie nieporównanie większą wartość".

Szczegółowe wyniki liczbowego i procentowego rozkładu poziomu akceptacji własnej niepełnosprawności przez badaną młodzież z dysfunkcją narządu wzroku przedstawia tabela nr 5.

Podsumowanie

1. Uczniowie niewidomi i słabowidzący wykazują duże zróżnicowanie w zakresie akceptacji swojej niepełnosprawności (SD = 8,49), przy czym większe zróżnicowanie wystąpiło wśród mężczyzn (SD = 10,16), a grupa kobiet okazała się bardziej jednorodna (SD = 5,58).
2. Średnia wyników okazała się wyższa w grupie kobiet (M = 84,62), a niższa w grupie mężczyzn (M = 81,12), wskazując na skłonność tych ostatnich do większych trudności w zaakceptowaniu swojej niepełnosprawności.
3. W przeprowadzonych badaniach nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w średnich wynikach dotyczących akceptacji własnej niepełnosprawności przez kobiety i mężczyzn z uszkodzonym wzrokiem.

4. Uczniowie z dysfunkcją narządu wzroku wykazują w 83,75% akceptację prawidłową i w 16,25% akceptację zapoczątkowaną. U żadnego z badanych nie wystąpiły trudności z akceptacją lub jej brak.

Porównanie wyników

Badania nad akceptacją własnej niepełnosprawności przez młodzież niewidomą prowadziła Monika Orkan-Łęcka (1980). Szczegółowa analiza wyników tych badań wykazała, że młodzi niewidomi uczący się w środowisku zintegrowanym wykazują istotnie wyższy poziom przystosowania do niepełnosprawności w porównaniu z młodzieżą uczącą się w środowisku specjalnym. Środowisko zintegrowane daje przede wszystkim możliwość konfrontacji z wymaganiami świata widzących, co z kolei pozwala zdobyć i utrwalić poczucie, że skuteczne konkurowanie z widzącymi rówieśnikami, a także pomyślna realizacja wielu przedsięwzięć są dla niewidomego w pełni osiągalne.

Średnia wyników uzyskanych w badaniach Orkan-Łęckiej w grupie eksperymentalnej wyniosła 86,03, a w grupie kontrolnej – 79,26. Z kolei średnia wyników uzyskanych przez młodzież z uszkodzeniem wzroku badaną przeze mnie wyniosła 82,74. Byli to w zdecydowanej większości uczniowie ośrodków szkolno-wychowawczych dla młodzieży niewidomej i słabowidzącej. Możemy więc aktualnie zaobserwować wzrost poziomu akceptacji własnej niepełnosprawności przez uczniów szkół specjalnych.

Badania Tadeusza Sękowskiego (2001) prowadzone wśród osób z dysfunkcją wzroku wykazały, że grupa niewidomych pracujących w środowisku ludzi z tą samą niepełnosprawnością uzyskała niższy wynik w Skali Akceptacji Inwalidztwa niż grupa pracująca w środowisku ludzi widzących, co świadczy o większych trudnościach z samoakceptacją u tych pierwszych. Niezależnie od różnic, jakie wystąpiły pomiędzy grupami, wyniki badań wykazały średni poziom akceptacji w obu grupach. Rezultaty te świadczą również o przeżywaniu frustracji z powodu braku wzroku i własnej sytuacji życiowej.

Wyniki badań Sękowskiego okazały się bardziej pesymistyczne od zaprezentowanych w tej pracy. Powodem tego może być fakt, że osoby dorosłe, pracujące zawodowo, mają więcej negatywnych doświadczeń życiowych niż młodzież, która będąc na stracie dorosłego życia, patrzy na nie bardziej optymistycznie.

Badania przeprowadzone na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim wśród osób z dysfunkcją wzroku, które ukończyły kurs języka angielskiego w ramach projektu „Przez języki świata do pracy", pozwoliły porównać poziom akceptacji własnej niepełnosprawności przez te osoby przed rozpoczęciem kursu i po jego zakończeniu. Chociaż pod względem statystycznym nie zaobserwowano istotnych różnic między wynikami uzyskanymi w Skali Akceptacji Inwalidztwa, średnia wyników przed wzięciem udziału w zajęciach okazała się niższa (M = 89,03) niż na koniec cyklu zajęć (91,03) (B. Marek i in., 2008).

Wyższe wyniki średnich w Skali Akceptacji Inwalidztwa uzyskane przez uczestników wspomnianego kursu wskazują, że większe kompetencje, poznane metody i urządzenia pomagają radzić sobie samodzielnie w różnych sytuacjach, co ułatwia akceptację samego siebie. Możliwości kształcenia i poznawania różnych sposobów przekraczania barier powinny być więc dostępne jak największej liczbie ludzi niepełnosprawnych.

Bibliografia

Andrzejewski, W. (2004). Z bieguna na egzamin. *Angora*, *3*, 20–21.

Augustyn, J. (2004). *O miłości i akceptacji*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

Bensaid, C. (1994). *Zrozumieć siebie*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.

Cichomska, M. (2001). Dysfunkcja wzroku i wsparcie społeczne jako czynnik nabywania siły psychicznej. *Szkoła Specjalna*, *3*.

Cieślicka, M. (1998). Zajęcia socjoterapeutyczne jako pomoc w korygowaniu obrazu własnej osoby dzieci nieśmiałych. W: K. Sawicka (red.), *Socjoterapia*. (s. 47–71). Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Eckert, U. (2006). Możliwości wyboru drogi życiowej przez osoby niepełnosprawne. W: Z. Palak (red.), *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*. (s. 81–86). Lublin: UMCS.

Hulek, A. (1969). *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. Warszawa: PZWL.

Januszewski, A. (1992). Funkcje samoakceptacji w poznawaniu siebie i innych. W: A. Biela, Cz. Walesa (red.), *Problemy współczesnej psychologii*. (s. 69–75). Lublin: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Jarymowicz, M. (1985). Spostrzeganie samego siebie: porównywanie „JA – INNI". W: M. Lewicka (red.), *Psychologia spostrzegania społecznego*. (s. 217–256). Warszawa: Wydawnictwo Książka i Wiedza.

Kołodziej, A. (1974). Poziom samoakceptacji a spostrzeganie postaw rodzicielskich. *Psychologia Wychowawcza*, *2*, 220–225.

Konarska, J. (2002). *Psychospołeczne korelaty poczucia sensu życia a niepełnosprawność*. Mysłowice: Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna.

Larkowa, H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*. Warszawa: PWN.

Łukaszewski, W. (1978). *Struktura „Ja" a działanie w sytuacjach zadaniowych. Empiryczne studium nad funkcjami osobowości*. Wrocław: Wydawnictwo UWr.

Majewicz, P. (1997). Wpływ dysfunkcji narządu ruchu na formowanie się wybranych komponentów struktury osobowości u młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. W: A. Jopkiewicz (red.), *Auksologia a promocja zdrowia*. (s. 293–301). Kielce: Kieleckie Towarzystwo Naukowe.

Majewicz, P. (2002). *Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.

Majewski, T. (2002). *Tyflopsychologia rozwojowa*. Warszawa: PZN Zarząd Główny.

Marchewka, A. (2003). Sytuacja życiowa osób niewidomych. *Niepełnosprawność i Zdrowie*, *1*, 21–27.

Marek, B., Otrębski, W., Rodziewicz, B., Sękowski, T., Szubielska, M., Torój, M., Trojanowska-Bis, A. (red.). (2008). *Przez języki świata do pracy – nowe idee w rehabilitacji zawodowej osób niewidomych i słąbowidzących*. Lublin: KUL.

Mądrzycki, T. (1996). *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*. Gdańsk: GWP.

Niesiołowski, Z. (1990). Wstępne uwagi o rehabilitacji zawodowej inwalidów wzroku, *Przegląd Tyflologiczny*, *1–2*, 21–25.

Obuchowska, J. (1991). O autorewalidacji. W: K. Kuligowska (red.), *Z problematyki kształcenia pedagogów specjalnych*. (s. 77–85). Warszawa: WSPS.

Orkan-Łęcka, M. (1980). Przystosowanie do inwalidztwa u młodzieży niewidomej w zależności od środowiska, w jakim się uczy i przebywa. *Przegląd Tyflologiczny*, *2*, 62–79.
Ossowski, R. (1982). *Kształtowanie obrazu własnej sytuacji i siebie u inwalidów wzroku w procesie rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
Palak, Z. (1982). Obraz własnej osoby i stopień samoakceptacji osób niewidomych w świetle dotychczasowych badań. W: Z. Sękowska (red.), *Materiały do ćwiczeń z psychologii i pedagogiki specjalnej*. (s. 29–40). Lublin: UMCS.
Palak, Z. (1988). *Obraz własnej osoby młodzieży niewidomej*. Lublin: UMCS.
Pilecka B. (2006). Tendencje autodestrukcyjne – osobowość a niepełnosprawność. W: Z. Palak (red.), *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*. (s. 87–91). Lublin: UMCS.
Anczykowa, A., Czopek, L., Pieszczachowicz, J. (1994). *Popularna Encyklopedia Powszechna*. Tom I. Kraków: Oficyna Wydawnicza FOGRA.
Przetacznik-Gierowska, M., Włodarski, Z. (1998). *Psychologia wychowawcza*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Ruciński, S. (1993). Edukacja specjalna a filozofia. W: A. Hulek (red.), *Edukacja osób niepełnosprawnych*. (s. 1). Warszawa: Upowszechnianie Nauki – Oświata „UNO".
Sękowska, Z. (1993). Znaczenie rodziny w rewalidacji dziecka niepełnosprawnego. W: R. Ossowski (red.), *Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie*. (s. 27–37). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
Sękowski, A. (2006). Postawy społeczne a poczucie jakości życia osób niepełnosprawnych. W: Z. Palak (red.), *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*. (s. 34–35). Lublin: UMCS.
Sękowski, T. (2001). *Psychologiczne aspekty rehabilitacji zawodowej osób niewidomych zatrudnionych w warunkach pełnej i częściowej integracji*. Lublin: UMCS.
Sękowski, T. (2006). Korekta Dysfunkcjonalnych Schematów Zachowań (KDSZ) jako narzędzie rehabilitacji psychicznej. W: Z. Palak (red.), *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*. (s. 109–119). Lublin: UMCS.
Skarżyńska, K. (1981). *Spostrzeganie ludzi*. Warszawa: PWN.
Sobol, E., Stankiewicz, A. (red.). (1995). *Słownik wyrazów obcych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Sowa, J. (2005). Przestrzeń życiowa w procesie rehabilitacji osoby niepełnosprawnej. *Rewalidacja*, *1*, 4–18.
Tokarski, T. (2005). Nauczanie gry na organach na podstawie własnych doświadczeń z edukacji muzycznej dzieci niewidomych. *Szkoła Specjalna*, *4*, 285–291.
Wright, B.A. (1965). *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*. Warszawa: PAN.
Zabłocki, J. (2000). *Wprowadzenie do rewalidacji*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

AKCEPTACJA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PRZEZ MŁODZIEŻ Z DYSFUNKCJĄ NARZĄDU WZROKU

Streszczenie

Akceptacja niepełnosprawności jest to uznanie przez osobę z niepełnosprawnością własnych ograniczonych możliwości psychofizycznych i wytworzenie w tej sytuacji właściwej postawy wobec siebie, a także wobec swojego otoczenia społecznego i fizycznego. Akceptować niepełnosprawność to nauczyć się żyć z chorobą, umieć dostrzec i wykorzystywać własne zalety i możliwości. Przedstawione tu opracowanie zawiera wyniki badań dotyczących poziomu akceptacji własnej niepełnosprawności przez młodzież niewidomą i słabowidzącą, analizę zależności tych wyników oraz porównanie uzyskanych przeze mnie rezultatów badań z rezultatami podobnych badań prowadzonych wcześniej.

Słowa kluczowe: samoakceptacja, niepełnosprawność, wartości, obraz własnej osoby, rehabilitacja, adaptacja psychiczna

ACCEPTANCE OF DISABILITY BY ADOLESCENTS WITH VISUAL IMPAIRMENTS

Summary

Acceptance of disability is when a person with disability recognizes the fact that his or her psychophysical abilities are limited and, in consequence, forms an appropriate attitude toward himself or herself and also toward his or her social and physical environment. To accept disability means to learn to live with it, to know how to recognize and activate one's own values in the existing conditions. This paper contains the results of research on the level of acceptance of disability among adolescents with blindness or low vision, an analysis of the relations in the presented data, as well as a discussion of the findings in the light of my own previous research on this matter.

Key words: self-acceptance, disability, values, self-concept, rehabilitation, psychological adaptation

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 1(19) 2013

BEATA SZABAŁA

RADZENIE SOBIE W SYTUACJACH TRUDNYCH A KOMPETENCJE SPOŁECZNE STUDENTÓW Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKOWĄ

Wprowadzenie

Bycie studentem wiąże się z licznymi wymaganiami, którym jednostka powinna sprostać. W praktyce okazuje się jednak, że wiele osób w okresie studiów doświadcza większych lub mniejszych trudności. Dotyczy to także studentów niepełnosprawnych, u których pojawiające się problemy mogą być większe niż posiadane zasoby, prowadząc do bardziej intensywnego odczuwania stresu i jego konsekwencji (D.A.G. Groomes, M.J. Leahy, 2002).

Każda sytuacja trudna wiąże się z wystąpieniem zewnętrznych lub wewnętrznych czynników, które u danej osoby znajdują się na granicy możliwości przystosowawczych lub te możliwości przekraczają. Towarzyszy temu określona ocena poznawcza oraz doznania natury emocjonalnej, często nieprzyjemne. Ów niekorzystny układ w postaci zaburzenia równowagi pomiędzy możliwościami człowieka a wymaganiami, jakie musi on spełnić, pobudza go do podjęcia aktywności mającej na celu odzyskanie tej równowagi oraz poprawienie stanu emocjonalnego. Działania tego rodzaju określane są mianem radzenia sobie (I. Heszen-Niejodek, 2000). Stevan Hobfoll (2006) rozumie ten termin jako wszelką aktywność podejmowaną przez człowieka w celu pokonania sytuacji stresowej, a więc jako myśli i działania behawioralne, zwłaszcza formy inwestowania, ochrony oraz budowania zasobów. Najpopularniejszą definicję opracowali Richard Lazarus i Susan Folkman, według których radzenie sobie ze stresem stanowi „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki jednostki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (za: P. Kurtek, 2005, s. 278). Jak podkreśla Irena Heszen (2005), radzenie sobie pełni dwie podstawowe funkcje, tzn.: instrumentalną (zadaniową), nastawioną

na problem, czyli na poprawę stosunków podmiotu z otoczeniem, oraz samoregulacji emocji, polegającą na łagodzeniu negatywnych stanów emocjonalnych lub wzbudzaniu emocji motywujących do działań ukierunkowanych na rozwiązanie problemu.

Radzenie sobie w sytuacjach trudnych ma trzy uzupełniające się zakresy znaczeniowe: proces, strategia i styl. Zofia Ratajczak określa proces radzenia sobie jako „świadomy lub nieświadomy wysiłek związany z zapobieganiem, eliminowaniem bądź osłabianiem stresorów albo tolerowaniem ich efektów w sposób najmniej szkodliwy" (za: J. Kirenko, E. Sarzyńska, 2010, s. 132). Procesualne ujęcie interesującego nas tutaj pojęcia ma złożoną strukturę, w której uwzględnia się dynamikę myślenia, przeżywania (stanów emocjonalnych) i działania człowieka w kontekście transakcji stresowej. Opisuje jednocześnie czynności wykonywane przez daną osobę oraz to, jak jej działania zmieniają się wraz ze zmianą transakcji (H. Makowska, R. Poprawa, 2001).

Radzenie sobie ujęte w kategorii strategii Natalie J. Vercruysse i Louis A. Chandler definiują jako zbiór poznawczych lub behawioralnych odpowiedzi na stresujące wydarzenia, mających na celu opanowanie, zlikwidowanie lub zredukowanie stresujących warunków i stosowanych wtedy, gdy automatyczne odpowiedzi nie są wystarczające (za: E. Pisula, 1996). Maria Lis-Turlejska (1998, s. 107) określa strategie radzenia sobie jako „poznawcze i behawioralne wysiłki, podejmowane przez jednostkę w konkretnej sytuacji stresowej". Strategie zmieniają się wraz ze zmianą relacji jednostki z otoczeniem (D. Borecka-Biernat, 2006).

Ostatni z wymiarów radzenia sobie – styl – można rozumieć w dwojaki sposób. W pierwszym ujęciu styl traktowany jest jako pojedyncza cecha lub dyspozycja jednostki. W drugim natomiast styl radzenia sobie ma charakter złożony, jest swoistą konstelacją właściwości jednostki (K. Wrześniewski, 2000). Zdaniem Ireny Heszen-Niejodek (2000), styl radzenia sobie odnosi się do indywidualnych dyspozycji, które determinują aktywność poszczególnych jednostek w odpowiedzi na wystąpienie niekorzystnych okoliczności. Jest więc indywidualną skłonnością do radzenia sobie w pewien określony sposób (A. Kuczyńska, B. Janda-Dębek, 2001).

W dostępnych publikacjach poświęconych radzeniu sobie w sytuacjach trudnych przez niepełnosprawnych studentów preferencje zaradcze analizowane są w kategorii stylu. Z badań przeprowadzonych przez Darlene A.G. Groomes i Michael J. Leary (2000) w grupie studentów z niepełnosprawnością fizyczną i psychiczną wynika, że 36% badanych wykorzystuje radzenie sobie o charakterze unikowym, a tylko 15% dąży do rozwiązania problemu. Na częstsze stosowanie stylu unikowego i mniejszą koncentrację na rozwiązaniu problemu wskazują także badania prowadzone w Polsce (S. Byra, B. Mazur-Szabała, 2006). Natomiast z innych badań wynika, że studentki z niepełnosprawnością w sytuacji trudnej preferują głównie styl zadaniowy. Bardzo zbliżony do niego pod

względem częstotliwości stosowania jest styl unikowy, zaś styl emocjonalny wybierany jest najrzadziej (S. Byra, M. Parchomiuk, 2007). Trudno jednoznacznie określić, co jest powodem takiego zróżnicowania wyników. Trzeba jednak pamiętać o tym, że różnice w ustosunkowaniu się do sytuacji trudnych w znacznej mierze są zdeterminowane przez zasoby osobiste jednostek (A. Kuczyńska, B. Janda-Dębek, 2001), wspomagające radzenie sobie, a także przeciwdziałające powstawaniu negatywnych konsekwencji psychologicznych i zdrowotnych (R. Poprawa, 2001). Jednymi z ważniejszych zasobów są niewątpliwie kompetencje społeczne (H. Makowska, R. Poprawa, 2001; J.F. Terelak, 2008).

Michael Arygle (2002) definiuje kompetencje społeczne jako zdolność i niezbędne umiejętności do tego, by wywrzeć pożądany wpływ na innych ludzi. Zdolności mogą zostać wykorzystane do celów społecznych, jak i antyspołecznych. Edward Nęcka (2003) pojęcie to utożsamia ze skutecznością w osiąganiu celu w życiu społecznym. Ta efektywność może wynikać z odporności na stres, upraszczania złożonych sytuacji społecznych, braku skrupułów, niewrażliwości na emocje innych, wysokiego poziomu inteligencji społecznej czy też z faktu posiadania władzy i wysokiego statusu. Anna Matczak (2001) zaś wyjaśnia kompetencje społeczne jako wielopłaszczyznowe zdolności, od których zależna jest efektywność radzenia sobie w określonych sytuacjach społecznych, uzyskiwana przez jednostkę w toku treningu społecznego.

Podstawową funkcją wysokiego poziomu kompetencji społecznych jest „skuteczna aktywność w sytuacjach społecznych trudnych dla jednostki i osiąganie celów pomimo doświadczanych trudności. Należy przy tym pamiętać, iż relacja: kompetencje społeczne – skuteczność społecznego działania jest osadzona w złożonym kontekście wielu zmiennych, tkwiących zarówno w działającej jednostce, jak i otoczeniu" (S. Byra, 2008, s. 50). Jan Borkowski (2003) wymienia następujące funkcje kompetencji społecznych: zwiększanie możliwości rozwiązywania konfliktów, problemów oraz społecznych patologii, ułatwianie poznawania nowych osób, rozszerzanie możliwości zaspokajania potrzeb społecznych, pobudzanie procesu autokreacji i kierowania samorozwojem, zapewnianie lepszego rozumienia się i komunikowania się, wspomaganie radzenia sobie w nowych sytuacjach, ułatwianie udzielania społecznego wsparcia, otwieranie szerszych perspektyw uczestniczenia w życiu obywatelskim, zwiększanie efektywności pracy indywidualnej i grupowej.

Znaczenie kompetencji społecznych dla funkcjonowania człowieka zaznacza się na wszystkich płaszczyznach, tzn. osobistej, zawodowej, społecznej. Szczególną rolę odgrywają m.in.: asertywność, adekwatna samoocena, umiejętność autoprezentacji, odporność na stres, przedsiębiorczość, elastyczność, adaptacyjność zawodowa, gotowość do podejmowania kształcenia ustawicznego, umiejętność pracy w zespole, zdolność i gotowość do podejmowania ryzyka, sprawność i mistrzostwo merytoryczne, umiejętność brania odpowiedzialności, umiejętności negocjacyjne (S. Konarski, 2006).

Analiza sytuacji osób z niepełnosprawnością prowadzi do wniosku, że niezależnie od barier edukacyjnych, ograniczających proces zdobywania formalnego wykształcenia i zawodowych kwalifikacji, pojawiają się dodatkowe bariery, które wynikają z braku motywacji, umiejętności wykorzystania posiadanej wiedzy, możliwości kontrolowania codziennych wydarzeń i zdolności odgrywania rozmaitych ról społecznych, co jednocześnie uniemożliwia zdobywanie odpowiednich kompetencji społecznych potrzebnych do samodzielnego życia. Osoby te wielokrotnie doświadczają ograniczenia procesu socjalizacji, gdyż najbliższe otoczenie, z obawy przed ich przyszłymi frustracjami i ewentualnymi niepowodzeniami, wpaja im minimalistyczne podejście do życia, ograniczając tym samym cele, do których należy dążyć, i nie wyposażając w środki niezbędne do ich osiągnięcia. Rozwijanie i popieranie tak biernej postawy jest niemal równoznaczne z ubezwłasnowolnieniem i bezradnością życiową osób z niepełnosprawnością. Konsekwencją tego są trudności z wykorzystywaniem własnych szans, nawet wtedy, gdy szanse te pojawiają się w konkretnych sytuacjach (A. Ostrowska, 2003).

Z badań prowadzonych w grupie studentów z niepełnosprawnością wynika, że ich kompetencje społeczne kształtowane są przede wszystkim przez umiejętności związane z efektywnym zachowaniem w sytuacjach ekspozycji społecznej. Badani niżej ocenili posiadane kompetencje znajdujące zastosowanie w sytuacjach wymagających asertywności, a najniżej – sprzyjające efektywności w bliskich relacjach interpersonalnych (M. Czechowska-Bieluga, A. Tychmanowicz, 2008). Inne badania wskazują na zgoła odmienną strukturę kompetencji społecznych studentów z niepełnosprawnością; wyniki wykazały, że największy udział w kształtowaniu owych kompetencji mają te warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych, a najmniejszy – niezbędne do radzenia sobie w sytuacjach wymagających zachowania asertywnego (S. Byra, 2008). Rozbieżności odnotowano także w zakresie poziomu kompetencji społecznych studentów z niepełnosprawnością. W świetle niektórych badań ich wyniki mieszczą się w obrębie wartości niskich (tamże), inne zaś wskazują na zadowalający poziom (wyniki przeciętne) kompetencji społecznych (M. Czechowska-Bieluga, A. Tychmanowicz, 2008). Zauważone różnice mogą wynikać ze zróżnicowania zasobów badanych studentów, jak i wiązać się z doborem osób z niepełnosprawnością. W opracowaniach Stanisławy Byra grupę podstawową tworzyli wyłącznie studenci z niepełnosprawnością ruchową; z kolei w badaniach Marty Czechowskiej-Bielugi i Anny Tychmanowicz stanowili oni niespełna połowę respondentów. Abstrahując jednak od wyników uzyskanych przez innych badaczy, należy zwrócić uwagę na potrzebę podjęcia badań nad kompetencjami społecznymi i radzeniem sobie studentów z niepełnosprawnością wzrokową, którzy stanowią znaczny odsetek młodzieży akademickiej mającej orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Wychodzi temu naprzeciw niniejsze opracowanie.

Założenia badań własnych

Celem artykułu jest określenie charakteru zależności między radzeniem sobie w sytuacjach trudnych a kompetencjami społecznymi studentów z niepełnosprawnością wzrokową. Cel pracy wymaga sformułowania problemu badawczego. Problem główny zawarto w pytaniu: Czy, a jeśli tak, to jaki charakter zależności występuje między radzeniem sobie w sytuacjach trudnych a kompetencjami społecznymi studentów z niepełnosprawnością wzrokową?

W odniesieniu do podjętej problematyki postawione zostały następujące pytania szczegółowe:

1. Jakie style radzenia sobie w sytuacjach trudnych preferują studenci z niepełnosprawnością wzrokową?
2. Jakie są kompetencje społeczne studentów z niepełnosprawnością wzrokową?

Poza sprecyzowaniem problemów badawczych efektywne prowadzenie badań naukowych wymaga również określenia hipotez roboczych. Jednakże jak podaje Mieczysław Łobocki (2003), formułowanie hipotez roboczych nie jest konieczne, gdy przyjęty problem badawczy dotyczy wyłącznie opisu pewnych zjawisk lub faktów. Ponadto istniejący materiał empiryczny nie pozwala na przyjęcie jednoznacznych rozwiązań hipotetycznych w odniesieniu do problemów szczegółowych. Hipotezę sformułowano natomiast w odniesieniu do problemu głównego. Założono, że istnieje dodatnia zależność pomiędzy zadaniowym i unikowym stylem radzeniem sobie w sytuacjach trudnych przez studentów z niepełnosprawnością wzrokową a ich kompetencjami społecznymi. Natomiast w przypadku stylu skoncentrowanego na emocjach pomiędzy nim a kompetencjami społecznymi wystąpi korelacja o charakterze ujemnym. Można zatem przypuszczać, że preferowanie stylu zadaniowego będzie sprzyjać wyższym kompetencjom społecznym, podobnie jak preferowanie stylu unikowego, zwłaszcza opartego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Dominacja stylu skoncentrowanego na emocjach będzie zaś współwystępować z mniejszą skutecznością w funkcjonowaniu społecznym. Podstawą do sformułowania takiej hipotezy są badania przeprowadzone wśród młodzieży licealnej (A. Matczak, 2001) i agentów obsługi pasażerskiej (K. Makuch, za: J.F. Terelak, 2008). Brakuje natomiast badań podejmujących próbę określenia zależności zachodzących pomiędzy radzeniem sobie w sytuacjach trudnych a kompetencjami społecznymi studentów z niepełnosprawnością wzrokową.

Materiał badawczy zebrano za pomocą Inwentarza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS), Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS) i kwestionariusza ankiety.

Inwentarz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, opracowany przez Normana S. Endlera i Jamesa D. Parkera, służy do badania stylów radzenia sobie ze stresem. Składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą podejmować w sytuacjach stresowych. Badany określa na pięciostopniowej

skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie. Wyniki ujmowane są w trzech skalach, które określają trzy style radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu; styl skoncentrowany na emocjach; styl skoncentrowany na unikaniu. Ten ostatni może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze i poszukiwanie kontaktów towarzyskich (M. Oleś i in., 2002).

Kwestionariusz Kompetencji Społecznych autorstwa Anny Matczak służy do oceny tychże kompetencji. Składa się z 90 twierdzeń, z czego 60 to pozycje diagnostyczne (dotyczące kompetencji społecznych). Oprócz wskaźnika ogólnego kwestionariusz dostarcza też trzech wskaźników szczegółowych, określających poziom kompetencji warunkujących efektywność zachowań w sytuacjach intymnych (skala I), ekspozycji społecznej (skala ES) i wymagających asertywności (skala A). Badany ocenia na czterostopniowej skali poziom wykonywanej przez siebie czynności (A. Matczak, 2001).

Kwestionariusz ankiety posłużył do zebrania takich informacji o badanych osobach, jak: wiek, płeć, kierunek studiów, miejsce stałego zamieszkania, informacje o rodzinie, stan cywilny, nazwa niepełnosprawności, przyznany stopień niepełnosprawności.

Badaniami objęto 33-osobową grupę studentów z niepełnosprawnością wzrokową w wieku od 20 do 26 lat, w tym 26 słabowidzących (78,79%) i 7 niewidomych (21,21%). Wśród respondentów znalazły się 22 kobiety (66,67%) i 11 mężczyzn (33,33%). Najwięcej badanych mieszkało w miastach (23; 69,70%) i pochodziło z rodzin pełnych (21; 63,64%). Wszyscy byli stanu wolnego. Dominowały osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności wzrokowej (17; 51,52%), mniej miało przyznany stopień znaczny (12; 36,36%), a najmniej – lekki (4; 12,12%). Badani studenci kształcili się na takich kierunkach, jak: pedagogika specjalna (5 osób), polonistyka, turystyka i rekreacja, anglistyka, filozofia, pedagogika, historia, prawo, pedagogika opiekuńczo-wychowawcza (po 2 osoby), filologia germańska, informacja naukowa i bibliotekarstwo, zarządzanie, inżynieria ochrony środowiska, pedagogika społeczna, ratownictwo medyczne i fizjoterapia, informatyka, politologia, dziennikarstwo, psychologia, ekonomia, towaroznawstwo (po 1 osobie). Respondenci byli studentami różnych uczelni wyższych i pochodzili z terenu całego kraju.

Analiza wyników badań

Radzenie sobie w sytuacjach trudnych przez studentów z niepełnosprawnością wzrokową

Wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza CISS pozwalają stwierdzić, że najpopularniejszym stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez studentów z niepełnosprawnością wzrokową jest styl skoncentrowany na zadaniu. W zakresie tego stylu dostrzega się wyraźną przewagę wyników przeciętnych nad wysokimi i niskimi.

Tabela 1. Style radzenia sobie ze stresem przez badanych studentów: średnie arytmetyczne, odchylenia standardowe, wyniki przeliczone[1)]

Skale KKS	M	SD	Wyniki niskie		Wyniki przeciętne		Wyniki wysokie	
			N	%	N	%	N	%
Styl skoncentrowany na zadaniu	58,64	10,56	5	15,15	24	72,73	4	12,12
Styl skoncentrowany na emocjach	43,85	10,48	6	18,18	21	63,64	6	18,18
Styl skoncentrowany na unikaniu	48,67	8,82	6	18,18	24	72,73	3	9,09
Angażowanie się w czynności zastępcze	18,73	4,11	5	15,15	24	72,73	4	12,12
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	21,76	6,56	4	12,12	23	69,70	6	18,18

Źródło: opracowanie własne

Analiza twierdzeń odnoszących się do tego stylu wskazuje, że badani studenci w sytuacji stresowej najczęściej robią to, co uważają za najlepsze (M = 4,21), podejmują dodatkowy wysiłek, aby załatwić sprawę (M = 4,15), starają się kontrolować sytuację (M = 4,00) oraz próbują ją zrozumieć (M = 3,94). Najrzadziej natomiast myślą o tym, jak rozwiązywali podobne problemy w przeszłości (M = 3,39), zapobiegają im dzięki lepszemu planowaniu swojego czasu (M = 3,36) i natychmiastowe działanie (M = 3,15), wykorzystują też zaistniałą sytuację do tego, by udowodnić, że jej podołają (M = 3,06).

Stosunkowo wysoką pozycję w hierarchii stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez studentów z niepełnosprawnością wzrokową zajmuje styl skoncentrowany na unikaniu, w przypadku którego rozkład wyników przeliczonych jest zbliżony do uzyskanego w zakresie stylu zadaniowego, tzn. przeważają wyniki przeciętne, przy niższych odsetkach badanych z wynikami niskimi i wysokimi. Szczegółowa analiza twierdzeń odnoszących się do stylu unikowego wskazuje, że badana młodzież akademicka w najwyższym stopniu stara się przebywać z innymi ludźmi (M = 4,03), spędza czas z bliską osobą (M = 3,85) lub rozmawia z kimś, kogo rady sobie ceni (M = 3,85). W najmniejszym zakresie w celu rozładowania stresu wybiera takie rozwiązania, jak: sen (M = 2,82),

[1)] Wyniki przeliczone wskazane w tej i w kolejnej tabeli wyznaczono z wykorzystaniem metody uwzględniającej średnią i odchylenie standardowe.

kupienie sobie czegoś (M = 2,61), robienie sobie „wolnego", by uciec od problemu (M = 2,54), myślenie o czasach, gdy było lepiej (M = 2,61), chodzenie po sklepach (M = 2,36), zabawa (M = 2,36), oglądanie telewizji (M = 2,39).

Spośród dwóch form stylu unikowego bardziej preferowane jest poszukiwanie kontaktów towarzyskich, gdzie ponad połowa badanych uzyskała wyniki mieszczące się w kategorii wartości przeciętnych, z tendencją w kierunku wyników wysokich. Analiza itemów pokazuje, że młodzież z niepełnosprawnością wzrokową najczęściej stara się przebywać z innymi ludźmi (M = 4,03), spędzać czas z bliskimi (M = 3,85), rozmawiać z kimś, kogo rady sobie ceni (M = 3,85). Stosunkowo rzadko natomiast odwiedza przyjaciela (M = 3,64) i dzwoni do kolegi lub koleżanki (M = 3,36).

Wyniki uzyskane w zakresie rozładowania stresu poprzez angażowanie się w czynności zastępcze mieszczą się głównie w obrębie wartości przeciętnych, przy znacznie niższym udziale wartości niskich i wysokich. Przegląd poszczególnych twierdzeń pokazuje, że badani w sytuacji trudnej preferują objadanie się ulubioną potrawą (M = 3,21), natomiast najrzadziej – robienie sobie „wolnego", by uciec od problemu (M = 2,54), myślenie o czasach, gdy było im lepiej (M = 2,59), chodzenie po sklepach (M = 2,33) i oglądanie telewizji (M = 2,39).

Studenci z niepełnosprawnością wzrokową w najmniejszym zakresie stosują styl skoncentrowany na emocjach. Rozkład wartości przeliczonych, podobnie jak w przypadku poprzednich stylów, wskazuje na dominację wyników przeciętnych nad wysokimi i mniejszą w odniesieniu do wyników niskich. Analizując itemy omawianego stylu można stwierdzić, że badani kierujący się podczas rozwiązywania problemów emocjami w największym stopniu żałują, że nie mogą zmienić tego, co się stało (M = 3,30), niepokoją się, że sobie nie poradzą (M = 3,09) i o sposób, w jaki mogą pokonać problem (M = 3,09), co skutkuje stanem wzmożonego napięcia (M = 3,06). Najrzadziej skupiają się na swoich dolegliwościach fizycznych (M = 2,52), obwiniają się za to, że nie wiedzą, co zrobić (M = 2,45), zastygają bez ruchu (M = 2,30), wyładowują swoją złość na innych (M = 2,27) i wmawiają sobie, że ta sytuacja ich nie dotyczy (M = 2,06).

Kompetencje społeczne studentów z niepełnosprawnością wzrokową

Analiza wyników badań przeprowadzonych za pomocą kwestionariusza KKS ujawniła, że poziom kompetencji społecznych studentów z niepełnosprawnością wzrokową sytuuje się przede wszystkim w obrębie wyników przeciętnych, przy większym udziale wyników niskich i mniejszym – wysokich.

Z badań wynika, że największe znaczenie dla kształtowania kompetencji społecznych badanych studentów mają umiejętności warunkujące efektywne zachowanie się w sytuacjach ekspozycji społecznej, gdzie ponad połowa badanych uzyskała wyniki mieszczące się w kategorii wartości przeciętnych, z niewielkimi, ale jednakowymi odsetkami osób uzyskujących wyniki niskie i wysokie. Szczegółowe zestawienie twierdzeń tej skali pokazuje, że badani najwyżej

Tabela 2. Kompetencje społeczne badanych studentów: średnie arytmetyczne, odchylenia standardowe, wyniki przeliczone

Skale KKS	M	SD	Wyniki niskie		Wyniki przeciętne		Wyniki wysokie	
			N	%	N	%	N	%
Skala I	43,76	6,81	4	12,12	24	72,72	5	15,15
Skala ES	53,52	9,47	4	12,12	24	72,73	5	15,15
Skala A	48,48	9,42	6	18,18	24	72,73	3	9,09
Wynik ogólny	177,67	26,14	6	18,18	24	72,73	3	9,09

ocenili swoje kompetencje w odniesieniu do sytuacji, w których mieliby złożyć komuś oficjalne życzenia (M = 3,45), publicznie pogratulować ważnej osobistości (M = 3,27), zapoznać ze sobą dwie szacowne osoby (M = 3,24), wygłosić referat na zajęciach lub lekcji (M = 3,21), wręczyć kwiaty ważnej osobie publicznej (M = 3,21), odebrać z lotniska ważnego gościa (M = 3,18). Najniższe oceny własnych możliwości dotyczyły natomiast hipotetycznej konieczności wystąpienia w reklamie telewizyjnej (M = 2,60) i pełnienia funkcji konferansjera na koncercie (M = 2,51).

Duże znaczenie w hierarchii kompetencji społecznych młodzieży z niepełnosprawnością wzrokową mają te umożliwiające odnalezienie się w sytuacji wymagającej asertywności, w zakresie których dominują wartości przeciętne, przy znacznym udziale wartości niskich. Najwyższe wyniki w tym wymiarze KKS studenci przypisali sytuacjom wiążącym się z koniecznością odmówienia przyjęcia agitatorów religijnych, politycznych lub akwizytorów (M = 3,24), prośby o zwrot dawno pożyczonej książki (M = 3,18), upomnienia się w sklepie o resztę (M = 3,15). Najniżej ocenili swoje kompetencje w odniesieniu do sytuacji, w których mieliby poprosić osoby stojące w kolejce do kasy o możliwość pierwszeństwa kupienia biletu (M = 2,57), odmówić znajomemu pożyczenia pieniędzy (M = 2,57), zwrócić uwagę koleżance ze względu na jej niegustowny strój (M = 2,54), poprosić kogoś w tramwaju o ustąpienie miejsca z powodu złego samopoczucia (M = 2,48) oraz wypytywać ekspedientkę o coś, czego się nie kupi (M = 2,48).

Najmniejszą rolę w rozwoju kompetencji społecznych badanych osób odgrywają kompetencje warunkujące efektywność zachowań w sytuacjach intymnych. Rozkład wartości przeliczonych wskazuje, że niemal dwie trzecie badanych uzyskało wyniki przeciętne, zaś wyniki niskie i wysokie pojawiły się u kilku osób, ale z niemal jednakowym nasileniem. Z analizy twierdzeń wynika, że badani studenci uważają się za najbardziej kompetentnych w okolicznościach wymagających przeproszenia bliskiej osoby za wyrządzoną krzywdę (M = 3,42), porozmawiania z dziewczyną lub chłopakiem o zamiarach wobec niej lub niego (M = 3,39), podniesienia na duchu bliskiej osoby mającej kłopoty (M = 3,33)

oraz porozmawiania z kimś bliskim o wzajemnych nieporozumieniach (M = 3,18). Respondenci są zdania, że najsłabiej poradziliby sobie w sytuacji wymagającej opowiedzenia o sobie psychologowi (M = 2,48), zwierzania się rodzicom ze swoich kłopotów sercowych (M = 2,30), a także dzwonienia do telefonu zaufania w celu zwierzenia się ze swoich problemów (M = 2,24).

Radzenie sobie w sytuacjach trudnych a kompetencje społeczne studentów z niepełnosprawnością wzrokową

Celem opracowania jest – jak już wspomniano – określenie zależności między radzeniem sobie w sytuacjach trudnych przez studentów z niepełnosprawnością wzrokową a ich kompetencjami społecznymi. Sprawdzono to za pomocą współczynnika korelacji r-Pearsona. Otrzymane wyniki prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Radzenie sobie w sytuacjach trudnych a kompetencje społeczne badanych studentów – wyniki analizy korelacyjnej

	Skala I	**Skala ES**	**Skala A**	**Wynik ogólny**
Styl skoncentrowany na zadaniu	0,50**	0,66***	0,50**	0,66***
Styl skoncentrowany na emocjach	–0,20	–0,41*	–0,32~	–0,36*
Styl skoncentrowany na unikaniu	0,37*	0,20	0,28	0,32~
Angażowanie się w czynności zastępcze	0,09	0,07	0,04	0,02
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	0,50**	0,42*	0,32~	0,48**

* p < 0,10; *p < 0,05 ; **p < 0,01; ***p < 0,001

Przeprowadzona analiza wskazuje, że na sumę 20 współczynników korelacji 9 (45%) osiągnęło poziom ufności; 8 z nich ma charakter dodatni, a 1 – ujemny. Poza tym trzy inne współczynniki korelacji mają wartość zbliżoną do istotności statystycznej.

Z badań wynika, że styl zadaniowy tworzy związki zależnościowe na poziomie ufności ze wszystkimi wymiarami KKS. W najwyższym stopniu z omawianym wymiarem CISS koreluje wynik ogólny (0,66) i skala ES (0,66), w mniejszym – skala I (0,50) oraz skala A (0,50). Są to zależności dodatnie. Odwołując się do zawartości treściowej poszczególnych skal, należy przyjąć, że osoby wykorzystujące w sytuacji trudnej styl zadaniowy cechują się wysokim poziomem kompetencji społecznych w sytuacjach ekspozycji społecznej i wymiarze ogólnym. Osoby kierujące się wspomnianym stylem radzenia sobie odznaczają się także zadowalającym poziomem umiejętności warunkujących efektywne zachowanie się w sytuacjach intymnych i sytuacjach wymagających asertywności.

Mniej istotnych związków zależnościowych istnieje w przypadku korelacji stylu skoncentrowanego na emocjach z poszczególnymi wymiarami KKS. Dane pokazują, że styl ten istotnie koreluje ze skalą ES (–0,41) i wynikiem ogólnym (–0,36), a na poziomie zbliżonym do istotności – ze skalą A (–0,32). Wszystkie zależności mają charakter odwrotnie proporcjonalny. Na ich podstawie można stwierdzić, że kierowanie się emocjami w sytuacjach trudnych wiąże się z obniżeniem kompetencji społecznych w wymiarze ogólnym, jak i w okolicznościach związanych z ekspozycją społeczną i wymagających asertywności.

Z badań wynika także, że styl skoncentrowany na unikaniu tworzy tylko jeden związek zależnościowy na poziomie ufności z kompetencjami społecznymi badanych studentów. Zależność ta dotyczy skali I (0,37). Wskazany styl koreluje również na poziomie zbliżonym do istotności z wynikiem ogólnym (0,32). Oba związki mają charakter dodatni. Oznacza to, że osoby unikające w sytuacji trudnej konfrontacji z problemem łatwo nawiązują bliskie kontakty społeczne i cechują się generalnie wysokim poziomem kompetencji społecznych.

Uzyskane dane wskazują również na istnienie istotnych korelacji pomiędzy „podstylem" radzenia sobie nastawionym na poszukiwanie kontaktów towarzyskich a poszczególnymi wymiarami KKS. Korelacje dotyczą skali I (0,50), wyniku ogólnego kompetencji społecznych (0,48) oraz skali ES (0,42), natomiast w przypadku skali A (0,32) zaznaczyła się tendencja do istotności statystycznej. Są to zależności dodatnie. Uzyskane wyniki dają podstawę do stwierdzenia, że studenci bezpośrednio i pośrednio poszukujący w sytuacji trudnej kontaktu z innymi charakteryzują się ogólnie wysokim poziomem kompetencji społecznych, szczególnie w wymiarze warunkującym efektywność zachowań w bliskich relacjach interpersonalnych i w sytuacjach ekspozycji społecznej. Można również przypuszczać, że młodzież wykorzystująca omawiany styl radzenia sobie wykazuje zadowalający poziom kompetencji społecznych w sytuacjach wymagających asertywności.

Zakończenie

Podsumowując uzyskane wyniki badań i odnosząc się do sformułowanych na początku problemów badawczych, należy stwierdzić, że studenci z niepełnosprawnością wzrokową wyraźnie preferują styl skoncentrowany na zadaniu. Stosunkowo często w obliczu sytuacji stresowej wykorzystują także styl unikowy, bardziej preferując przy tym poszukiwanie bliskich kontaktów społecznych niż angażowanie się w czynności zastępcze. Najrzadziej natomiast stosują styl skoncentrowany na emocjach. Wyniki te są zbieżne z uzyskanymi przez Stanisławę Byra i Monikę Parchomiuk (2007) w grupie studentek z niepełnosprawnością (głównie ruchową, ale także sensoryczną) oraz z otrzymanymi w grupie

młodzieży z uszkodzonym wzrokiem (S. Kef, 2002). Na nasiloną tendencję studentów z niepełnosprawnością do podejmowania w sytuacji trudnej wysiłków mających na celu rozwiązanie problemu wskazują także badania przeprowadzone wśród studentów z trudnościami w uczeniu się (T. Heiman, D. Kariv, 2004). Wyraźne preferowanie przez badanych stylu skoncentrowanego na zadaniu świadczy o tym, że w obliczu sytuacji trudnej najczęściej podejmują oni działania mające na celu rozwiązanie problemu. Potrafią obiektywnie ocenić sytuację i nie traktują jej jako osobistego zagrożenia. Dysponują zatem zasobami sprzyjającymi efektywnemu radzeniu sobie, pokonywaniu trudności dnia codziennego, w tym także związanych z byciem studentem.

Studenci z niepełnosprawnością wzrokową cechują się zadowalającym poziomem kompetencji społecznych, zarówno w aspekcie ogólnym, jak i w poszczególnych wymiarach. Badani najwyżej oceniali swoje umiejętności związane z efektywnym funkcjonowaniem w sytuacji ekspozycji społecznej. Niższymi notami obdarzali swoje kompetencje determinujące odpowiednie zachowanie się w sytuacjach wymagających asertywności, a najniższymi – kompetencje warunkujące efektywność w sytuacjach intymnych. Prezentowane wyniki odpowiadają tym uzyskanym w grupie studentów z niepełnosprawnością sensoryczną – niewidomych, słabowidzących, niesłyszących, słabosłyszących (B. Szabała, w druku), jak i w grupie studentów z niepełnosprawnością narządu ruchu i innymi zaburzeniami (M. Czechowska-Bieluga, A. Tychmanowicz, 2008). Trzeba w tym miejscu wyraźnie podkreślić, że posiadanie przez osoby z niepełnosprawnością zadowalającego poziomu kompetencji społecznych jest – co odnotowano w niniejszych badaniach – istotnym elementem własnego „kapitału" (A. Ostrowska, 2003), sprzyjającym akceptacji własnej niepełnosprawności jako części siebie, korzystnemu odbiorowi siebie, bardziej asertywnym zachowaniom (E. Wagner, 2004), wzmacnianiu autonomii i odpowiedzialności (J. Kirsten, 2004) oraz wierze w swoje umiejętności zaradcze w sytuacjach trudnych (L.W. McBroom, 1997).

Z badań wynika, że istnieje zależność pomiędzy radzeniem sobie w sytuacjach trudnych a kompetencjami społecznymi studentów z niepełnosprawnością wzrokową. Osoby preferujące w sytuacji trudnej styl zadaniowy cechują się wyższym poziomem kompetencji społecznych w wymiarze ogólnym, jak i w poszczególnych jego zakresach, tzn. mają zadowalający poziom umiejętności warunkujących efektywne zachowanie się w sytuacjach ekspozycji społecznej, intymnych i wymagających asertywności. Badania ujawniły, że osoby unikające w sytuacji trudnej konfrontacji z problemem łatwo nawiązują bliskie kontakty społeczne i cechują się generalnie wysokim poziomem kompetencji społecznych; podobnie jest w przypadku bezpośredniego i pośredniego poszukiwania w sytuacji trudnej kontaktu z innymi. Dodatkowo, młodzież wykorzystująca omawiany „podstyl" radzenia sobie wykazuje zadowalający poziom kompetencji społecznych w sytuacjach wymagających asertywności i sytuacjach ekspo-

zycji społecznej. Na podstawie uzyskanych współczynników korelacji pomiędzy zadaniowym i unikowym stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych a kompetencjami społecznymi studentów z niepełnosprawnością wzrokową można powiedzieć, że osoby wybierające wskazane style przejawiają umiejętność prezentowania zdolności i zdobytej wiedzy, udziału w życiu towarzyskim, podejmowania aktywności społecznej i bycia w centrum uwagi. Nie mają trudności w osiąganiu własnych celów dzięki wywieraniu wpływu na innych lub opieraniu się takim wpływom, wyrażaniu swoich opinii i poglądów oraz prezentowaniu swojej postawy. Umieją również utrzymywać bliskie kontakty z innymi, czerpiąc z tego satysfakcję, pomagać innym, dzielić się własnym problemami, nie mają trudności z szeroko pojętym funkcjonowaniem w roli partnera czy partnerki.

W przeciwny sposób należy scharakteryzować studentów kierujących się w rozwiązywaniu sytuacji trudnych emocjami, gdzie obserwuje się obniżenie kompetencji społecznych w wymiarze ogólnym, jak i w sytuacjach związanych z ekspozycją społeczną i wymagających asertywności. Otrzymane wyniki pozwalają pozytywnie się ustosunkować do przyjętej hipotezy, która znalazła potwierdzenie w niniejszych badaniach. Można zatem mówić o wyraźnej potrzebie kształtowania u osób z niepełnosprawnością wzrokową zadowalającego poziomu kompetencji społecznych jako istotnego zasobu radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Nabycie wysokiego poziomu kompetencji społecznych, czemu może sprzyjać np. uczestniczenie w spektaklach szkolnych czy przemawianie na forum klasy, ułatwi tym osobom radzenie sobie w sytuacjach trudnych, w których będą podchodzić do zaistniałego problemu jak do nowego, ciekawego wyzwania, a nie jak do przeszkody.

Zaprezentowane wyniki pozwalają optymistycznie patrzeć na możliwości studentów z niepełnosprawnością wzrokową, ponieważ potencjał, jakim dysponują, skłania do pozytywnych ocen ich szans na autonomiczne i satysfakcjonujące funkcjonowanie w środowisku społecznym, w tym także akademickim. Wyrazem tego jest ciągle wzrastająca liczba osób z niepełnosprawnością wzrokową na uczelniach wyższych, gdzie mogą rozwijać się we wszystkich zakresach swojego funkcjonowania, m.in. włączając się aktywnie w realizowany proces dydaktyczny, angażując się w działalność organizacji studenckich, podejmując inicjatywy na rzecz studentów z niepełnosprawnością i całej społeczności akademickiej. Dzięki takim działaniom nie tylko mogą rozwijać swoje umiejętności, pokonywać własne ograniczenia, lecz także przyczyniać się do zmiany wizerunku osób z niepełnosprawnością wzrokową, a zwłaszcza wyeliminowania stereotypowych opinii, które prowadzą do kształtowania się niewłaściwych postaw społecznych wobec tych osób.

Z dostępnych analiz wynika, że największą barierą uniemożliwiającą podejmowanie pracy przez osoby z niepełnosprawnością wzrokową są właśnie negatywne postawy pracodawców (B. O'Day, 1999). Zmiana tych postaw jest trudna,

ale możliwa. Kształcenie integracyjne, również realizowane na poziomie akademickim, doskonale włącza się w ten nurt. Stwarza bowiem osobom niepełnosprawnym możliwość przebywania w środowisku pełnosprawnych rówieśników, czyniąc obie strony równorzędnymi partnerami. A przecież to właśnie wielu absolwentów uczelni wyższych, zajmując w przyszłości kierownicze stanowiska, będzie decydować o zatrudnieniu innych osób, zarówno pełno-, jak i niepełnosprawnych.

Mając na uwadze zasygnalizowane problemy, w następnych badaniach warto byłoby przeanalizować rolę innych zasobów osobistych w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych przez studentów z niepełnosprawnością wzrokową. Wskazane byłoby także poszerzenie zakresu poszukiwań badawczych, uwzględnienie liczniejszej grupy respondentów i młodszych grup wiekowych, tzn. uczniów szkół średnich i gimnazjalistów z niepełnosprawnością wzrokową; w ich przypadku własne efektywne umiejętności zaradcze są „kluczem" do dalszego rozwoju we wszystkich dostępnych im sferach, zwłaszcza jeśli chodzi o nawiązywanie satysfakcjonujących relacji z pełnosprawnymi rówieśnikami.

Bibliografia

Agryle, M. (2002). *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Borecka-Biernat, D. (2006). *Strategie radzenia sobie młodzieży w trudnych sytuacjach społecznych*. Wrocław: Wydawnictwo UWr.

Borkowski, J. (2003). *Podstawy psychologii społecznej*. Warszawa: Elipsa.

Byra, S. (2008). Kompetencje społeczne studentów z ograniczoną sprawnością. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, *2*, 46–65.

Byra, S., Mazur-Szabała, B. (2006). Wybrane korelaty radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez studentów z niepełnosprawnością narządu ruchu. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Pedagogika – Psychologia*, *19*, 161–172.

Byra, S., Parchomiuk, M. (2007). Zasoby radzenia sobie ze stresem studentek z niepełnosprawnością. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, *4*, 3–20.

Czechowska-Biegula, M., Tychmanowicz, M. (2008). Kompetencje społeczne studentów niepełnosprawnych. Możliwości wspomagania i rozwoju. W: Z. Palak, A. Bujnowska (red.), *Kompetencje pedagoga specjalnego. Aktualne wyzwania teorii i praktyki*. (s. 247–255). Lublin: UMCS.

Groomes, D.A.G., Leahy, M.J. (2002). The relationships among the stress appraisal process, coping disposition, and level of acceptance of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *46(1)*, 15–24.

Heiman, T., Kariv, D. (2004). Coping experience among students in higher education. *Educational Studies*, *30(4)*, 441–455.

Heszen, I. (2005). Kliniczna psychologia zdrowia. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. (s. 222–243). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Heszen-Niejodek, I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3*. (s. 465–492). Gdańsk: GWP.

Hobfoll, S. (2006). *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: GWP.

Kef, S. (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairments and Blindness*, 96(1), 22–37.

Kirenko, J., Sarzyńska, E. (2010). *Bezrobocie – niepełnosprawność – potrzeby*. Lublin: UMCS.
Kirsten, J. (2004). Integracja społeczna osób niepełnosprawnych a ich automarginalizacja. W: G. Dryżałowska, H. Żuraw (red.), *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych*. (s. 99–106). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.
Konarski, S. (2006). Kluczowe znaczenie kompetencji społeczno-psychologicznych we współczesnych koncepcjach i praktyce systemów edukacji ekonomistów i menadżerów. W: S. Konarski (red.), *Kompetencje społeczno-psychologiczne ekonomistów i menadżerów*. (s. 7–21). Warszawa: SGH.
Kuczyńska, A., Janda-Dębek, B. (2001). Psychologiczne aspekty ciała a style radzenia sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*. (s. 157–167). Wrocław: Wydawnictwo UWr.
Kurtek, P. (2005). Regulacyjna rola poczucia umiejscowienia kontroli w radzeniu sobie młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną lekkiego stopnia w sytuacjach trudnych. *Przegląd Psychologiczny*, *3*, 277–294.
Lis-Turlejska, M. (1998). *Traumatyczny stres: koncepcje i badania*. Warszawa: IP PAN.
Łobocki, M. (2003). *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Makowska, H., Poprawa, R. (2001). Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*. (s. 71–102). Wrocław: Wydawnictwo UWr.
Matczak, A. (2001). *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych*. Warszawa: PTP.
McBroom, L.W. (1997). Making the grade: college students with visual impairments. *Journal of Visual Impairments and Blindness*, *91*, 261–270.
Nęcka, E. (2003). *Inteligencja: geneza, struktura, funkcje*. Gdańsk: GWP.
O'Day, B. (1999). Employment barriers for people with visual impairments. *Journal of Visual Impairments and Blindness*, *93*, 627–642.
Oleś, M., Steuden, S., Klonowski, P., Chmielnicka-Kutner, E., Gajda, T., Puchalska-Wasyl, M., Sobol-Kwapińska, M. (2002). Metody badania jakości życia i psychospołecznego funkcjonowania chorych z zaburzeniami widzenia. W: P. Oleś, S. Steuden, J. Toczołowski (red.), *Jak świata mniej widzę*: *zaburzenia widzenia a jakość życia*. (s. 51–68). Lublin: KUL.
Ostrowska, A. (2003). Kompetencje społeczne osób niepełnosprawnych – bariery dorosłości. W: K. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczu pedagogiki specjalnej*. (s. 51–60). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
Pisula, E. (1996). Radzenie sobie ze stresem przez młodzież upośledzoną umysłowo i w normie intelektualnej. *Psychologia Wychowawcza*, *1*, 30–37.
Poprawa, R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*. (s. 103–141). Wrocław: Wydawnictwo UWr.
Szabała, B. (w druku). Kompetencje społeczne studentów z niepełnosprawnością sensoryczną. W: Z. Palak, D. Chimicz, A. Pawlak (red.), *Wielość obszarów we współczesnej pedagogice specjalnej*. (s. 1–14). Lublin: UMCS.
Terelak, J.F. (2008). *Człowiek i stres. Koncepcje – źródła – reakcje – radzenie sobie – modyfikatory*. Bydgoszcz–Warszawa: Branta.
Wagner, E. (2004). Development and implementation of a curriculum to develop social competence for students with visual impairments in Germany. *Journal of Visual Impairments and Blindness*, *98(11)*, 703–710.
Wrześniewski, K. (2000). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu*. (s. 44–64), Katowice: Wydawnictwo UŚ.

RADZENIE SOBIE W SYTUACJACH TRUDNYCH A KOMPETENCJE SPOŁECZNE STUDENTÓW Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKOWĄ

Streszczenie

W artykule podjęto rozważania nad problemem radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez studentów z niepełnosprawnością wzrokową w kontekście posiadanych przez nich kompetencji społecznych. Otrzymane wyniki pokazały, że badana młodzież akademicka w sytuacji trudnej wyraźnie preferuje styl skoncentrowany na zadaniu i cechuje się zadowalającym poziomem kompetencji społecznych, zarówno w wyniku ogólnym, jak i w poszczególnych zakresach. Kompetencje społeczne są ważnym zasobem w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi. Preferowanie stylu zadaniowego współwystępuje z wyższym poziomem kompetencji społecznych, podobnie jak preferowanie stylu unikowego, zwłaszcza opartego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Dominacja stylu skoncentrowanego na emocjach wiąże się natomiast z niższą skutecznością w funkcjonowaniu społecznym.

Słowa kluczowe: radzenie sobie w sytuacjach trudnych, kompetencje społeczne, niepełnosprawność wzrokowa, studenci

COPING STRATEGIES AND SOCIAL COMPETENCE OF STUDENTS WITH VISUAL IMPAIRMENTS

Summary

The article deals with the problem of coping with difficult situations by students with visual impairments in the context of their social competence. The results obtained reveal that university students clearly prefer a task-oriented style in difficult situations, and are marked by a satisfactory level of social competence both in their general results and in individual aspects. Social competence is an important resource in coping with difficult situations. The preference of the task-oriented style co-occurs with a higher level of social competence, just as the preference of the avoidance coping style, especially the style based on the search for social contact. The dominance of the emotion-focused coping style is associated with lower effectiveness in social functioning.

Key words: coping, social competence, visual impairments, students

POLEMIKI I RECENZJE

Michał Skrzypek (2011). *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej.* Lublin: Wydawnictwo KUL

Muszę przyznać, że zainteresowania badawcze i wizja socjologii medycyny, które odnajduję w książce Michała Skrzypka, są mi bardzo bliskie. Wynika to z dwóch powodów. Po pierwsze, z mojego przede wszystkim psychologicznego, a dopiero w drugiej kolejności socjologicznego wykształcenia – stąd perspektywę badawczą stawiającą w centrum chorego człowieka, a nie uprzedmiotowiający go system medyczny, uważam za szczególnie ważną, potrzebną i cenną. Drugi powód to fakt, że pracując w kierowanym przez prof. Magdalenę Sokołowską Zakładzie Socjologii Zdrowia i Medycyny Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, byłam świadkiem rozwoju nowej wówczas w Polsce dyscypliny naukowej – socjologii medycyny. Z wielkim uznaniem i wdzięcznością odbieram więc pieczołowitą rekonstrukcję historii i dokonań polskiej socjologii medycyny, reprezentowanej przez prof. Sokołowską i wielu moich kolegów, oraz przedstawienie tych dokonań jako części dorobku światowego, opisywanego w książce. Dzięki znakomitemu obeznaniu autora z tymże dorobkiem zaprezentowane przez niego osiągnięcia polskich socjologów medycyny zyskują należną im, a być może nie w pełni docenianą, rangę. W Michale Skrzypku, który, podobnie jak Magdalena Sokołowska, z wykształcenia jest przede wszystkim lekarzem, a w drugiej kolejności – socjologiem, widzę godnego następcę i twórczego kontynuatora uprawianej przez nią dyscypliny.

Oceniając od strony formalnej potężną objętościowo i treściowo książkę, trzeba powiedzieć, że publikacja ta – licząca blisko 500 stron, składająca się z 8 rozdziałów, obszernego wstępu, zakończenia i bibliografii obejmującej prawie 680 pozycji głównie anglojęzycznych – jest dziełem skonstruowanym logicznie i precyzyjnie, aczkolwiek w sposób, który określiłabym jako meandryczny. Wielokrotnie pojawiają się w kolejnych rozdziałach ci sami autorzy, ale zarzut, że autor się powtarza, byłby na ogół nietrafny, ponieważ niemal za każdym razem ukazuje on jakiś nowy, ciekawy aspekt omówionego już, zdawałoby się, wcześniej problemu. Pojawiające się powtórzenia – dotyczące np. różnic pomiędzy podejściem funkcjonalno-strukturalnym a interakcjonistyczno-interpretatyw-

nym – mają często walor dydaktyczny, co umożliwia lepsze zrozumienie i zapamiętanie wywodów autora.

Przejdźmy do merytorycznego wymiaru książki. Już sam tytuł zapowiada treść niecodzienną – na gruncie zarówno polskiej medycyny, jak i polskiej socjologii medycyny. Autora interesuje perspektywa chorego, co najmniej niedostrzegana, niedoceniana czy wręcz często lekceważona w polskiej i nie tylko polskiej medycynie. Ponadto, socjologia choroby przewlekłej, sygnalizowana w drugim członie tytułu, jest absolutnym *novum* w polskiej socjologii medycyny. Nie oznacza to, rzecz jasna, że polscy socjologowie medycyny nie zajmowali się w ogóle chorobami przewlekłymi – *vide*: klasyczne zastosowania socjologii w medycynie, pokazujące m.in. społeczno-kulturowe wymiary i uwarunkowania niepełnosprawności, chorób nowotworowych czy układu krążenia. Nie było jednak dotąd w polskiej socjologii zdrowia, choroby i medycyny prób zbudowania od podstaw nowej subdyscypliny, jaką jest socjologia choroby przewlekłej.

Zamysł ten autor urzeczywistnia w swej rozprawie z podziwu godną sumiennością i dociekliwością, wykazując się przy tym niezwykłą erudycją, która – jak napisała w recenzji wydawniczej prof. Antonina Ostrowska – przekracza wszystkie znane jej (i mnie również) opublikowane prace z zakresu socjologii medycyny. Wyznaczenie sobie takiego celu uzasadnia Skrzypek we wstępie, wskazując na zjawisko postępującej rewolucji biotechnologicznej w medycynie i redukcjonistycznych tendencji poszukiwania w chorobie wyłącznie uwarunkowań biogenetycznych i neurobiologicznych. Grozi to w procesie leczenia zagubieniem człowieka i jego psychiki, a więc psychospołecznych i „typowo ludzkich" wymiarów jego chorowania.

Rozdział 1. rozprawy pokazuje zjawisko choroby jako pierwotne pole badań socjometrycznych. Dokonując wnikliwej, krytycznej analizy relacji między medycyną a socjologią i pokazując ich teoretyczne meandry, autor nakreśla tu historię rozwoju socjologii medycyny od jej oficjalnych początków, a więc od socjologii w medycynie, poprzez socjologię o medycynie (koncepcje Roberta Strausa) aż do socjologii z medycyną (koncepcja Gordona Horobina). W rekonstrukcji tej nie mogło oczywiście zabraknąć krytycznej analizy wkładu Talcota Parsonsa i jego strukturalno-funkcjonalnej koncepcji „roli chorego" oraz znaczenia działalności Davida Mechanica, który w swoich badaniach nad sposobem zachowania w chorobie zapoczątkował znamienny zwrot w kierunku socjologii rozumiejącej.

W rozdziale 2. autor zaznacza kroki milowe w badaniach nad doświadczaniem choroby. Odnajdziemy tu niezwykle wnikliwą analizę zawartości treściowej klasycznych pojęć występujących w amerykańskiej i brytyjskiej socjologii medycyny, takich jak *disease*, *illness*, *sickness*, oraz praktycznych konsekwencji ich zastosowania na gruncie medycyny. W analizie tej, pokazującej kopernikański iście zwrot – od definiowania choroby jako obiektywnie istniejącego fenomenu identyfikowanego za pomocą metod przyrodniczych do traktowania jej

jako zjawiska ujmowanego bardziej w konwencji antropologii medycyny, a więc będącego konstruktem społeczno-kulturowym – za bardzo trafne i ciekawe uważam obfite czerpanie autora z dorobku antropologii medycznej. Dyscyplinę tę traktuje autor jako komplementarną – a nie konkurencyjną – w stosunku do socjologii medycyny, pokazując przekonująco jej potencjał i możliwości interpretacyjne w analizach doświadczania i doświadczenia choroby.

W rozdziale 3. autor koncentruje się na dookreśleniu pojęcia choroby przewlekłej, prezentując sposób jego rozumienia w medycynie i socjologii oraz wskazując, że zarówno jedno, jak i drugie ujęcie grzeszy brakiem precyzji i specyficzności, co budzi nieufność po obu stronach – i medyków, i socjologów. Bardzo ciekawe były dla mnie w tym kontekście niemedyczne definicje choroby przewlekłej, przywołane za Burym, Straussem i Corbin, Conradem, a zwłaszcza za Frankiem i Sontag, którzy traktują chorobę przewlekłą jako „doświadczenie egzystencjalnie znaczące", „opowieść" czy metaforę podróży pomiędzy królestwem zdrowia a królestwem choroby – podróży wymagającej ciągłego odnawiania wizy i odczytywania sensu choroby w kontekście osobistej biografii.

Rozdział 4. dotyka już bezpośrednio głównego tematu książki, tzn. socjologii doświadczenia choroby przewlekłej. Autor wychodzi od pierwotnego ujęcia tej kwestii zawartego w klasycznej książce Anselma Straussa i Berneya Glasera *Chronic Illness and the Quality of Life*, a następnie analizuje mniej lub prawie wcale nieznane w Polsce badania Rotha (który na własnym przykładzie analizował doświadczenie „życia z gruźlicą") i Daviesa (opisującego doświadczenia rodzin dzieci chorujących na *poliomyelitis*). Na koniec przywołuje i analizuje wnikliwie kolejne badania Straussa oraz jego współpracowników i kontynuatorów (Glasera i Corbin oraz Riemanna i Schützego) nad koncepcją trajektorii. Mimo że koncepcja ta jest lepiej znana w polskiej socjologii medycyny, autor misternie odtwarza jej kolejne wersje i przemiany, uwypuklając nośność i przydatność tej koncepcji do analizowania nie tylko procesu umierania, do czego pierwotnie miała służyć, lecz także zjawisk przewlekłego chorowania i sposobów radzenia sobie z nimi samych chorych, ich rodzin i profesjonalistów medycznych. Pojawiły się w tym kontekście interesujące rozważania nad taktykami i strategiami normalizacyjnymi (pozwalającymi na prowadzenie możliwie normalnego życia pomimo objawów choroby), nad „pracą nad chorobą" oraz „pracą nad biografią".

Rozdział 5. przynosi podbudowanie i rozwinięcie zasygnalizowanej wcześniej koncepcji „pracy nad biografią", której ważnym z psychosocjologicznego punktu widzenia elementem są relacje interpersonalne i konieczność wpisania doświadczenia choroby w osobistą biografię osoby chorej – które to doświadczenie ma moc przekształcenia w dobrym lub niedobrym kierunku tożsamości chorego. Niezwykle ciekawe były dla mnie w tym kontekście przywoływane przez autora koncepcje choroby jako „zakłócenia biograficznego" (Bury), trójelementowa kategoryzacja sposobów doświadczania choroby przewlekłej (Charmaz)

jako zdarzenia przerywającego ciągłość życia, natrętnego, mogącego doprowadzić do pogrążenia się w chorobie, utraty „ja" i kurczenia się społecznych światów, a także (tej samej autorki) koncepcja „zmienionego" (chorobą) ciała oraz nielinearne koncepcje adaptacji do niepełnosprawności – wahadłowa rekonstrukcja „ja" i tożsamości (Moshida) oraz model zmieniających się perspektyw (Paterson). Na końcu tego rozdziału pojawiają się analizy dotyczące genderowych uwarunkowań przeżywania choroby.

W rozdziale 6. dochodzą do głosu wątki teoretyczno-metodologiczne pokazujące „zwrot narratywistyczny" w humanistyce, który na terenie socjologii określany jest mianem postpozytywistycznego zwrotu interpretatywnego. Zwrot ten zainspirowany został ludzką potrzebą rozumienia i wyjaśniania zdarzeń, nadawania sensu i komunikowania się, co na gruncie antropologii medycyny i socjologii medycyny znalazło swój wyraz w *illness narratives*, a więc opowieściach o sposobach doświadczania choroby, ale także potrzebą swoistego dla danego socjo-kulturowego kontekstu sposobu rozumienia i interpretacji zjawiska choroby, jej objawów, związanego z nią cierpienia i metod radzenia sobie z nimi. *Illness narratives* dają więc wgląd w sposoby doświadczania choroby wymykające się tradycyjnym ujęciom biomedycznym. Zdaniem autora, uwzględnienie *illness narratives* i zrozumienie ich społeczno-kulturowego kontekstu ma wielkie znaczenie dla humanizacji nauk medycznych, ponieważ dzięki temu pojawia się szansa na dowartościowanie perspektywy chorego, zrozumienie, w jaki sposób doświadcza on choroby i jakie miejsce zajmuje ona w jego biografii i życiu codziennym.

Zrozumienie to potrzebne jest nie tylko personelowi medycznemu, lecz także nam wszystkim, czyli Freidsonowskim laikom. Dzięki uspołecznieniu indywidualnego doświadczenia choroby (m.in. poprzez Internet – zob. portal „Podziel się swoją chorobą"), włączeniu go do „normalnego świata wspólnych doświadczeń", problemy ludzi chorych i niepełnosprawnych stają się częścią publicznego dyskursu, są bardziej znane i lepiej rozumiane. „Uprawdopodabnia to wystąpienie współczujących ludzkich reakcji" (s. 299), wsparcia społecznego, m.in. w postaci wirtualnych laickich diagnoz i ekspertyz oraz krytycznej oceny profesjonalnych działań lekarskich. Odradza się w ten sposób i zyskuje na znaczeniu Freidsonowski *lay referral system* zepchnięty do narożnika przez biomedycynę w jej zmedykalizowanym, imperialistycznym wydaniu – dzięki czemu następuje ciekawe, nowe zjawisko upodmiotowienia chorego poprzez Internet i dzięki niemu.

W rozdziale 7. autor podejmuje próbę stworzenia teoretycznych podstaw socjologii doświadczenia choroby w kontekście paradygmatu interakcjonistyczno-interpretatywnego. W moim odczuciu rozdział ten zawiera głównie powtórzenia treści już wcześniej naświetlonych i poza interesującą kwestią socjologii choroby niepewnej – dowartościowującym tym razem biomedycynę i jej kompetencje diagnostyczne – nie umiałam się w nim doszukać nowych zagadnień uzupełniających w istotny sposób to, co zostało powiedziane wcześniej.

Rozdział 8. – ostatni – również przynosi pewne powtórzenia, dotyczące m.in. przemian pola badawczego socjologii medycyny i dominujących w tych polach orientacji teoretycznych i metodologicznych oraz wkładu polskich socjologów medycyny w promowanie perspektywy chorego. Jednakże znalazły się w tej części także ciekawe rozważania na temat przyszłości socjologii doświadczenia choroby, kładące nacisk na kontekstualne, socjo-kulturowe uwarunkowania sposobów doświadczania choroby – m.in. takie, jak wiek, płeć, położenie społeczne, kultura i typowo ludzkie wartości duchowe. Poza tym, zdaniem autora, wyzwaniem polskiej dyscypliny i szansą jej rozwoju byłyby badania interdyscyplinarne (podejmowane zwłaszcza w „tandemie" socjologii medycyny i antropologii medycyny), skoncentrowane na etnografii doświadczania zarówno choroby, jak i zdrowia. Ingerencje medycyny, obecnie nakierowane coraz częściej nie tylko na zwalczanie chorób, lecz także na korekty i doskonalenie zdrowych ludzkich ciał (*body projects*), mają swoje konsekwencje zasługujące na pogłębione badania.

Warto także w tym kontekście zwrócić uwagę na sygnalizowany przez współczesnych socjologów medycyny problem odpowiedzialności medycyny za budowanie zhumanizowanego modelu opieki nad chorym przewlekle – modelu opartym na całościowej, a nie tylko zrelatywizowanej do choroby, biografii chorego, na empatii, wsłuchiwaniu się w głos pacjenta i dialogu z nim, na budowaniu i chronieniu potencjału zdrowia, wspieraniu aktywności osób chorujących i podnoszeniu jakości ich życia. Postulaty te omawiane są pod hasłem socjologii doświadczania choroby w działaniu i podmiotowo-aktywistycznego (wolałabym raczej podmiotowo-aktywnego) modelu przewlekłego chorowania. Aby zrealizować taki model, potrzebne jest zarówno wyposażenie lekarzy w kompetencje psychospołeczne (przed czym na ogół się bronią), jak i szersze włączenie do zespołów terapeutycznych w zakresie nauk o zachowaniu. Pojawiła się w związku z tym ciekawa propozycja Amerykańskiego Towarzystwa Socjologicznego utworzenia nowej specjalności na pograniczu socjologii i medycyny, a mianowicie socjologii klinicznej, ukierunkowanej na poprawianie jakości życia.

Podsumowując, nie mam wątpliwości co do teoretycznej i praktycznej wartości recenzowanej książki. Autor zbudował w niej tożsamość nowej subdyscypliny socjologii medycyny – socjologii choroby przewlekłej. Jej rodowód wywiedziony jest logicznie i precyzyjnie z wnikliwie przeanalizowanej historii socjologii medycyny i opisany w kontekście klasycznych nurtów socjologii ogólnej – funkcjonalno-strukturalnego i interakcjonistyczno-interpretatywnego. Należy podkreślić erudycję autora i swobodę, z jaką porusza się on w literaturze przedmiotu, przywołując zarówno klasyczne dzieła, jak i wiele mniej znanych lub w ogóle nieznanych w Polsce pozycji autorstwa światowych autorytetów w tej dyscyplinie, rekonstruując krytycznie ich poglądy i pokazując historyczny rozwój socjologii medycyny. Wielkim walorem pracy jest wydobycie, właściwe usytuowanie i dowartościowanie osiągnięć polskich socjologów medycyny z Magdaleną Sokołowską na czele.

Poza warstwą teoretyczną, książka zawiera wiele interesujących i ważnych implikacji oraz postulatów praktycznych, co do modelu uprawiania medycyny i traktowania chorego, zwłaszcza chorującego przewlekle. Głęboko humanistyczne, dowartościowujące pacjenta spojrzenie na sposób doświadczania przez niego choroby jawi się wręcz jako imperatyw kategoryczny.

Anna Firkowska-Mankiewicz

Alicja Szerląg (red.). (2010). *Health in pedagogical discourses and school practices. Selected perspectives.* Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls

Istnieje co najmniej kilkadziesiąt, jeżeli nie kilkaset definicji zdrowia. Zgodnie z konstytucją WHO z 1946 r. zdrowie jest to „stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania". W ostatnich latach definicję tę dodatkowo uzupełnia się o takie elementy, jak zdolność do „prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego", a także wymiar duchowy. Zdrowie zaczęło zatem być postrzegane jako zagadnienie interdyscyplinarne, obejmujące różne sfery: społeczną, kulturową, ekonomiczną i, oczywiście, edukacyjną. Nauczyciele – obligowani planem wychowawczym – są tym zagadnieniem bezsprzecznie zainteresowani, choćby z uwagi na konieczność prowadzenia zajęć wychowawczych na ów temat. Zdrowie uznawane jest obecnie nie tylko za wartość indywidualną, lecz także za poważny kapitał społeczny – stąd postulowana naturalna rola szkolnictwa w procesie kształtowania postaw prozdrowotnych.

W tym kontekście warto odnotować interesującą publikację, adresowaną – zgodnie z sugestią redaktora naukowego dr hab. Alicji Szerląg – do studentów nauk pedagogicznych, społecznych i medycznych oraz do specjalistów zajmujących się tematyką zdrowia publicznego. *Health in pedagogical discourses and school practices* to pozycja anglojęzyczna, która jest owocem pracy licznych badaczy, naświetlających problem zdrowia z wielokierunkowych perspektyw. Autorzy rekrutują się z ośrodków polskich (Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Politechniki Opolskiej i Specjalistycznego Centrum Rehabilitacyjnego) oraz czeskiego uniwersytetu w Masaryku i reprezentują różne dziedziny pedagogiki, nauk medycznych, społecznych, historii i innych.

Efektem ich badań jest 16 artykułów, które zgrupowano w trzech częściach omawianej książki. Część pierwsza, zatytułowana „Health in postmodernism" (Zdrowie w postmodernizmie), obejmuje trzy artykuły. Tematem pierwszego jest zdrowie jako wartość w społeczeństwie postmodernistycznym. Różne postrzeganie zdrowia i nieprecyzyjne jego rozumienie w tradycyjnym, specjalistycznym ujęciu medycznym skłaniają do prób opisywania go w szerszym kon-

tekście – jako kapitału, dającego ludziom wiele możliwości. Artykuł drugi, dotyczący subiektywnych wymiarów zdrowia, porusza problematykę zarówno ogólnych, jak i indywidualnych tendencji w jego postrzeganiu. Prezentowaną część zamyka praca poświęcona percepcji zdrowia przez pryzmat funkcjonujących w społeczeństwie metafor. Zdrowie postrzegane jest jako wartość pozytywna w odniesieniu do choroby; artykuł ten stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób człowiek współczesny postrzega zdrowie nie tylko w tym kontekście, lecz także w kontekście kultury, w jakiej żyje.

Część druga składa się z czterech artykułów dotyczących pedagogicznych kontekstów zdrowia. Pierwsza praca uwzględnia perspektywę aktualnych wyzwań stawianych przed społeczeństwem, także w kontekście postępującej integracji z Unią Europejską. Na uwagę zasługuje tu z pewnością przedstawienie narzędzi (SWOT, Delphi) oraz zadań, jakie wobec celów prozdrowotnych stają przed pedagogiką. Kolejny artykuł przedstawia rolę edukacji jako czynnika determinującego indywidualny potencjał zdrowotny w nowoczesnym społeczeństwie wiedzy. Elementem promocji zdrowia jest także edukacja środowiskowa – przekonuje o tym autorka trzeciego artykułu. Ostatnia praca w tej części poświęcona jest zarządzaniu jakością w promocji zdrowia – zagadnienia te przedstawiono w kontekście programu „Gmina promująca zdrowie".

Wydaje się, że najbardziej interesująca dla nauczyciela-praktyka, zatrudnionego w szkolnictwie na różnych poziomach edukacji, jest część trzecia, zatytułowana „Health education in practice" (Edukacja zdrowotna w praktyce). Rozpoczyna ją niezwykle interesujący artykuł badacza czeskiego dotyczący zdrowia i higieny szkolnej stulecie temu. Nieodpowiednie warunki higieniczne, brak bieżącej czystej wody, brak sal gimnastycznych – to tylko niektóre z problemów, z jakimi mierzyła się ówczesna szkoła. Choć wydaje się to dziwne, stosunek szkoły do aktywności fizycznej był wówczas negatywny, a za grę w piłkę można było nawet zostać wydalonym ze szkoły. Podobną perspektywę historyczną prezentuje drugi artykuł. Trzeci dotyczy zaś prawnych uwarunkowań edukacji zdrowotnej w czeskich szkołach podstawowych – w tym sensie wydaje się nieco mniej przydatny dla polskiego odbiorcy. Przedstawiony jest tutaj w zarysie program edukacji prozdrowotnej. Porównanie go z programem polskim może być interesujące dla rodzimego odbiorcy. Rola szkoły jako instytucji promującej rozwój zdrowia społecznego i samo zdrowie społeczne jako element szerszego konstruktu – zdrowia – to tematyka kolejnej pracy czeskiego badacza.

Na szczególną uwagę zasługuje artykuł Marka Jagusza i Pawła F. Nowaka, dotyczący edukacji zdrowotnej w realiach polskiej szkoły. Jest to typowa praca badawcza. Autorzy stawiają cztery pytania, ważne z punktu widzenia praktyka:

1. Jakie są deklarowane przez uczniów źródła edukacji prozdrowotnej?
2. Jak jest postrzegana rola szkoły w edukacji zdrowotnej?
3. Jaką rolę odgrywa w tym procesie nauczyciel?

4. Czy wystarczające jest przygotowanie nauczycieli do prowadzenia tego typu edukacji?

Badanie objęło niemal 1000 uczniów i ponad 120 nauczycieli. Okazuje się, że pod względem ilościowym najistotniejszym źródłem informacji są media, a dopiero potem – kolejno – rodzice, nauczyciele i lekarze oraz koledzy. Szkoła w ocenie uczniów rzadko prowadzi edukację zdrowotną. Optymistyczny może być fakt, że wpływ zajęć wychowania fizycznego został oceniony dość pozytywnie, choć już nauczyciele wychowania fizycznego jako propagatorzy zdrowego stylu życia nie zyskali tak pochlebnej oceny. Swoje przygotowanie do prowadzenia edukacji prozdrowotnej większość nauczycieli oceniła jako przeciętne.

Na uwagę zasługuje również kolejna praca autorstwa Pawła F. Nowaka, dotycząca roli katechetów w kontekście prowadzenia edukacji zdrowotnej. Badanie kwestionariuszowe objęło niemal 230 nauczycieli, spośród których większość wysoko oceniła swoje umiejętności w zakresie promowania zdrowego stylu życia. Rola gimnastyki jako elementu kompleksowego dbania o zdrowie to temat następnego artykułu. Badanie oparto na przeprowadzonej w 2007 r. kampanii prozdrowotnej „Trzymaj się prosto". Tematem przedostatniej pracy jest kształtowanie właściwego stosunku do psów i prawidłowych zachowań wobec tych zwierząt – w kontekście programu edukacyjnego fundacji Dogolandia. Część trzecią kończy artykuł polskiej autorki dotyczący wpływu aktywnego stylu życia na ogólny stan zdrowia i samopoczucie psychiczne. Badanie kwestionariuszowe wykazało, że respondenci postrzegają ruch jako istotny element wpływający na dobrostan psychofizyczny.

Publikacji dotyczących edukacji zdrowotnej jest sporo. Czy istnieje zatem powód, by sięgnąć po omawianą książkę? Wydaje się, że tak. Atutem tej pracy jest niewątpliwie wielokierunkowe i kompleksowe spojrzenie na rolę szkoły i nauczyciela w kształtowaniu postaw prozdrowotnych, czyli budowaniu zasobów, z których czerpią jednostki i społeczeństwo. Oficyna Wydawnicza Impuls, wydając prezentowaną tu monografię, dostarczyła odbiorcom źródła interesujących i – niekiedy – przydatnych w praktyce informacji, pozwalających lepiej sprostać wymaganiom stawianym w zakresie edukacji zdrowotnej. Przeciętny nauczyciel, mający ograniczone kompetencje w tym zakresie, może dzięki temu wzbogacić swoją wiedzę.

Ze względu na swój charakter (zbiór artykułów i tekstów opisujących prace badawcze) książka nie może niestety rościć sobie prawa do bycia przewodnikiem nauczyciela w zakresie edukacji prozdrowotnej. Nie taki cel jej jednak przyświecał. *Health in pedagogical discourses and school practices* będzie ciekawą pozycją na półce wychowawcy, pedagoga, studenta i wszystkich osób interesujących się zdrowiem w kompleksowym jego ujęciu.

Anna Kasprzyk-Dawiec, Mirosław Kiedrowski

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 1(19) 2013

SPRAWOZDANIA, KOMUNIKATY, KRONIKA

ANNA HRYNIEWICKA

POCZĄTKI KSZTAŁCENIA GŁUCHONIEWIDOMYCH W POLSCE ODTWORZONE NA PODSTAWIE HISTORII ŻYCIA KRYSTYNY HRYSZKIEWICZ

27 stycznia 2013 r. w wieku 74 lat zmarła Krystyna Hryszkiewicz, związana szczególnymi więzami z Marią Grzegorzewską, zaliczaną do największych indywidualności w pedagogice polskiej XX wieku.

Do poznania obu pań doszło w 1950 r., kiedy to rodzice jedenastoletniej, wówczas głuchoniewidomej, Krysi szukali dla swojej córki odpowiedniej szkoły, która mogłaby nauczyć ją porozumiewania się z otoczeniem.

Maria Grzegorzewska jako wybitny twórca polskiej szkoły pedagogiki specjalnej oraz oryginalnej koncepcji kształcenia nauczycieli, realizowanej we wzorcowej uczelni pedagogicznej, jaką był PIPS, od dawna interesowała się rewalidacją osób z uszkodzeniami narządów zmysłu. Wśród jej zainteresowań szczególne miejsce zajmowała problematyka niewidomych, której poświęciła obszerną monografię zatytułowaną *Psychologia niewidomych* oraz wiele artykułów opublikowanych w latach 1925–1928 w „Szkole Specjalnej”. Pierwszy tom monografii napisany w 1926 r., na podstawie bogatej literatury francuskiej i niemieckiej oraz własnych obserwacji i przemyśleń, omawia wiele podstawowych zagadnień z zakresu psychologii niewidomych, takich jak np. rola zmysłów, zwłaszcza zmysłów skórnych i tzw. zmysłu przeszkód, teoria zastępstwa zmysłów, percepcja dotykowa i wyobraźnia niewidomych, oraz wyjaśnia za pomocą teoretycznych założeń młodego jeszcze wtedy kierunku, jakim była psychologia postaci, „trudne do wytłumaczenia zjawiska psychiczne z życia niewidomych” (L. Bandura, 1972, s. 33). Pomimo że dalszy ciąg tej publikacji, który jak wynikało z zapowiedzi miał zawierać omówienie „zagadnienia pamięci, wyobraźni, inteligencji, myślenia, uczuć i woli, cech osobowości i zachowania się niewidomych w życiu”, nie ukazał się[1)], to jednak problematyka psychologii

[1)] Z powodu niemożności odtworzenia jego rękopisu, który spłonął w Powstaniu Warszawskim.

niewidomych była obecna również w późniejszym piśmiennictwie Grzegorzewskiej (M. Żebrowska, 1972, s. 58). Można odnaleźć ją zarówno w studiach o charakterze wyraźnie psychologicznym, jak i w szerszych rozważaniach pedagogicznych, spośród których na szczególną uwagę zasługują opracowania pt.: *Schematy dotykowe u niewidomych*[2)] (1922/23), *Opieka wychowawcza nad niewidomymi i głuchociemnymi* (1931), *Nauczyciel niewidomy* (1937), *Zjawisko kompensacji u niewidomych i głuchych* (1959), *Podstawy pracy chronionej dla dzieci w szkole dla niewidomych (z punktu widzenia ochrony wzroku)* (1959)[3)].

Nawet pobieżna analiza zawartych w nich treści wskazuje, że przedmiotem teoretycznej refleksji Grzegorzewskiej były nie tylko problemy z zakresu psychologii niewidomych, ale także głuchych i głuchoniewidomych. Między innymi już w *Psychologii niewidomych* oraz w „Szkole Specjalnej" z przełomu 1927/28 r. zajmowała się psychiczną strukturą osób pozbawionych przez naturę wzroku i słuchu. Do tej problematyki wróciła po latach w kilku artykułach pedagogicznych: *Nowe drogi w nauczaniu głuchoniemych* (1932/33), *Szkoły i zakłady wychowawcze dla głuchoniemych, niewidomych i głuchociemnych* (1933) oraz *Wyobrażenia zastępcze jako jedne ze swoistych form kompensacji w przystosowaniu się głuchych do świata słyszących* (1959).

Mimo dobrego rozeznania w systemie specjalistycznej opieki wychowawczej dla osób niepełnosprawnych, Grzegorzewska dopiero po trzech latach poszukiwań ostatecznie zdecydowała, że najlepszym rozwiązaniem dla Krysi będzie pobyt w Zakładzie dla Dzieci Niewidomych w Laskach pod Warszawą. Twórcą i jednocześnie kierownikiem tego Zakładu była pochodząca z arystokratycznej rodziny Matka Elżbieta-Róża Czacka (1876–1961), która jako osoba niewidoma założyła w 1910 r. Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi, a w 1918 r. Zgromadzenie Sióstr Franciszkanek Służebnic Krzyża, stawiające sobie za cel „wynagrodzenie za duchową ślepotę świata i służbę niewidomym"[4)] (J. Stabińska 1981, s. 75).

Pod opiekę sióstr z tego zgromadzenia[5)] trafiła Krysia, która z powodu przebytego w 15. m. ż. zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych „z recydywą" pozba-

[2)] Grzegorzewska zgodnie z obowiązującym wtedy nazewnictwem posługiwała się terminem „głuchociemny" na określenie osób głuchoniewidomych.

[3)] Szczegółowe dane bibliograficzne znajdują się w: B. Krauze, 1985, s. 212–245.

[4)] Począwszy od roku 1910, dzięki Róży Czackiej, powstawały w Warszawie placówki opieki zdrowotnej uwzględniające potrzeby wszystkich niewidomych: schronisko dla dziewcząt starszych z warsztatem, przedszkole, szkoła powszechna z internatem dla dziewcząt i szkoła powszechna dla chłopców, warsztat dla mężczyzn, dom opieki dla staruszek, biblioteka brajlowska i biuro przepisywania książek. Od 1921 r., kiedy Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi zagospodarowało otrzymany dar w postaci 5 morgów ziemi w miejscowości Laski, przeniesiono tam wszystkie placówki z Warszawy poza biurami oraz pomieszczeniami przeznaczonymi dla dorosłych niewidomych pracujących zarobkowo w warsztatach (A. Gościmska, 1983).

[5)] Matka Czacka od początku współpracowała w dziedzinie tyflopegagogiki z Grzegorzewską, jej wychowawcy studiowali w PIPS, a ona sama zamieściła kilka swoich artykułów w „Szkole Specjalnej" (E. Tomasik, 1998, s. 279).

wiona była wzroku, słuchu i możliwości korzystania z mowy. W momencie przyjazdu do Lasek trudno było ocenić jej poziom rozwoju. Niewiele rzeczy umiała określić. Posługiwała się znakami sygnalizującymi potrzebę jedzenia, picia i spania. Miała znak na określenie matki (dwukrotne głaskanie się po wierzchu dłoni), ojca (znak wysokiego wzrostu), babci (dotknięcie ręką policzka), dziadka (znak wąsów). Określała też pojęcia „duży" i „mały", pokazując ręką wysokość rzeczy, o które jej chodziło. Znajomość niektórych rzeczy ilustrowała „w sposób aktorski, całym ciałem odgrywając to, co się zdarzyło, co dotarło do jej świadomości; np. chęć pójścia na spacer wyrażała naśladując dłonią stawianie kroków (...). Rzeczy nie znane z nazwy, nie określone żadnym znakiem", były jednak w jej umyśle. Stanowiły one „okruchy jakiejś wiedzy praktycznej", powstałej z tego, co zdołała w ciągu 14 lat życia „chwycić za rękę, w jakiś sposób zrozumieć przydatność danego kontekstu". Takich rzeczy było wiele. Ujawniły się one dopiero z biegiem czasu, gdy już w Laskach poznawała ich nazwę i przeznaczenie (E. Jezierska, 1963, s. 63).

Używane przez Krysię znaki, jak np. znak „Mamy" lub „Babki", dowodziły, że „choć głuchociemna i nie uczona, jest w stanie kojarzyć konkret ze znakiem i dać o nim znać bez dotykania go w chwili, gdy o nim myśli" (tamże, s. 64). To kojarzenie dotyczyło nawet złożonych sytuacji, np. kiedy była zła, drapała lewą dłoń od wewnątrz. Tego typu emocje przejawiała często. „Bystra z natury, szybko zorientowała się, że wszystko jej wolno. Nie czując nad sobą mocnej, konsekwentnej ręki, wyrosła na dużą, samowolną dziewczynkę", która nauczyła się żądać, wymagać i zmuszać, która tyranizowała matkę i otoczenie „krzykiem, zmuszając do wykonania swej woli" (tamże, s. 65).

Z takim dzieckiem siostra Emmanuela Jezierska, wspomagana przez siostrę Ludwikę Krupę podjęła intensywną 10-letnią rewalidację, którą określiła jako „naukę wszystkiego". Ze spisanych przez nią spostrzeżeń poczynionych w trakcie pierwszych 6 lat pracy powstał „jak gdyby dziennik rozwoju" Krystyny Hryszkiewicz, sporządzony w formie krótkich notatek, najczęściej codziennych, który w połączeniu z opisem stosowanych metod „może służyć jako cenny materiał źródłowy dla wielu prac naukowych" (M. Grzegorzewska, 1963, s. 52).

Inicjatorką i konsultantką procesu rewalidacji, a także osobą, która przyczyniła się do opracowania danych obserwacyjnych w formie książki i „nie szczędziła nigdy sił ni trudu, by służyć swą radą i wiedzą", była Maria Grzegorzewska (E. Jezierska, 1963, s. 57). Była ona równocześnie autorką obszernego wstępu do książki, stanowiącego rodzaj interesującego studium psychologicznego przebiegu rozwoju i wychowania kilkorga innych głuchoniewidomych dzieci, m.in. Laury Bridgman (1829–1889), Heleny Keller (1880–1968), Marty Heurtin (1885–...) oraz Olgi Skorochodowej (1914–...)[6]. Charakteryzując te dzieci, Grzegorzewska „zwraca uwagę nie tylko na metody ich wychowania rewalidacyjne-

[6] Z M. Heurtin oraz O. Skorochodową Grzegorzewska zetknęła się osobiście.

go, ale także, a może przede wszystkim, na analizę psychologiczną ich rozwoju – zwłaszcza na kształtowanie mowy i myślenia pojęciowego, na mechanizm zmiany ich reakcji i postaw emocjonalnych w miarę rozszerzania się i pogłębiania możliwości kontaktu społecznego z ludźmi, na przemiany w sferze motywacyjnej itp." (M. Żebrowska, 1972, s. 60).

Analiza historii życia wspomnianych osób wskazuje wyraźnie, że osiągnęły one dosyć wysoki poziom kultury osobistej i adaptacji społecznej[7]. „Stało się to możliwe nie tylko dzięki stosowanej metodzie pracy i własnemu dynamizmowi rozwojowemu tych jednostek, ale przede wszystkim dzięki wysokim wartościom umysłu, serca i charakteru ich nauczycieli, którzy – począwszy od dr Samuela Howe'a[8] – z początku w zupełnych prawie ciemnościach szukali dróg adaptacji odpowiadających potrzebom ludzi głuchociemnych" (M. Grzegorzewska, 1963, s. 51).

W podobnych „ciemnościach" przebiegało poszukiwanie odpowiedniej metody rewalidacji Krystyny Hryszkiewicz. Taką próbę podjęło Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi w Zakładzie dla Niewidomych w Laskach, które zapoczątkowało w Polsce kształcenie głuchoniewidomych. Siostra Jezierska, która prowadziła rewalidację Krysi przyjęła założenie, iż tym, co najbardziej wpłynie na wzbogacenie rozwoju, będzie uczenie jej komunikowania się z otoczeniem za pośrednictwem:

– mowy znaków za pomocą gestów, zw. znakami migowymi,
– mowy (pisma) do ręki (zwanej daktylografią),
– pisma Braille'a,
– mowy głosem.

Pierwsza droga komunikowania się, jakim była mowa znaków migowych, w skromnym zakresie była stosowana przez Krysię przed przybyciem do Lasek. Mimo że umożliwiała porozumienie się wyłącznie z najbliższym otoczeniem, trzeba było nadal ją utrzymać, a nawet rozwijać, gdyż bardziej doskonałe metody, jakich zaczęła się uczyć, wymagały dłuższego czasu ćwiczeń. Praca na tym polu była prowadzona w kierunku pozostawienia znanych jej już znaków, wprowadzenia zmian w niektóre znane znaki, przyjmowania nowych spontanicznie przez nią tworzonych znaków oraz wprowadzania tam, gdzie możliwe, znaków konwencjonalnych dla głuchoniemych (E. Jezierska, 1963, s. 66–68)

W miarę upływu czasu ten sposób komunikowania zastąpiono porozumiewaniem się za pomocą daktylografii umożliwiającej zarówno rozumienie innych

[7] Najbardziej znana z tego grona – Helena Keller – ukończyła studia wyższe, uzyskując doktorat filozofii, opanowała kilka języków obcych, była pisarką, jej autobiograficzna książka pt. *Historia mojego życia* została przełożona na przeszło 50 języków, w Polsce wydana w 1978 r. nakładem wydawnictwa Czytelnik; również Olga Skarochodowa jest autorką autobiograficznej książki pt. *Jak postrzegam świat* wydanej w 1950 r. nakładem Naszej Księgarni.

[8] Dyrektor zakładu dla niewidomych przy Instytucie Perkinsa w Bostonie, w którym od 8. r. ż. wychowywała się Laura Bridgman.

ludzi, jak bycie zrozumiałym przez innych. „Jest to system dotykania różnych miejsc na wewnętrznej stronie dłoni, którym odpowiadają poszczególne litery alfabetu czy znaki pisarskie" (E. Jezierska, 1963, s. 68). Dla Krysi od samego początku nie przedstawiało „żadnej trudności to, że dla jednej litery trzeba pociągnąć palcem po dłoni, a dla innej tylko ją dotknąć w danym miejscu", podobnie jak z czasem przyswajanie sobie wielu wyrazów, a nawet zrozumienie, że każda rzecz i każda czynność ma swoją nazwę (tamże, s. 70–71)

Następnym etapem było ścisłe zespolenie mowy do ręki z pismem brajlowskim. „Już przy pierwszym zetknięciu się z tym pismem Krysia sama skojarzyła związek punktowania dłutkiem z punktowaniem na ręce". Dzięki temu można było rozpocząć systematyczną naukę poznawania brajla w piśmie, która już po dwóch miesiącach pozwoliła na powolne zapoznawanie się z nazwami rzeczy w piśmie. „W ciągu 9 miesięcy nauki brajla nauczyła się czytać i pisać. Oczywiście jeśli chodzi o treść, to jedynie w zakresie dostępnych dla niej wyrazów. W miarę rozszerzenia się jej znajomości świata i nadawania nazw temu wszystkiemu, co ją otacza, miały się rozszerzać jej możliwości czytania i pisania. Natomiast strona techniczna tych czynności była już poznana, zrozumiana i dobrze poznana" (tamże, s. 75).

Ostatnią drogą rozwoju umiejętności komunikacyjnych osób głuchoniewidomych jest uczenie mowy głosowej, której używanie włącza je w społeczeństwo o wiele głębiej, niż wcześniej wymienione metody. Mimo pewnych obaw, po przeprowadzeniu prób wskazujących na prawidłowe funkcjonowanie narządów mowy Krysi, przystąpiono do nauki mowy poprzez skłonienie jej do naśladownictwa drgania gardła oraz układu ust i języka nauczyciela. Rezultaty tej pracy były zadowalające. W pierwszym roku Krysia nauczyła się wymawiać 19 głosek oraz wiele wyrazów złożonych z tych głosek. Dzięki wrażliwości na różnego typu wibracje nauczyła się również rozpoznawać, co się dookoła niej dzieje; odpowiadać śmiechem na czyjś głośmy śmiech; poruszać się w rytm melodii dochodzącej z fortepianu; kojarzyć wibrację radia z wibracją głosu ludzkiego (tamże, s. 76).

Takie były początki pobytu Krysi w Laskach. Praca nad jej rozwojem w następnych latach była w pewnym stopniu powtórzeniem, ugruntowaniem i rozszerzeniem wcześniejszych umiejętności, które przyczyniły się do tego, że „do jakiegokolwiek przedmiotu wyciągnie rękę, wie: co to jest, jak się nazywa, a także: jakie jest pochodzenie danej rzeczy, w jaki sposób powstała" (tamże, s. 103). W jej umyśle powstały skojarzenia pozwalające formułować pytania dotyczące np. związku pary wodnej z pociągiem parowym, źródeł ognia, relacji pomiędzy wyrażeniami podobnymi typu wbieganie i bieganie; uświadomiła sobie, że się uczy, że chce, że kocha, że inni ludzie również myślą, chcą, kochają, są smutni lub weseli oraz że rzeczy materialne mają jakąś przyczynę, zarówno ich powstanie, rozwój, jak i zniszczenie; dowiedziała się o istnieniu Boga, że człowiek ma duszę, że jego ciało umiera. W momencie, gdy nauczyła się czytać

brajlem, „zachłannie" czytała opowiadania dotyczące najrozmaitszych zagadnień, z których czerpała wiadomości o roślinach, zwierzętach, o różnych pojęciach z zakresu geografii (jak kula ziemska, części świata, Polska), o człowieku i tematach z nim związanych (rodzinie, ojczyźnie, wsi, mieście, pracy, zawodach, rzemiośle, kupnie, sprzedaży, biedzie, bogactwie), o zagadnieniach czasu (zegarze, porach roku, o tym, co znaczy „dawniej" i „bardzo dawno") oraz o pojęciach abstrakcyjnych (jak uwaga, nauka czy imię i nazwisko). Jak podaje Jezierska, Krysia stała się wielką miłośniczką książek. W latach 1956–1958 przeczytała ponad 400 opowiadań, z których sporo było napisanych specjalnie dla niej. W ciągu pięciu lat nauki poznała ponad 2100 wyrazów, z tego w pierwszym roku 158 słów, w drugim – 294, w trzecim – 622, w dwu następnych resztę (tamże, s. 103–105).

Od czwartego roku pobytu w Zakładzie uczyła się zawodu w warsztacie tkackim. Okazało się, że była bardzo sprawna, miała bardzo zręczne ręce. Jeszcze w czasie pobytu w domu umiała obrać ziemniaki, posługiwać się maszyną do szycia, nawlec nitkę na igłę, przewlekać oczko po oczku na drutach. Z pewnością pomogło to w szybkim opanowaniu obsługi warsztatów tkackich różnego typu, zarówno z czółnem przesuwanym ręcznie, jak i z czółnem przesuwanym za pomocą rączki, tkania dwoma kolorami oraz „na cztery nicielnice". Jej samodzielność i orientacja w tej pracy były zdumiewające, podobnie jak dokładność, staranność oraz zdolność do zauważenia błędów (tamże, s. 107).

Najlepszym podsumowaniem tych osiągnięć jest odwołanie się słów siostry Jezierskiej utrzymującej, że w czasie pobytu w Laskach Krysia wyszła „z ciemności", w jakich żyła przez 14 lat. „Otaczający świat przestał być dla niej całkowitą zagadką. Uzyskała środki porozumiewania się z otoczeniem, dostępne stało się dla niej, chociaż w ograniczonej treści i formie, słowo innego człowieka. W sprawach umysłowych okazała się zdolna, przyswoiła sobie wiele wiadomości, które powinny stać się podstawą dla myślenia, dla jej zdrowych pragnień, dla jej dalszych dążeń, dla ściślejszego zespolenia się ze społecznością ludzką i dalszego głębszego rozwoju" (tamże, s. 108).

Jednak zdobyte umiejętności nie zaowocowały tak, jak spodziewano się zważywszy na jej zdolności. Najwięcej problemów dotyczyło społecznego aspektu jej rozwoju, który pozostawał w dużej dysproporcji do zasobu wiadomości. Mimo że lgnęła do ludzi, to kontakty były nieliczne i powierzchowne, nieraz trudne i męczące. Chociaż w czasie wyjazdów wakacyjnych przejawiała tęsknotę za domem w Laskach, za zwykłą, codzienną nauką i pracą, bywały dni, w których trzeba było nieustannie rozwiązywać konflikty powstające „z niczego". Prawdopodobnie przyczyną były, jak to określiła Grzegorzewska, „braki w psychice" zakłócające pracę jej układu nerwowego. Manifestowały się one w postaci gwałtownych wybuchów gniewu, wielkiego podniecenia oraz „natręctw nerwowych" wyrażających się w kurczowym trzymaniu się jednej myśli,

powtarzaniu „jednej i tej samej rzeczy bez końca", niemożności „uwolnienia się i odwrócenia uwagi od jakiegoś tematu" (tamże, s. 108–110).

Ze względu na przekonanie, że mimo dużych wysiłków osób opiekujących się Krystyną, „sprawa jej dalszych postępów i pełnego włączenia w społeczność ludzką jest pod znakiem zapytania" (tamże, s. 108), a także w trosce „o spokój domu pełnego niewidomych dzieci" (tamże, s. 111), po upływie dwóch lat od czasu zakończenia edukacji w Laskach, powróciła do rodziny mieszkającej w Szczecinku[9)]. Przez następne 10 lat miała zapewnioną naukę indywidualną prowadzoną w jej rodzinnym domu przez siostrę Zofię Dembowską, wydelegowaną specjalnie w tym celu przez Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi w Zakładzie dla Niewidomych w Laskach, które po pewnym czasie całkowicie przejęło za nią odpowiedzialność. W latach 1981–1992 ponownie zamieszkała w Laskach, a od śmierci matki, która nastąpiła w 1992 r., na stałe została przeniesiona do Zakładu Opieki Rehabilitacyjnej dla Niepełnosprawnych Kobiet w Żukowie k. Lublina, prowadzonego również przez ww. Towarzystwo. Zmarła nagle z powodu zatrzymania krążenia w kilka tygodni po przebytej operacji wstawienia endoprotezy stawu biodrowego. Z relacji sióstr opiekujących się nią wiadomo, że przez ostatnie lata życia bardzo aktywnie uczestniczyła w Warsztatach Terapii Zajęciowej, pracowała na maszynach dziewiarskich, wykonywała robótki ręczne, którymi obdarowywała znajomych. Udzielała się społecznie, była zainteresowana ludźmi, szukała kontaktu nawet z obcymi osobami, prowadziła rozległą korespondencję, z tego powodu założyła kartotekę znajomych osób. Potrafiła skupić wokół siebie wielu przyjaznych ludzi, którzy nie szczędzili jej swoich dowodów sympatii. Jedną z nich jest siostra Lidia Witkowska, która w specjalnie napisanym dla Krystyny opowiadaniu o jej życiu wspomina między innymi wspólnie spędzone wakacje nad Jeziorem Białym w Okunince. „Byłaś dzielna. Pływałaś rowerkiem wodnym po całym, wielkim jeziorze. Nie bałaś się niczego. Chodziłaś na zabiegi, bawiłaś się i tańczyłaś przy ognisku. Jesteś naszym słońcem i radością. Twoje życie jest przykładem dla innych. Z wiarą i prostotą dziecka znosisz każdy dzień" (L. Witkowska, 2008, s. 58). Przytaczając powyższą wypowiedź, mam nadzieję, że zawarta w niej treść stanowi najlepszy komentarz do niniejszych rozważań, gdyż ukazuje kierunek, w jakim powinna zmierzać rewalidacja osób głuchoniewidomych, bez której nie są one w stanie odnaleźć właściwej dla siebie drogi i żyć na miarę swoich możliwości.

---

9) Z takim stanowiskiem, jak można sądzić, nie zgadzała się Grzegorzewska, która w urzędowym piśmie z dnia 1 II 1965 r. nazwała „dydaktyczno-wychowawczą pracę s. Emmanueli z Krysią wielkim wydarzeniem w zakresie pedagogiki specjalnej" i podkreśliła potrzebę jej kontynuacji. Wystąpiła też z prośbą o przyznanie dla Krysi „renty wyjątkowej" (podwyższonej znacznie w stosunku do przyznawanej dotychczas). Podobny gest wykonała wcześniej siostra Emmanuela, która przekazała honorarium za książkę wydaną w PWN na potrzeby Krysi (E. Tomasik, 1998, s.282)

Bibliografia

Bandura, L. (1972). Działalność naukowa i społeczna Marii Grzegorzewskiej. W: J. Doroszewska, M. Falski, R. Wroczyński (red.), *Maria Grzegorzewska. Materiały z sesji naukowej – 7 XI 1969 r.* (s. 28–42). Warszawa: Instytut Wydawniczy Nasza Księgarnia.

Gościmska, A. (1983). Róża Czacka – matka Elżbieta (1876–1961). *Szkoła Specjalna*, *4*, 281–188.

Jezierska, E. (1963). *Obserwacje nad rozwojem głuchociemnej Krystyny Hryszkiewicz.* Ze wstępem i pod redakcją Marii Grzegorzewskiej. Warszawa: PWN.

Krauze, B. (1985). *Bibliografia prac Marii Grzegorzewskiej i publikacje o niej (1916–1981).* W: E. Żabczyńska (red.), *Maria Grzegorzewska. Pedagog w służbie dzieci niepełnosprawnych*. (s. 212–245). Warszawa: WSPS.

Stabińska, J. (1981). *Matka Elżbieta Czacka*. Poznań–Warszawa: Pallotinum.

Tomasik, E. (1998). *Ocalić od zapomnienia. Maria Grzegorzewska w relacjach ze współczesnymi*. Warszawa: WSPS.

Witkowska, L. (2008). *Historia życia głuchoniewidomej Krystyny Hryszkiewicz*. Laski. Pismo Rehabilitacyjno-Społeczne. Z Życia Dzieła Matki Elżbiety Róży Czackiej, 3–4, 16–58.

Żebrowska, M. (1972). *Maria Grzegorzewska jako psycholog.* W: J. Doroszewska, M. Falski, R. Wroczyński (red.), *Maria Grzegorzewska. Materiały z sesji naukowej – 7 XI 1969 r.* Warszawa: Instytut Wydawniczy Nasza Księgarnia.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 1(19) 2013

MARTA POREMBSKA, KAMIL TOMASZEWSKI

SPRAWOZDANIE Z OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI NAUKOWEJ „DZIECKO – MŁODZIEŻ – RODZINA JAKO ADRESACI POMOCY PSYCHOPEDAGOGICZNEJ I SOCJALNEJ”

Poznań, 23 października 2012

Konferencja została zorganizowana przez Zakład Poradnictwa Społecznego na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu. Zgodnie z założeniem organizatorów wydarzenie to miało się stać „płaszczyzną wymiany doświadczeń teoretyków i praktyków zajmujących się tworzeniem warunków i świadczeniem pomocy dzieciom, młodzieży, rodzinom w sytuacjach bezradności, życiowych zagrożeń, utrudnień zarówno związanych z codziennym funkcjonowaniem, jak i szeregiem problemów rozwojowych i socjalizacyjnych”. Spotkanie objął honorowym patronatem dziekan Wydziału Studiów Edukacyjnych – prof. zw. dr hab. Zbyszko Melosik.

Po otwarciu konferencji przez prof. dr hab. Magdalenę Piorunek i prof. dr. hab. Zbyszka Melosika rozpoczęły się obrady plenarne. Ich uczestnikami byli pani minister, pełnomocnik rządu ds. równego traktowania dr Agnieszka Kozłowska-Rajewicz, rzecznik praw dziecka RP minister Marek Michalak oraz wybitni pedagodzy i psycholodzy z różnych ośrodków naukowych, a wśród nich prof. dr hab. Jerzy Modrzewski, prof. dr hab. Augustyn Bańka, prof. dr hab. Bożena Matyjas, prof. dr hab. Kazimierz Kotlarski, prof. dr hab. Robert Opora oraz prof. dr hab. Hanna Krauze-Sikorska. Uczestnicy mogli wysłuchać poglądów na temat współczesnej rodziny i jej problemów (prof. dr hab. Jerzy Modrzewski, UAM, prof. dr hab. Kazimierz Kotlarski, Wielkopolska Wyższa Szkoła Społeczno-Ekonomiczna w Środzie Wielkopolskiej), strategii pomocy rodzinie znajdującej się w sytuacji kryzysu (prof. dr hab. Bożena Matyjas, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach), przystosowania osobowości do płynnej rzeczywistości zawodowej (prof. dr hab. Augustyn Bańka, UAM), kształtowania dojrzałej osobowości (prof. dr hab. Barbara Harwas-Napierała,

UAM) i roli dialogu w relacjach interpersonalnych we wspomaganiu dzieci i młodzieży z problemami rozwojowymi (prof. dr hab. Hanna Krauze-Sikorska, UAM). Ponadto bardzo interesujący referat dotyczący wykorzystania koncepcji odporności psychicznej w poradnictwie rodzinnym wygłosił prof. dr hab. Robert Opora (Uniwersytet Gdański). W swojej prezentacji starał się odpowiedzieć na nurtujące badaczy od lat pytanie: dlaczego dzieci pochodzące z trudnych środowisk wyrastają na dojrzałe, dobrze zsocjalizowane osoby?

W drugiej i trzeciej części konferencji uczestnicy występowali w czterech sekcjach. Zespół pierwszy obradował pod przewodnictwem dr Joanny Kozielskiej i dr Justyny Deręgowskiej. Poszczególne wystąpienia koncentrowały się na tematyce pomocy dziecku ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i jego otoczeniu, m.in.: „Wsparcie rodziców oczekujących dziecka zagrożonego niepełnosprawnością", „Wybrane uwarunkowania wsparcia edukacyjnego młodzieży gimnazjalnej z trudnościami w uczeniu się i zaburzeniami towarzyszącymi", „Uczeń z zespołem Aspergera w szkole ogólnodostępnej – szanse i wyzwania", „Wsparcie instytucjonalne decyzji edukacyjno-zawodowych młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu". Swoje referaty wygłosiły także przedstawicielki Akademii Pedagogiki Specjalnej: dr hab., prof. APS Agnieszka Konieczna oraz dr Iwona Konieczna.

W drugim zespole treści wystąpień koncentrowały się wokół czynników wpływających na zakładanie i kształt współczesnej rodziny w dobie kryzysu demograficznego – tematyki tej dotyczyły referaty dr Beaty Bochni, dr Lidii Huber i dr Laury Ćwikły. Druga grupa wystąpień skupiała się na kompetencjach wychowawczych rodziców i metodach pracy psychopedagogicznej z nimi. Głos zabrały tu dr Blanka Poćwiartowska i dr Katarzyna Waszyńska. Uczestnicy tej sekcji mieli także okazję wysłuchać dr Anny Gulczyńskiej i dr Barbary Jankowiak, które prezentowały wyniki badań nad trwałością związków partnerskich w perspektywie teorii przywiązania, oraz dzięki wystąpieniu mgr Magdaleny Sadowskiej i mgr Kamili Małolepszej pogłębić wiedzę na temat rodzicielstwa osób chorych na schizofrenię. Prezentacje uczestników stanowiły zarówno wynik prowadzonych przez nich badań, jak i podsumowanie spostrzeżeń oraz refleksji z praktyki warsztatów z rodzicami i nauczycielami.

W wystąpieniach prezentowanych przez uczestników zespołu trzeciego, któremu przewodniczyli dr Małgorzata Grzywacz oraz dr hab. Marek Budajczak, wiele miejsca zajął problem organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w różnych placówkach. Referaty dotyczyły zarówno szkół, jak i ośrodków pomocy społecznej w kontekście proponowanych ofert działań naprawczych. Ponadto pojawiły się takie tematy, jak: „Rozwój moralny młodzieży – wczoraj i dziś" (mgr Milena Miałkowska-Kozaryna, APS), „Przepis na życie studentów UJK – plany, dążenia i aspiracje" (dr Małgorzata Wolska-Długosz z Uniwersytetu Jana Kochanowskiego) oraz „Uwarunkowania i wybrane problemy procesu usamodzielniania się młodzieży przebywającej w placówkach opiekuńczo-wy-

chowawczych" (mgr Bożena Kanclerz z UAM). W następnej części obrad referaty objęły trzy grupy zagadnień. W pierwszej uczestnicy poruszyli problem marginalizacji dzieci i młodzieży. Dr Jolanta Sokołowska z Uniwersytetu Gdańskiego omówiła zjawisko dzieci na ulicy w świetle koncepcji socjologicznych. Następnie mgr Kamil Tomaszewski (APS) opowiedział o wybranych aspektach metodycznych pracy pedagogów ulicy. W tym obszarze problemowym poruszała się także mgr Anna Wojtach (APS), która zaprezentowała zagadnienie dzieci bez przyszłości na przykładzie doświadczeń asystenta rodziny. Kolejne wystąpienia dotyczyły pracy kuratorów sądowych. Mgr Patrycja Miśko (UAM) poruszyła kwestię kurateli sądowej jako instytucji wspierającej dzieci i rodziny w kryzysie. Z kolei mgr Marta Porembska (APS) zaprezentowała temat współpracy kuratorów sądowych z innymi instytucjami pomocowymi. Następnie dr Anna Chmielewska (Sąd Rejonowy w Otwocku) omówiła rolę wsparcia rodziny dozorowanego w pracy kuratora sądowego ze sprawcą przestępstwa. Ponadto mgr Kacper Radzki (Uniwersytet Wrocławski) poruszył kwestie związane z pomocą psychopedagogiczną w zakładzie poprawczym, włączając się w obszar rozważań dotyczący młodzieży w placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych. Wszyscy prelegenci zgadzali się, że działania pomocowe w środowiskach marginalizowanych są szczególnie ważne. Stwierdzono, że „coraz większa liczba ludzi zagubionych w społecznej rzeczywistości i labiryncie życiowych celów i wartości, dotknięta różnego typu dysfunkcjami rozwojowymi czy socjalizacyjnymi poszukuje pomocy, wsparcia, porady". Po wystąpieniach zainicjowano interesującą dyskusję. Uczestnicy rozwinęli wątki dotyczące pomocy osobom opuszczającym placówki opiekuńczo-wychowawcze, niedostatecznego finansowania kuratorów społecznych na tle innych osób pracujących z rodzinami w środowisku oraz poradnictwa zawodowego w szkołach gimnazjalnych.

Zespół czwarty pod przewodnictwem dr Grażyny Teusz i dr Agaty Matysiak-Błaszczyk obradował równie intensywnie. Problematyka wystąpień koncentrowała się na pieczy zastępczej, roli asystenta i pomocy rodzinom borykającym się z takimi kwestiami, jak bezrobocie, wielodzietność, emigracja czy rozwód. Niezwykle ciekawy referat zaprezentowała mgr Alicja Bania z Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy – „Pomoc rodzinom żołnierzy zawodowych w zakresie rozwiązywania trudności rodzinnych wynikających z rozłąki spowodowanej uczestnictwem żołnierza w misji poza granicami kraju". W tym zespole także wystąpiła reprezentantka APS – dr Ewa Bilska, która mówiła o hostelach dla matki z dzieckiem w systemie pomocy ofiarom przemocy w rodzinie. Szczególne poruszenie wzbudziło wystąpienie dr Iwony Michniewicz z Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Kaliszu, która przedstawiła zarys autorskiej koncepcji proponującej powstanie domów resocjalizacyjnych dla rodziców zagrożonych odebraniem praw rodzicielskich. Uczestnicy panelu mieli wiele pytań dotyczących tej propozycji, m.in. o to, co wtedy miałoby się dziać z dzieć-

mi, jak uregulować prawnie pobyt rodziców w takich domach oraz jak długo mieliby tam przebywać i jakim oddziaływaniom byliby poddawani.

Konferencja służyła zintegrowaniu środowiska osób świadczących różnorodną pomoc dzieciom, młodzieży, rodzinom. Stała się ważnym forum wymiany poglądów, refleksji i spostrzeżeń praktyków oraz naukowców z wielu ośrodków, reprezentujących kilka dyscyplin naukowych. Wśród wniosków pochodzących z podsumowań poszczególnych części konferencji na pierwszy plan wysuwają się postulaty konieczności ściślejszego rozdziału kompetencji między instytucje wspierające, lepszego przepływu informacji pomiędzy nimi oraz skutecznej koordynacji działań służb pomocowych.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 1(19) 2013

AGNIESZKA DŁUŻNIEWSKA

SPRAWOZDANIE Z MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI NAUKOWEJ „ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA EDUKACJĘ OSÓB Z USZKODZENIAMI SŁUCHU”

Lublin, 25–27 października 2012

Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Odpowiedzialność za edukację osób z uszkodzeniami słuchu” odbyła się w Lublinie w dniach 25–27 października 2012 r. Została zorganizowana przez Katolicki Uniwersytet Lubelski oraz Centrum Edukacji Niesłyszących i Słabosłyszących. W skład komitetu organizacyjnego wchodzili: dr hab. Kazimiera Krakowiak, prof. KUL, dr Aleksandra Borowicz, dr Renata Kołodziejczyk, dr Ewa Domagała-Zyśk, dr Bożena Sidor-Piekarska, mgr Małgorzata Knopik oraz mgr Agnieszka Dziedzic.

Problematyka poruszana w ramach siedmiu sesji została podzielona na następujące obszary tematyczne: kształcenie uniwersyteckie i poradnictwo zawodowe dla młodzieży z uszkodzeniami słuchu; wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z uszkodzonym słuchem; nauczanie języków obcych uczniów z uszkodzonym słuchem; segregacja, integracja i inkluzja w kształceniu ucznia z uszkodzonym słuchem; etyczne aspekty doboru metod rehabilitacji i sposobów komunikowania się z niesłyszącymi.

W pierwszym dniu konferencji, po uroczystym otwarciu, rozpoczęła się inauguracyjna sesja plenarna. W wykładzie wprowadzającym wygłoszonym przez ks. dra hab. prof. nadzw. Mariana Nowaka (KUL) poruszone zostały etyczno-filozoficzne implikacje edukacji osób z uszkodzeniami słuchu. Prelegent zwrócił uwagę na konieczność wydzielenia w obszarze działań diagnostyczno-terapeutycznych, związanych z edukacją niesłyszących i słabosłyszących, aspektów przedmiotowych i podmiotowych. W kolejnym wystąpieniu dr hab. prof. nadzw. Dorota Kornas-Biela (KUL) przybliżyła znaczenie pre- i perinatalnych doświadczeń słuchowych dla rozwoju dziecka. Referat ten ukazał ponadto ewolucję metod badawczych wykorzystywanych do rejestracji reakcji dziecka w okresie życia płodowego i związanych z tym coraz większych możliwości poznania potencjału percepcyjnego noworodka. Wagę zmian systemowych, związanych

z wprowadzonymi przez MEN regulacjami prawnymi umożliwiającymi nowe jakościowo wsparcie uczniów z uszkodzeniami słuchu w edukacji włączającej, podkreśliła dr hab. prof. nadzw. Zofia Palak (UMCS). Autorka następnego referatu dr hab. prof. nadzw. Danuta Pluta-Wojciechowska (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie) poruszyła problem niedosłuchu i jego wpływu na rozwój umiejętności komunikowania się u dzieci z rozszczepem podniebienia. Okazuje się, że sprzężenie różnorodnych czynników biologicznych i psychologiczno-społecznych jest przyczyną zmian w rozwoju modelu mowy aż u 73% małych dzieci ze wspomnianą dysfunkcją. Prelegentka omówiła rodzaje owych zmian i sposoby ich diagnozowania. Dr hab. prof. nadzw. Kazimiera Krakowiak (KUL, CENiS) wskazała w swoim wystąpieniu główne czynniki oraz efekty dynamicznych przemian w opiece audiologicznej i logopedycznej nad dziećmi i młodzieżą z uszkodzeniami słuchu. Podkreśliła, że odpowiedzialność logopedów i pedagogów wobec osób z tego rodzaju dysfunkcją polega przede wszystkim na rzetelności w doborze metod wychowania językowego adekwatnych do ich indywidualnych potrzeb. Taki sposób postępowania ma też sprzyjać tworzeniu i poszerzaniu środowiska osób słyszących przygotowanych do komunikowania się z niesłyszącymi i słabosłyszącymi. Dr Diana Müller (Uniwersytet Łódzki) omówiła style psychologicznego funkcjonowania (ufno-samotny, nieufno-samotny, ufno-towarzyski) studentów z uszkodzeniami słuchu w relacjach interpersonalnych.

Mireille Defreyne (Departement Lerarenopleiding w Belgii) przedstawiła założenia systemu kształcenia osób z uszkodzeniami słuchu we Flandrii; najważniejsze z nich dotyczy optymalizacji warunków rozwoju słabosłyszących i niesłyszących uczniów, umożliwiającej jak najpełniejszą integrację ze społeczeństwem ludzi słyszących. Prelegentka przybliżyła ponadto strukturę systemu edukacji, składającą się z wielu różnorodnych form kształcenia, począwszy od edukacji specjalnej poprzez integracyjną, inkluzywną oraz ogólnodostępną, aż po edukację w domu. Sidsel Munkebo Hansen, słabosłysząca studentka uniwersytetu w Kopenhadze (Dania), z perspektywy osoby z uszkodzeniem słuchu przekazała własne doświadczenia związane z praktycznymi rozwiązaniami w dziedzinie integracji niesłyszących i słabosłyszących studentów ze słyszącymi kolegami na poziomie szkolnictwa wyższego. Ukazała jednocześnie konieczność wprowadzenia takich rozwiązań, które spowodują wzrost świadomości we wzajemnych relacjach, u osób zarówno słyszących, jak i z uszkodzeniami słuchu.

Kolejne referaty dotyczyły organizacji systemów wsparcia dla niesłyszących i słabosłyszących studentów. Mgr Dagmara Nowak-Adamczyk (UJ w Krakowie) omówiła czynniki, które wpływają na efektywność kształcenia studentów z uszkodzeniami słuchu, oraz przedstawiła działania podejmowane na Uniwersytecie Jagiellońskim służące realizacji założeń związanych z organizacją pomocy dla wspomnianej grupy. Następnie dr Renata Kołodziejczyk (KUL) zaprezentowała model wsparcia studentów z uszkodzeniami słuchu stosowany na

Katolickim Uniwersytecie Lubelskim. Wsparcie to opiera się na ruchu wolontariackim działającym w ramach Centrum Edukacji Niesłyszących i Słabosłyszących. Głównym celem działalności CENiS jest organizowanie szkoleń przygotowujących kompetentnych wolontariuszy do komunikowania się z niesłyszącymi i słabosłyszącymi studentami oraz udzielanie tym ostatnim bezpośredniego wsparcia. W kolejnym wystąpieniu dr Aleksandra Borowicz (KUL, CENiS) przybliżyła działalność Koła Studentów Niesłyszących i Słabosłyszących „Surdus Loquens" – organizacji, która zrzesza studentów z uszkodzonym słuchem oraz ich przyjaciół. Paweł Kasprzak, niesłyszący student KUL, w niezwykle interesujący sposób opowiedział o swoich własnych doświadczeniach związanych z pokonywaniem trudności na jego, wspólnej ze słyszącymi, drodze edukacji.

Drugi dzień konferencji poświęcony był problemom wczesnego wspomagania rozwoju dziecka z uszkodzonym słuchem, nauczaniu języków obcych uczniów z taką dysfunkcją, organizacji form kształcenia oraz etycznym problemom rehabilitacji. Sesję czwartą otworzył referat dr Doroty Buchman (Fundacja Orange), w którym autorka przedstawiła założenia programu Dźwięki Marzeń, skierowanego do małych dzieci z uszkodzeniami słuchu, ich opiekunów oraz terapeutów. W ramach tego programu dzieci mają możliwość bezpłatnego wypożyczenia aparatów słuchowych, korzystania z systematycznej, profesjonalnej terapii słuchu i mowy w środowisku domowym oraz udziału w turnusach rehabilitacyjnych. Fundacja oferuje ponadto bezpłatne szkolenia dla terapeutów z zakresu wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z wadą słuchu. Następnie dr Bożena Sidor-Piekarska (KUL, CENiS) przedstawiła założenia programu Hanen wspomagającego rozwój umiejętności komunikowania się u małych dzieci. Dr Joanna Kobosko (Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, World Hearing Center) poruszyła ważny problem wpływu traumatyzującej diagnozy uszkodzenia słuchu u dziecka na stan zdrowia psychicznego rodziców. Problem funkcjonowania dzieci z „częściową głuchotą" był przedmiotem rozważań referatów mgr Joanny Solnicy oraz mgr Małgorzaty Zgody (Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, World Hearing Center). Prelegentki podkreślały znaczenie wczesnej diagnozy oraz podjęcia efektywnego leczenia i rehabilitacji, które umożliwiają dzieciom z tego typu niedosłuchem pełne uczestnictwo w życiu społecznym oraz wykonywanie zadań stawianych przez szkołę.

Dr Anita Lorenc (UMCS) zapoznała uczestników konferencji z nowymi kierunkami badań z wykorzystaniem artykulografii elektromagnetycznej. Będące rezultatem prowadzonych badań dwuwymiarowe animacje wymowy głosek języka polskiego, dostępne w postaci aplikacji komputerowych, mogą się okazać przydatnym narzędziem w terapii wymowy dzieci z uszkodzonym słuchem. Problemy emocjonalno-społeczne dzieci z tego rodzaju dysfunkcją, przejawiające się w sferze nadaktywności, trudności z koncentracją uwagi oraz relacji z rówieśnikami, były przedmiotem prelekcji dr Joanny Kobosko i dr Anny Geremek-Samsonowicz (Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, World Hearing Center).

Wyniki przeprowadzonych w Polsce badań wskazują na dwukrotnie częstsze występowanie problemów ze zdrowiem psychicznym u dzieci niesłyszących niż u dzieci słyszących. Okazuje się, że podobną skalę tego zjawiska zanotowały inne kraje europejskie, m.in. Austria, Niemcy, Wielka Brytania oraz Irlandia. Dr Aleksandra Borowicz (KUL, CENiS) zwróciła uwagę na rolę wsparcia rodziny w tworzeniu dla dziecka z uszkodzonym słuchem optymalnych warunków do rozwoju. Istotą współpracy z rodziną powinny się stać jasno określone zasady i ramy kontaktów między rodzicami a specjalistami. Ich wzajemne relacje nie mogą naruszać naturalnych funkcji rodziny, która jest odpowiedzialna za rozwój i wychowanie dziecka. Konsekwencje prelingwalnego uszkodzenia słuchu dla rozwoju języka i umiejętności komunikacyjnych dziecka oraz związane z tym zadania dla specjalistów przedstawiła w swoim wystąpieniu mgr Agnieszka Dziedzic (KUL, CENiS).

Piąta sesja konferencji poświęcona była zagadnieniom nauczania języków obcych uczniów z uszkodzeniami słuchu. Swoimi doświadczeniami dzielili się specjaliści z polskich oraz zagranicznych ośrodków akademickich: dr Ewa Domagała-Zyśk (KUL, CENiS), dr Zuzanna Foniokova (Masaryk University w Czechach), mgr Anna Nabiałek i mgr Izabela Komar-Szulczyńska (UAM w Poznaniu), mgr Beata Gulati (Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach), mgr Piotr Keller, mgr Anna Podlewska i mgr Monika Malec (KUL). W referatach przedstawiono zarówno teoretyczne, jak i praktyczne implikacje nauczania osób niesłyszących języków obcych. Ukazano ograniczenia tych osób, ale także ich możliwości ujawniające się w procesie stawania się kompetentnymi użytkownikami języka obcego.

W sesji poświęconej zagadnieniom form kształcenia dr Ewa Muzyk-Furtak (UMCS) zwróciła uwagę na sytuację szkolną grupy dzieci z implantem ślimakowym, u których trudności językowe są tak niewielkie (w porównaniu z problemami pozostałych uczniów z uszkodzonym słuchem), że wręcz bagatelizuje się ich wpływ na próby – często daremne – uzyskania w pełni satysfakcjonujących wyników w nauce. W kolejnym wystąpieniu dr Marianna Krawiec (Specjalistyczny Ośrodek Diagnozy i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Radomiu) omówiła, na podstawie przeprowadzonych badań, zagadnienia związane z poczuciem tożsamości i przyjmowaniem określonych ról społecznych przez młodzież z uszkodzeniami słuchu. Proces dorastania oraz kształtowanie się u młodego człowieka wizji własnej osoby w relacjach z innymi ludźmi są w dużej mierze zależne od przyjętej przez niego samego i jego rodziców postawy. Wśród badanych osób prelegentka wyróżniła trzy rodzaje postaw: pesymistyczną, nierealistycznie optymistyczną oraz zadaniowo-realistyczną. Mgr Anna Michalska (Zespół Szkół nr 42 w Zabrzu), z perspektywy osoby niesłyszącej, przedstawiła doświadczenia relacji między osobami z uszkodzeniami słuchu i niesłyszącymi. Dr Agnieszka Dłużniewska (APS w Warszawie) podjęła zagadnienie kształtowania zdolności empatii u niesłyszącej i słabosłyszącej

młodzieży oraz umiejętności dokonywania przez nią ważnych życiowych wyborów. Prelegentka zaprezentowała sposób wpływania na ową zdolność polegający na wykorzystywaniu tekstów literackich. W dwóch kolejnych wystąpieniach mgr Barbara Szymkowiak (SP w Toruniu) i mgr Barbara Romanowska pokazały wpływ metody fonogestów na kształtowanie się umiejętności językowych i komunikacyjnych dzieci zarówno z uszkodzeniami słuchu, jak i słyszących z zaburzeniami rozwoju językowego.

W ostatnim dniu konferencji odbyły się dwa warsztaty. Jeden z nich poprowadziła dr Agnieszka Dłużniewska (APS). Dotyczył on konstruowania indywidulanych programów edukacyjno-terapeutycznych dla dzieci z uszkodzeniami słuchu. Drugi został poprowadzony przez dr Ewę Domagałę-Zyśk (KUL, CENiS). Jego tematem było nauczanie języka angielskiego uczniów niesłyszących i słabosłyszących.

Należy podkreślić fakt, że międzynarodowa konferencja naukowa „Odpowiedzialność za edukację osób z uszkodzeniami słuchu" zgromadziła zarówno przedstawicieli ważnych ośrodków akademickich, którzy zajmują się problematyką surdologiczną w aspektach teoretycznych i praktycznych, jak i osoby z uszkodzeniami słuchu. Niewątpliwie stworzyło to okazję do podjęcia dialogu, podczas którego mogło dojść do zweryfikowania określonych poglądów obu stron i uzgodnienia wspólnych obszarów działań – a w ramach tych działań będzie miała szansę zaistnieć skuteczna komunikacja między środowiskiem osób słyszących i niesłyszących.

PRZEGLĄD CZASOPISM

BERNADETA SZCZUPAŁ

THE JOURNAL OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF SPECIAL EDUCATION

Spring 2012, Vol. 13, No. 1

Międzynarodowe Stowarzyszenie Pedagogiki Specjalnej (*International Association of Special Education – IASE*) z siedzibą w USA to organizacja założona w 1989 r. w celu niesienia wsparcia oraz poprawy jakości życia osób z niepełnosprawnością. Zrzesza specjalistów z zakresu pedagogiki specjalnej (nauczycieli, pedagogów specjalnych, logopedów, psychologów, pracowników opieki społecznej) oraz członków rodzin osób z niepełnosprawnością. Celem IASE jest wspieranie rozwoju zawodowego jego członków, rozwój pedagogiki specjalnej jako dyscypliny naukowej oraz międzynarodowa wymiana informacji poprzez wydawanie i dystrybucję *Journal IASE*, organizowanie konferencji i pomoc w wymianie naukowej pomiędzy pedagogami specjalnymi z całego świata.

The Journal of the International Association of Special Education jest periodykiem wydawanym przez Stowarzyszenie przy wsparciu Zakładu Psychologii Wychowawczej i Szkolnictwa Specjalnego w Southern Illinois University Carbondale (*Department of Educational Psychology and Special Education, Southern Illinois University Carbondale*). Redaktorem naczelnym pisma jest dr Morgan Chitiyo z Southern Illinois University Carbondale w USA, a jej zastępcami prof. Greg Prater z Northern Arizona University z Flagstaff w USA oraz dr hab., prof. DSW Małgorzata Sekułowicz z Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu.

Podobnie jak w poprzednich wydaniach czasopisma, zakres tematyki poruszanej w dziewięciu artykułach opisywanej edycji dotyczy głównie kwestii rozwiązań integracyjnych, uwarunkowań procesu wprowadzania edukacji włączającej oraz strategii postępowania z osobami z niepełnosprawnością różnego typu w krajach Ameryki Północnej, Azji i Afryki.

Program nauczania i rozwoju dzieci z autyzmem: studium porównawcze wstępnych wyników poziomu zachowań przystosowawczych (s. 4–13)

Sunwoo Shin, Myung-sook Koh, Moon-Hwan Yeo

Artykuł opisuje badanie rezultatów zmian w sferze zachowań adaptacyjnych, osiąganych przez uczestników południowokoreańskiego Programu nauczania i rozwoju dzieci z autyzmem (*Learning Program for the Development of Children with Autism – LPDCA*).

Autorzy zwracają uwagę zarówno na gwałtowny wzrost występowania spektrum zaburzeń autystycznych (ASD) w ciągu ostatniej dekady (przez co np. w Stanach Zjednoczonych stały się one głównym problemem zdrowia publicznego), jak też na niewielką skuteczność programów interwencyjnych, zazwyczaj skupiających się głównie na widocznych zaburzeniach cząstkowych, takich jak zasób słownictwa, socjalizacja oraz zachowanie, mających bezpośredni wpływ na codzienne życie dzieci z ASD. Tempo rozwoju uczniów z ASD jest zwykle wolniejsze niż ich rówieśników; powoduje to problemy w ich codziennym funkcjonowaniu w otoczeniu społecznym, głównie ze względu na deficyty psychiczne, niskie zdolności poznawcze oraz problemy w rozumieniu i przetwarzaniu informacji. Rozwiązanie autorzy widzą w rozwijaniu zdolności poznawczych dziecka i poprawieniu przetwarzania napływających z otoczenia informacji, co wpływa korzystnie na zasób stosowanego słownictwa, kompetencje społeczne i samokontrolę.

Pomimo istnienia różnych programów interwencyjnych, mających za zadanie poprawę funkcjonowania poznawczego oraz zachowań adaptacyjnych, brakuje kompleksowych rozwiązań edukacyjno-interwencyjnych skierowanych na deficyty poznawcze. Opisywany w artykule kompleksowy Program nauczania i rozwoju dzieci z autyzmem (LPDCA) został zaprojektowany przez naukowców z Korei Południowej w celu leczenia zaburzeń poznawczych u uczniów z ASD oraz umożliwienia im osiągnięcia celów rozwojowych i edukacyjnych na poziomie porównywalnym z ich rówieśnikami. LPDCA opiera się na kognitywnej teorii uczenia się oraz na przekonaniu, że czynniki poznawcze są kluczem do rozwiązania problemów związanych z autyzmem. Podstawową zasadą programu LPDCA jest rozwój poznawczy, społeczny i emocjonalny uczniów traktowany integralnie (tj. rozwój poznawczy stymuluje rozwój słownictwa, co wpływa na rozwój kompetencji społecznych, inteligencji oraz zdolność do kontrolowania emocji etc.). Program LPDCA składa się z 12 etapów, zawierających od 3 do 20 interwencyjnych działań (ogółem 168 działań), realizowanych podczas sesji indywidualnych i grupowych. Działania interwencyjne rozłożone są na wiele zadań, dostosowywanych do indywidualnych potrzeb i możliwości ucznia z ASD. Najbardziej skuteczne jest rozpoczęcie pracy z programem LPDCA, kiedy dziecko jest w wieku 3–4 lat. W większości przypadków cały program (12 etapów) trwa od trzech do czterech lat; po tym czasie większość uczestniczących

w programie dzieci może podjąć naukę w ogólnodostępnej szkole podstawowej, bez konieczności stosowania specjalnych usług edukacyjnych.

Opisywane w artykule badanie stanowi wstęp do większej eksploracji badawczej i ma na celu uzyskanie wstępnych wyników dla lepszego zrozumienia działania programu interwencji. Badano opinie rodziców na temat złożonych zachowań adaptacyjnych, komunikacji, socjalizacji oraz umiejętności życia codziennego ich dzieci. Uczestnikami badania było 240 rodziców dzieci ze zdiagnozowanym ASD, podzielonych na dwie grupy: pierwsza (n = 121) uczestnicząca w kompletnym programie LPDCA w prywatnych ośrodkach klinicznych i druga (n = 119) niekorzystająca z tego programu. Obie grupy badano przy zastosowaniu *skali oceny zachowań adaptacyjnych Vineland II* w czterech sferach: zachowań adaptacyjnych, komunikacji, socjalizacji, umiejętności życia codziennego.

W szczegółowym omówieniu wyników Autorzy, podkreślając istotne ograniczenia przeprowadzonego badania utrudniające jednoznaczną ocenę długoterminowej skuteczności Programu LPDCA (oparcie tylko na danych zgłaszanych przez rodziców, dysproporcje wiekowe w rozkładzie uczniów, zastosowanie tłumaczonego na koreański narzędzia *Vineland II*, uczniowie pochodzący z różnych środowisk edukacyjnych oraz brak ograniczeń rekrutacji ze względu na wiek, płeć, wykształcenie oraz uczestniczenie w dodatkowych terapiach) konkludują, że uczniowie uczestniczący w Programie LPDCA wykazywali istotnie wyższe wyniki w zakresie komunikacji (tu odnotowano największe różnice), złożonych zachowań adaptacyjnych, umiejętności życia codziennego oraz socjalizacji (tu różnice były najmniejsze). Autorzy wskazują także na dużą dysproporcję pod względem płci: w Korei Południowej chłopców z ASD jest 6,74 razy więcej niż dziewczynek (dla porównania w USA stosunek ten wynosi 4:1) oraz na rozkład wieku u uczestników obu grup, wskazujący na fakt, że wielu koreańskich rodziców docenia znaczenie wczesnej interwencji u dzieci z ASD.

Postrzeganie przez wychowawców z prowincji Ontario barier w identyfikacji uzdolnionych dzieci z ograniczoną znajomością języka angielskiego oraz ze środowisk zaniedbanych ekonomicznie (s. 14–25)

Thomas G. Ryan

Szczególnie uzdolnieni uczniowie (m.in. w sferze nauk ścisłych, pod względem artystycznym i sportowym, ale także np. wykazujący naturalne zdolności przywódcze) zazwyczaj odbiegają od swojej grupy wiekowej. Część uczniów wyraźnie wykazuje ponadprzeciętne zdolności i/lub wyróżnia się inteligencją, jednak jednocześnie wykazuje ograniczoną znajomość języka angielskiego. Niektórzy nauczyciele postrzegają ich wówczas głównie poprzez problemy w komunikacji, skupiając się niemal wyłącznie na tym deficycie.

Jak twierdzi autor artykułu, decyzje związane z umieszczeniem ucznia w systemie edukacyjnym (szkoła/klasa) bywają podejmowane pod wpływem czynni-

ków, które często mają niewiele wspólnego z faktycznymi możliwościami i zdolnościami ucznia; m.in. pochodzenie ze środowiska o niższym od ogółu statusie socjoekonomicznym (rozumianym tu jako sumę takich czynników, jak poziom wykształcenia rodziców i rodzaj ich pracy oraz wysokość dochodów w rodzinie) oraz niedostateczna znajomość języka angielskiego mogą doprowadzić do błędów w klasyfikowaniu takich uczniów.

Celem opisywanego w artykule badania (będącego powtórzeniem analogicznego studium z roku 1995) było zbadanie percepcji wychowawców pod względem barier identyfikacji uzdolnionych dzieci ze środowisk o niskim statusie socjoekonomicznym oraz niedostateczną znajomością języka angielskiego. Uczestnikami badania było 121 wychowawców z prowincji Ontario w Kanadzie, głównie z klas nauczania początkowego. Obydwa badania wykazały kilka głównych barier identyfikacji: standardowe testy są tendencyjne, niekorzystne w stosunku do opisywanej grupy uczniów; nauczyciele nie dysponują obiektywnymi wskaźnikami do określenia potencjału niektórych grup uczniów; różnice w opanowaniu języka przez ucznia mogą powodować istotne problemy w jego porozumiewaniu się z otoczeniem, co prowadzi m.in. do błędnych ocen zdolności danego ucznia; niewłaściwe postawy wśród nauczycieli, w tym stereotypowe łączenie uzdolnień ze statusem ekonomicznym oraz obawy przed problemami wynikającymi ze szczególnych uzdolnień uczniów mogą przyczyniać się do ich negatywnego klasyfikowania. Wskazywano także na drobniejsze bariery identyfikacji: brak oceny uzdolnień intelektualnych w niektórych grupach i/lub odmienne kulturowe normy uzdolnień; obawy o zaniżanie jakości programu nauczania; niewłaściwe procedury oceniania oraz kierowania do udziału w testach przesiewowych; przekonanie o ograniczonej liczbie uzdolnionych dzieci; brak stymulującego środowiska.

Analizowane wyniki badania porównano z rezultatami podobnych badań, prowadzonych w Afryce i Stanach Zjednoczonych. Autor podkreśla ograniczenia opisywanego badania (ograniczenie zakresu badanych czynników, problemy ze zrozumieniem przez uczestników zastosowanej terminologii, ograniczenia wynikające z porównywania badań). Należy podkreślić, że wg władz edukacyjnych prowincji Ontario problem w biegłym opanowaniu przez uczniów języka angielskiego został uznany za istotną barierę: testy dyskryminują tych uczniów, których orientacja językowa, styl poznawczy, status ekonomiczny lub pochodzenie kulturowe/społeczne różnią się od normy wyznaczanej przez grupę dominującą.

Nauka życia codziennego i umiejętności zawodowych w naturalnym otoczeniu: model tanzański (s. 26–38)

Angela Stone-MacDonald

Artykuł opisuje funkcjonowanie szkoły dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi *Irente Rainbow School* w Lushoto (Tanzania), gdzie dzieci uczą się w na-

turalnym otoczeniu według funkcjonalnego programu nauczania, który został dostosowany do lokalnego kontekstu z poszanowaniem miejscowej kultury i hierarchii wartości. Priorytetem jest nauka umiejętności potrzebnych do codziennego, niezależnego funkcjonowania ucznia w jego rodzinie i naturalnym otoczeniu społecznym. Szkoła, założona w 2005 r., w roku 2009 kształciła 35 uczniów w wieku 6–25 lat z zaburzeniami rozwojowymi (niepełnosprawność intelektualna, autyzm, mózgowe porażenie dziecięce). Placówka ściśle współpracuje z rodzicami, nauczycielami oraz członkami społeczności lokalnej przy planowaniu programu nauczania, który powinien zapewniać możliwość nabywania wiedzy i umiejętności istotnych z kulturowego i społecznego punktu widzenia oraz odpowiadających warunkom życia w lokalnej społeczności osób dorosłych.

Zgodnie z danymi ze spisu z roku 2002 w Tanzanii jest ok. 190 tys. dzieci z niepełnosprawnością w wieku szkolnym; jedynie 1% z nich uczęszcza do szkoły, pomimo że edukacja podstawowa jest bezpłatna. Większość dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, niewidomych lub niesłyszących kształci się w oddzielnych klasach w szkole publicznej lub w szkołach specjalnych; program obejmuje podstawową wiedzę, umiejętności komunikacyjne i zawodowe. Problemem w Tanzanii jest brak nauczycieli i szkół oraz bariery społeczne, jak też marazm urzędników państwowych (niewdrażających zaleceń krajowej polityki w zakresie niepełnosprawności). Dla ponad 80% gospodarstw domowych w Tanzanii rolnictwo jest podstawowym źródłem utrzymania i – podobnie jak w innych społecznościach afrykańskich – osoby niepełnosprawne są postrzegane jako „nienormalne", jeśli nie są w stanie wykonywać codziennych czynności.

W artykule opisano badania, których celem było określenie, w jaki sposób lokalny kontekst i przekonania na temat niepełnosprawności wpływają na rozumienie przez uczniów ich roli, na realizowany w szkole program nauczania oraz przygotowanie uczniów do życia w społeczności po ukończeniu edukacji. Badaniami objęto personel szkoły, uczniów i ich rodziny.

Praktyka oparta na dowodach (*Evidence Based Practice – EBP*) jest zalecanym punktem wyjścia do rozwoju programu nauczania, ale w przypadku wiejskiego środowiska Tanzanii istotne jest również, aby skoncentrować się na potrzebach lokalnej społeczności. Każde dziecko, w tym także dzieci z niepełnosprawnością, swe pierwsze doświadczenia nabywa w rodzinie i od najbliższego otoczenia społecznego, jednak istnieje wiele sytuacji, w których niezbędne jest kształtowanie umiejętności życiowych, których dziecko nie nabyło podczas typowych, codziennych interakcji z rówieśnikami i dorosłymi.

Podczas procesu planowania programu dla *Irente Rainbow School* (lata 2003–2004) jej personel pracował z wieloma osobami (nauczycielami, terapeutami, lekarzami z Tanzanii i krajów Trzeciego Świata) w celu ustalenia priorytetów; nie istniały wówczas jeszcze rządowe wytyczne (pierwszy program nauczania dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną powstał w 2005 r.). Zaczęto

jednak od zorganizowania spotkań z rodzicami w celu poznania ich poglądów i opinii, jakie umiejętności ich dzieci są najbardziej istotne; rola doradcza rodziców jest kontynuowana przez cały czas. Program nauczania skupia się na kształceniu u uczniów umiejętności życia w społeczności, samoobsługi, pracy (w tym zajęć domowych) oraz uczestniczenia w życiu społecznym i religijnym ich rodzin. W szkole umiejętności te są kształcone i modelowane oraz praktykowane w jawnych i ukrytych formach nauczania. Cele nadrzędne to kształcenie umiejętności niezbędnych do osiągnięcia sukcesu w lokalnej społeczności: zdolności do pracy, udziału w życiu społecznym oraz jak największej niezależności w życiu codziennym. Nauka czytania, pisania i matematyki jest ukierunkowana głównie na opanowanie funkcjonalnych umiejętności korzystania z pieniędzy i rozumienie prostych komunikatów.

Z perspektywy nauczyciela: ocena uczniów ze znacznym stopniem niepełnosprawności w warunkach integracji (s. 39–55)

Jennifer Kurth, Megan Gross, Stephanie Lovinger, Tammy Catalano

W ostatnich dziesięcioleciach notuje się wzrost liczby dzieci niepełnosprawnych uczących się w szkołach ogólnodostępnych oraz korzystających z możliwości edukacji integracyjnej. Nadal jednak wyzwaniem dla edukacji włączającej pozostaje kształcenie uczniów ze znacznym stopniem niepełnosprawności, wymagających znacznego wsparcia w realizacji ich potrzeb edukacyjnych. Autorzy artykułu opisują dzieci z autyzmem, mózgowym porażeniem dziecięcym oraz niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym podkreślając, że stanowią one mniej niż 2% populacji szkolnej. Nauczyciele kształcenia ogólnego oraz specjalnego często nie są pewni, w jaki sposób najlepiej rozpoznawać ich szczególne potrzeby oraz udzielać wsparcia w ramach szkolnictwa ogólnodostępnego.

W artykule opisano badanie opinii oraz stosowanych praktyk przez 139 nauczycieli integracyjnych szkół podstawowych i średnich z Arizony i Kalifornii, dotyczących uczniów ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Badanie, przeprowadzone w 2009 r. metodą ankietową w trybie *online*, dotyczyło możliwości modyfikowania programu kształcenia ogólnego oraz praktyk klasyfikowania uczniów.

Autorzy, przywołując ograniczenia badania (niewielka liczebność grupy badanych nauczycieli, forma ankietowa i tryb *online* oraz krótki – dwa miesiące – czas zbierania danych, nadreprezentacja jednej ze szkół oraz ograniczenie terytorialne do dwóch stanów USA), w analizie otrzymanych wyników badania wykazują, że nauczyciele zarówno klas edukacji ogólnej (117 respondentów), jak i specjalnej (22 respondentów) stosują różne praktyki i mają różne preferencje dotyczące klasyfikacji uczniów niepełnosprawnych. Brakuje współpracy pomiędzy nauczycielami edukacji ogólnej i specjalnej, zwłaszcza w kwestii dokładnego określenia indywidualnego planu nauczania (IEP) ucznia z niepełno-

sprawnością, oczekiwań wobec niego oraz niezbędnego dostosowania pracy (w ramach klasy i indywidualnej) z uczniem. Ponadto badanie wykazało znaczące różnice w podejściu pomiędzy nauczycielami szkół podstawowych i średnich do kwestii przygotowania do dorosłego życia; zgodnie z ustawą federalną IDEA 2004 planowanie przejścia do dorosłego życia (*transition planning*) powinno rozpoczynać się w wieku 16 lat, choć wielu specjalistów i rodziców uważa, że należy je rozpoczynać o wiele wcześniej. Dodatkowy problem wynika z nieporozumień dotyczących odpowiedzialności za klasyfikowanie i wprowadzanie zmian wobec uczniów z niepełnosprawnością pomiędzy nauczycielami edukacji ogólnej i specjalnej. Część nauczycieli jest zdania, że jedynie pedagodzy specjalni powinni uczyć dzieci z niepełnosprawnością. Nie wszyscy spośród badanych nauczycieli wykazują niezbędne zaangażowanie w sferze edukacji integracyjnej: większość z nich wierzy, że jest w stanie skutecznie uczyć wszystkich uczniów i że zastosowane modyfikacje programu nauczania, zadań, ocen i norm były właściwe, jednak część z nich twierdziło, że brakowało im czasu oraz dobrej współpracy w celu realizowania skutecznych praktyk integracyjnych, pomimo ich dużego zaangażowania.

Wpływ różnorodności kulturowej na realizowanie zadań edukacji specjalnej w Stanach Zjednoczonych (s. 56–61)

Manisara Palawat, Michael E. May

Tło kulturowe ma znaczący wpływ na rozumienie niepełnosprawności intelektualnej i/lub zaburzeń rozwojowych. Mówiąc ściślej, kulturowe uwarunkowania rodziców oraz pracowników sektora edukacji specjalnej mogą wpływać na decyzje dotyczące zapewnienia dostępu do odpowiednich usług dla dzieci niepełnosprawnych. Różnice kulturowe mogą stanowić wyjątkowe wyzwanie dla rodzin, pracowników szkolnictwa specjalnego oraz usługodawców we właściwej współpracy nad planowaniem i realizacją kompleksowego planu działań na rzecz edukacji dzieci niepełnosprawnych.

W artykule poruszono kwestie wpływu kulturowej odmienności rodziców pochodzących z państw azjatyckich, ich przekonań i wyobrażeń dotyczących niepełnosprawności, edukacji i działań interwencyjnych na możliwości realizowania zadań ze sfery kształcenia specjalnego. Generalnie, istniejące w kulturach azjatyckich uwarunkowania rozumienia niepełnosprawności zazwyczaj są obarczone negatywnym nastawieniem do osób niepełnosprawnych, postrzeganych jako przynoszące wstyd swoim rodzinom, stąd też rodzice mogą unikać sytuacji wymagających uczestniczenia ich dzieci w sferze publicznej (w tym także edukacji i rehabilitacji).

Trzy główne bariery to bariera językowa, brak odpowiedniego zaangażowania rodziców oraz niedostateczna współpraca pomiędzy nimi a specjalistami. Pracownicy socjalni, rehabilitanci i pedagodzy w celu unikania konfliktów po-

winni uwzględniać zarówno kontekst kulturowy, jak też np. ograniczenia językowe (m.in. specjalistyczne określenia stosowane w indywidualnym planie nauczania IEP) mające wpływ na przekonania rodziców na temat przyczyn i charakteru leczenia niepełnosprawności oraz podejmowanych wobec ich dzieci działań rehabilitacyjnych. Rodzice powinni być angażowani w cały proces decyzyjny dotyczący rehabilitacji i edukacji ich dziecka.

Usługi świadczone przez psychologa z Hongkongu – implikacje dla edukacji specjalnej i przygotowania zawodowego (s. 62–66)

I-Hwey Deirdra Wu, Kaili C. Zhang

Opisywane w artykule badanie jakościowe dotyczy analizy usług psychologicznych dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi ze szkół podstawowych i średnich w Hongkongu.

Tradycyjny model usług świadczonych przez szkolnego psychologa, polegający na indywidualnym skupieniu na zaradzeniu deficytom, został w Hongkongu zastąpiony przez podejście kontekstowe, systemowe i proaktywne oparte na kompetencjach. Ta ewolucja oznacza duże zmiany w modelu świadczenia usług – zakres działania psychologów szkolnych został znacznie poszerzony i nie jest już ograniczony głównie do osób o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Autorzy, poza opisem dokonujących się w tej sferze przemian, dokonali analizy studium przypadku psychologa szkolnego z Hongkongu o imieniu Cindy (imię fikcyjne) w celu opisania doświadczeń związanych z jej rozwojem zawodowym oraz przygotowaniem do profesjonalnego świadczenia usług w szkołach.

Przegląd naturalnych interwencji stosowanych w pracy z małymi dziećmi z autyzmem (s. 67–76)

Sekhar S. Pindiprolu

W ostatnich latach nastąpił gwałtowny wzrost częstości występowania autyzmu w USA (ponad dziesięciokrotny od 1980 r.); ostatnie szacunki wskazują, że w USA zaburzenie to dotyczy jednej na 110 osób. Szacuje się również, że około 67 milionów ludzi na całym świecie jest dotkniętych autyzmem. Ta swoista światowa epidemia doprowadziła do wzrostu zainteresowania w zakresie identyfikacji i stosowania działań interwencyjnych opartych na dowodach empirycznych.

Artykuł zawiera przegląd i analizę różnych komponentów interwencji naturalnych oraz ocenę ich skuteczności w pracy z małymi (poniżej 10 lat) dziećmi z autyzmem. Zgodnie z analizą wyników, interwencje naturalistyczne okazały się skuteczne w rozwoju umiejętności językowych, umiejętności społecznych oraz zdolności poznawczych.

Problemy osób z wadami narządu wzroku w ośrodkach rehabilitacyjnych w Nigerii – znaczenie doradztwa (s. 77–84)

Theo Ajobiewe, Olugbenga O. Ayena

Artykuł opisuje badanie, którego głównym celem było poznanie problemów osób z wadami wzroku z ośrodków rehabilitacyjnych w Nigerii. Szerokie wprowadzenie teoretyczne w poruszaną w tekście tematykę ukazuje rozliczne uwarunkowania, uwzględniając kontekst polityczny i socjoekonomiczny.

Analiza wyników badań, w których wzięło udział 600 osób (stanowiących reprezentatywną próbkę populacji), wykazała, że główne problemy badanej grupy dotyczą kwestii zdrowotnych, komunikacyjnych, mieszkaniowych, socjoekonomicznych oraz psychospołecznych.

Autorzy artykułu podkreślają, że rozpoczęty dzięki pionierskiej działalności misjonarzy proces tworzenia formalnych usług rehabilitacyjnych (w tym rehabilitacji zawodowej), kontynuowany przez międzynarodowe organizacje pozarządowe, miał znaczący wpływ na rozwój ośrodków. Zwracają także uwagę na brak wiarygodnych danych statystycznych o oficjalnej liczbie osób z dysfunkcją narządu wzroku (w tym rodzaju i nasileniu schorzenia) oraz o liczbie osób objętych działaniami rehabilitacyjnymi, jak też na brak przejrzystości (manipulacyjne przekierowywanie środków przeznaczonych dla osób z dysfunkcją wzroku na inne cele), co sprawia, że planowanie wszelkich działań oraz alokacja odpowiednich zasobów są niezwykle trudne.

Badania wykazały niewystarczające wyposażenie placówek i brak środków na rozwój programów rehabilitacji zawodowej; często istotne dla funkcjonowania programów rehabilitacyjnych wyposażenie jest przestarzałe bądź uszkodzone. Edukacja osób z niepełnosprawnością w Nigerii ma najniższy priorytet; dodatkowo funkcjonuje ogólne poczucie, że zamiast osób niepełnosprawnych, które są beneficjentami różnych programów, zasoby rządowe powinny być przeznaczone na system edukacji ogólnej celem wyposażenia go w odpowiednie urządzenia i fundusze. Centra rehabilitacyjne są przepełnione, brakuje wykwalifikowanego personelu oraz funduszy (często z powodu niegospodarności); w lepszej sytuacji są państwowe ośrodki rehabilitacyjne, otrzymujące pomoc rządową. Brakuje jednak dokładnych badań na temat rehabilitacji osób z wadami wzroku, w szczególności dotyczących instytucji kształcenia zawodowego.

Hocus Focus: włączenie sztuczek magicznych do zajęć lekcyjnych – ocena korzyści w sferze nauczania i funkcjonowania (s. 85–97)

Kevin Spencer

W artykule opisano realizację projektu *Hocus Focus* – włączenia nauki wykonywania prostych sztuczek magicznych do programu nauczania w zorganizowany i systematyczny sposób (11 lekcji realizowanych w odstępach cotygodnio-

wych). Na podstawie dokonanego przeglądu literatury autor szeroko opisał teoretyczne i praktyczne aspekty zintegrowania tego typu ćwiczeń z programem nauczania.

Wyniki przeprowadzonych wśród dziewięciorga nauczycieli i 76 uczniów badań wykazały, że uczenie się i wykonywanie sztuczek magicznych może mieć korzystny wpływ na poprawę zachowań uczniów w sferze planowania i sekwencjonowania zadań, socjalizacji oraz umiejętności motorycznych (zręczności). *Hocus Focus* to zadaniowy, ukierunkowany na ucznia program, dostosowany do wymogów nauczania i mający na celu osiągnięcie konkretnych celów funkcjonalnych (realizacja zadań, kreatywność, umiejętność rozwiązywania problemów, myślenie krytyczne, rozwój technik obserwacyjnych, koncentracji, umiejętności ruchowych, zdolności komunikacji i autoprezentacji oraz zachowań społecznych). Nauczyciele podkreślali zwłaszcza natychmiastowe i długotrwałe skupienie uwagi uczniów, ich aktywne zaangażowanie rozwijające zdolności fizyczne i umysłowe oraz współpracę między uczniami. Program pomaga wyrównywać szanse (wszyscy uczniowie, niezależnie od umiejętności, zaczynają naukę sztuczek od zera); angażuje wiele umiejętności i zdolności, które rozwijają poznawcze, społeczne i osobiste kompetencje; pobudza uczniów, którzy nie wykazują zaangażowania w proces uczenia się; czyni naukę bardziej efektywną poprzez współpracę, budowanie pozytywnych relacji i poprawę samooceny; angażuje „całą osobę" w proces uczenia się, z podejmowaniem ryzyka i możliwością popełniania błędów.

INFORMACJE DLA AUTORÓW

Redakcja czasopisma *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo* przyjmuje do opublikowania oryginalne, recenzowane prace naukowe, artykuły polemiczne, recenzje, sprawozdania z wydarzeń naukowych, przeglądy czasopism.

Nadsyłane materiały powinny być zapisane za pomocą typowego edytora tekstu (preferowany edytor MS WORD). Tekst należy przygotować zgodnie z następującymi zasadami:

- wydruk pracy na papierze formatu A4 z marginesem 3,5 cm z lewej strony;
- tekst – 30 wierszy na stronie i około 60 miejsc znakowych w wierszu, nie powinien zawierać poprawek;
- maksymalna objętość opracowań:
  – rozprawy: 60 tys. znaków (1,5 arkusza wydawniczego),
  – sprawozdania z badań: 40 tys. znaków (1,0 arkusz wydawniczy),
  – recenzje i polemiki: 20 tys. znaków (0,5 arkusza wydawniczego);
- praca powinna zawierać streszczenia w języku polskim i angielskim (maksymalnie po 200 słów łącznie z tytułem w każdym języku), słowa kluczowe (*key words*) oraz definicje wybranych przez autora słów kluczowych (do zamieszczenia w słowniku na zielonych stronach czasopisma);
- tekst należy dostarczyć w postaci wydruku komputerowego (dwa egzemplarze) wraz z opisaną dyskietką lub CD. Zawartość wersji elektronicznej powinna być identyczna z przesłanym wydrukiem;
- wykresy, ilustracje (ponumerowane i opatrzone informacją, do którego miejsca w tekście się odnoszą) należy umieszczać w oddzielnych plikach, podając nazwy programu, za pomocą którego zostały wykonane;
- literatura przedmiotu powinna być umieszczana na końcu pracy w układzie alfabetycznym;
- odwołanie w tekście powinno mieć postać: (M. Zaorska, 2002).

Sporządzanie bibliografii

Pozycje bibliograficzne muszą być pełne, w porządku alfabetycznym, pisane z dokładnym przestrzeganiem kolejności poszczególnych składników, z jednolitą interpunkcją. Kolejność zapisu bibliograficznego jest następująca:

(1) autor(zy) – wszyscy, niezależnie od liczby,
(2) rok wydania pozycji,
(3) tytuł książki, rozdziału, artykułu, dysertacji, pracy dyplomowej, referatu lub raportu,
   (a) książka: miejsce wydania i nazwa wydawnictwa,
   (b) rozdział: redaktor(zy), tytuł książki, strony, miejsce wydania, wydawca,
   (c) artykuł: tytuł czasopisma, tom (vol.) i strony,

(d) praca dyplomowa (dysertacja): wydział (instytut), uczelnia (instytucja) i miejscowość,
(e) referat: oryginalna nazwa konferencji (kongresu itp.) i miejscowość,
(f) raport: rodzaj i numer grantu, miejscowość, uczelnia (instytucja) i wydział (instytut).

Kursywą piszemy: tytuł książki, również książki, w której znajduje się odpowiedni rozdział, tytuł czasopisma i jego tom, tytuł referatu, tytuł pracy dyplomowej (dysertacji), tytuł raportu. Poniżej podano przykłady zapisu poszczególnych pozycji bibliograficznych z uwzględnieniem wymaganej interpunkcji, rodzaju pisma (normalna – kursywa) i liter (wielkie – małe).

Książki

(a) polska

Kościelska, M. (2004). *Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie.* Warszawa: Jacek Santorski & Co.

(b) polska, redagowana

Strelau, J., Ciarkowska, W., Nęcka, E. (red.). (1992). *Różnice indywidualne: możliwości i preferencje.* Wrocław: Ossolineum.

(c) obcojęzyczna, redagowana

Steiner, M., Yonkers, K., Eriksson, E. (red.). (2001). *Mood disorders in women.* London: Martin Dunitz.

(d) książka o kolejnym wydaniu

Osofsky, J.D. (red.). (1998). *Handbook in infant development.* (wyd. 2). New York: Wiley.

Rozdziały w książkach

(a) publikacja polska

Sidor, B. (2001). Ojciec w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością umysłową. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa.* (s. 381–389). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

(b) publikacja obcojęzyczna

Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical implication.* (s. 469–496). New York: The Guilford Press.

Artykuły w czasopismach

Kościelska, M. (1993). Koncepcja osoby z upośledzeniem umysłowym jako uczestnika życia społecznego. *Przegląd Psychologiczny*, *3*, 341–353.

Nieopublikowane dysertacje i prace magisterskie

Jackowska, E. (1976). *Wpływ środowiska rodzinnego na przystosowanie społeczne dziecka* w *młodszym wieku szkolnym.* Nieopublikowana rozprawa doktorska, Wydział Filozoficzno-Historyczny, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.

Domurad, M. (1996). *Efektywność rozwoju umiejętności czytania u dziecka upośledzonego umysłowo* w *stopniu lekkim za pomocą „metody baśniowych spotkań"*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Rewalidacji i Resocjalizacji, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.

Referaty wygłoszone na konferencjach i innych spotkaniach

Jackowska, E. (1997). *Poczucie jakości życia u kobiet i mężczyzn po przebytym urazie mózgu.* Referat wygłoszony na II Sympozjum Opieki Paliatywnej – Hospicyjnej, Lublin.

Dosen, A. (1997). *Etiology, specific onset mechanisms oj mood disorders among people with intellectual disablement and prelevance.* Referat wygłoszony na European Course on Mental Retardation, Nunspeet, The Netherlands.

Raporty z badań

Strealu, J., Oniszczenko, W., Zawadzki, B. (1994). *Genetyczne uwarunkowania i struktura temperamentu młodzieży i dorosłych.* (Raport KBN 1108.91.02). Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii.

Wykaz literatury nie powinien zawierać informacji prywatnych, prac w przygotowaniu. Odwołanie się do takich źródeł może występować jedynie w przypisach.

Do przesłanego wydruku tekstu i jego wersji elektronicznej należy dołączyć:

1) prośbę wraz z podpisem, w której autor zwraca się do redakcji o wydrukowanie pracy w czasopiśmie *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo,* zamieszcza informację o zatrudnieniu, podaje swój tytuł naukowy, zajmowane stanowisko, adres, numer telefonu, adres e-mailowy;
2) pisemne oświadczenie, że praca nie była dotąd publikowana i nie została złożona w innej redakcji.

Zmiany i odstępstwa od podanych zasad należy uzgadniać z członkami Komitetu Redakcyjnego. Redakcja nie zwraca nadesłanych materiałów i zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian w tekstach, nie zmieniając ich treści merytorycznej.

Autorzy publikacji powinni ujawnić wkład poszczególnych autorów w powstanie publikacji, wkład innych podmiotów oraz źródła jej finansowania („finacial disclosure"), przy czym główną odpowiedzialność ponosi autor zgłaszajacy manuskrypt.

Wszelkie wykryte przejawy nierzetelności naukowej („ghost writing" – brak ujawnienia wkładu innych osób w powstawanie publikacji, „guest authorship" – udział autora w powstanie publikacji jest znikomy lub nie miał miejsca, a pomimo to jest autorem/współautorem publikacji) będą dokumentowane i nagłaśniane.

Artykuły recenzowane są poufnie i anonimowo („podwójna ślepa recenzja") przez dwóch zewnętrznych ekspertów niepozostających w konflikcie interesów z autorem/autorami manuskryptu zgodnie z „Dobrymi praktykami w procedurach recenzyjnych w nauce" (2011) opracowanymi przez MNiSW.

Procedura recenzowania oraz etapy obiegu pracy zgłoszonej do opublikowania znajdują się na stronie www.aps.edu.pl zakładka Wydawnictwo, zakładka *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo.*

Lista recenzentów publikowana jest w czasopiśmie raz w roku w numerze czwartym.

Materiały należy nadsyłać na adres:

Redakcja czasopisma *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa