

**Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 5**

*Pedagogika specjalna*

**( skrypt część II)**

**Krystyna Ruska  
Krystyna Kunicka  
Karina Matejek**

**Sosnowiec 2002**

## **Spis treści**

### DZIECKO UPOŚLEDZONE UMYSŁOWO W RODZINIE

Wprowadzenie

Rozdział I – Rodzina a rozwój dziecka

1. Rodzina jako grupa społeczna i jej wpływ na jednostkę.
2. Funkcje rodziny.
3. Postawy rodzicielskie.
4. Systemy wychowania i opieki nad dzieckiem w rodzinie.

Rozdział II – Istota i przyczyny upośledzenia umysłowego

1. Pojęcie, kryteria i klasyfikacje upośledzenia umysłowego
2. Charakterystyka poszczególnych stopni upośledzenia.
3. Etiologia upośledzenia.

Rozdział III – Dziecko upośledzone umysłowo w rodzinie

1. Rodzice wobec problemów diagnozy i stojących przed nimi zadań.
2. Pomoc psychopedagogiczna.
3. Znaczenie akceptacji dziecka upośledzonego przez rodzinę.

Zakończenie

Bibliografia

### MÓZGOWE PORAŻENIE DZIECIĘCE

Wstęp

Rozdział I – Analiza tematu w świetle literatury przedmiotu

1. Definicje, klasyfikacje i przyczyny mózgowego porażenia dziecięcego.
2. Rodzice w procesie rewalidacji dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Rozdział II – Psychopedagogiczne aspekty rozwoju dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym

1. Samoocena dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.
2. Czynniki kształtujące osobowość dziecka z MPD.

Rozdział III – Postępowanie korekcyjne z dzieckiem z MPD

1. Psychoterapia u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.
2. Muzykoterapia dzieci z MPD.
3. Biblioterapia.

4. Hipoterapia.
5. Rehabilitacja dzieci z MPD.
6. Najczęściej stosowane metody usprawniania ruchowego dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi.

Rozdział IV – Nauczanie dzieci z MPD

Bibliografia

ZACHOWANIA AGRESYWNE DZIECI W MŁODSZYM WIEKU SZKOLNYM

Wstęp

Rozdział I - Teoretyczne i praktyczne spojrzenie na problem agresji

1. Rodzaje zachowań agresywnych ze względu na przedmiot agresji.
2. Podział zachowań agresywnych ze względu na formy ich występowania.
3. Podział zachowań agresywnych ze względu na źródło ich powstawania.
4. Zewnętrzne i wewnętrzne przyczyny agresji.

Rozdział II – Psychologiczne metody zmniejszania agresji

1. Terapia psychoanalityczna.
2. Metoda psychodramy.
3. Terapia behawioralna.

Uwagi końcowe

Bibliografia

# **Dziecko upośledzone umysłowo w rodzinie**

## Wprowadzenie

Wychowanie dziecka jest jednym z najtrudniejszych zadań, z jakimi człowiekowi przychodzi się zmierzyć, a zarazem jednym z tych, do powołania których jesteśmy nad wyraz skromnie przygotowani. Myśl o posiadaniu dziecka zazwyczaj zachwyca nas i przeraża równocześnie. Ludzie chcą mieć dzieci, aby zapewnić kontynuację swojego rodu, ponieważ popędza ich własny zegar biologiczny, albo dlatego, że dzieci są obiektem miłości. Niektórzy pragną zapewnić dziecku to, czego sami nigdy nie doznali, i w ten sposób zrekompensować sobie poczucie przegranej. Tak egoistyczne pobudki bardziej wiążą się z naszymi oczekiwaniami wobec życia, niż z tym nowym człowiekiem i jego życzeniami. Tymczasem cele rodzicielstwa dają się łatwo określić. Chodzi o to, aby wychować ludzi, którzy będą potrafili wykształcić w sobie wiarę we własne siły i przeświadczenie o celowości swojego życia. Nie jest to niestety zadanie łatwe i nigdzie nie znajdziemy recepty na to, jak wychować swoje dziecko na człowieka szczęśliwego i wartościowego.

Każda jednostka ludzka przychodzi na świat z pewnymi predyspozycjami uwarunkowanymi genetycznie. Może się więc zdarzyć, że urodzi nam się dziecko wybitnie uzdolnione w jakiejś dziedzinie, ale bywa też i tak, że nowy członek rodziny jest jednostką niepełnosprawną, np. upośledzoną umysłowo. Wówczas na rodziców spada o wiele więcej problemów, a wychowanie i opieka nad dzieckiem jest bardziej uciążliwa i bardziej skomplikowana niż w przypadku urodzenia się dziecka sprawnego. Rodzice nierzadko stają wobec pytania, czy istnienie ich dziecka jest sensowne i nie zawsze znajdują w sobie dość siły, by na nie odpowiedzieć twierdząco. Z wypowiedzi wielu rodziców wynika, że są oni zupełnie nie przygotowani do nowych zadań, liczą, że ktoś ich w pracy z dzieckiem wyręczy. Oczekują wyleczenia. Nie zdają sobie sprawy, iż zaburzenie dziecka to jest stan, a nie choroba, że nie istnieje lek działający radykalnie. Zadają sobie pytania: Dlaczego mnie to spotkało?

Dlaczego to mój syn czy moja córka jest chora? Kto jest winien – ja czy mąż? Może zawinili lekarze? Pytania te są naturalnym odruchem szukania przyczyny narodzin dziecka niepełnosprawnego. Dla rodziców i otoczenia jest to sytuacja nowa i trudna.

Rodzina wychowująca dziecko niepełnosprawne, aby prawidłowo realizować swe podstawowe zadania, a także aby zachować równowagę i trwałość, musi dokonać istotnych przekształceń w swoim dotychczasowym funkcjonowaniu. Posiadanie dziecka specjalnej troski przysparza bowiem rodzinie wielu problemów natury wychowawczej, emocjonalnej i społecznej.

Duże znaczenie dla rodziców ma czynnik społeczny. Panuje coraz większe zrozumienie dla problemów rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym, rośnie świadomość, iż tylko poprzez pomoc rodzinie możliwa jest pomoc w rozwoju dziecka. Chodzi również o możliwość zmniejszenia stopnia cierpienia dziecka i poprawę funkcjonowania wszystkich członków rodziny. Sieć wsparcia społecznego powinna być na tyle duża, aby w sytuacji trudnej rodzina mogła liczyć na pomoc i ją otrzymać. Wysoki poziom pomocy obniża stres wywołany koniecznością opieki nad upośledzonym dzieckiem.

Nie ma chyba uczuć, których nie przeżywaliby rodzice dzieci niepełnosprawnych, bo choć wiele miejsca w ich życiu zajmuje ból, smutek i rozpacz, to jest tam także miejsce na radość i nadzieję, dumę i szczęście. Myślę więc, że życie takiej rodziny powinno przebiegać normalnie pomimo niesprawności jednego z jej członków.

Życiem rodziny zajmuje się wiele gałęzi nauki. Liczne publikacje z zakresu psychologii, pedagogiki, socjologii, ekonomii i prawa stawiają rodzinę w centrum swoich badań. Tak szerokie zainteresowania rodziną mają swoje źródła w założeniach, iż stanowi ona jeden z najważniejszych czynników w rozwoju i kształtowaniu osobowości dzieci i młodzieży, niezależnie od tego czy są to dzieci upośledzone czy sprawne umysłowo. Wszystkie dokumenty i regulacje prawne podkreślają rolę rodziny jako podstawowej komórki społecznej oraz rolę rodziców jako głównych wychowawców młodego pokolenia. Jednocześnie kładą nacisk na odpowiedzialność współmałżonków za funkcjonowanie rodziny, a w przypadku jej rozbitcia na zabezpieczenie

interesów tego z rodziców, pod opieką którego pozostają dzieci z rozbitego związku.

Interesującym zagadnieniem w bogatej problematyce życia rodzinnego jest funkcjonowanie rodzin z dziećmi upośledzonymi umysłowo. W niniejszej pracy zamierzam omówić rolę i wpływ środowiska rodzinnego na kształtowanie się osobowości dziecka, etiologię i klasyfikację upośledzeń umysłowych, a w dalszej części pracy zanalizować sytuację rodzin z dzieckiem upośledzonym.

## **ROZDZIAŁ I**

### **Rodzina a rozwój dziecka**

#### **1. Rodzina jako grupa społeczna i jej wpływ na jednostkę**

Charakterystyczną cechą egzystencji człowieka jest skłonność do przebywania z innymi ludźmi. Potrzeba bezpośrednich, osobistych i trwałych kontaktów jest zaspokajana przez uczestnictwo w małych grupach społecznych. Taką naturalną i podstawową komórką społeczną jest rodzina. M. Ziemska określa ją następująco: „Rodzina jako mała naturalna grupa społeczna, składająca się głównie z małżonków i ich dzieci, stanowi całość względnie trwałą, podlegającą dynamicznym przekształceniom związanym głównie z biegiem życia jednostek wchodzących w jej skład; opiera się ona na zastanych tradycjach społecznych i rozwija własne tradycje.” (Ziemska M., 1979, s. 11).

Uczestnictwo w małych grupach ma podstawową wagę dla procesu kształtowania społecznej osobowości jednostki. Małe grupy są głównym terenem uspołecznienia, przez nie przenikają wpływy szerszych środowisk i kręgu kulturowego, przekazują więc jednostce wartości, normy i wzory zachowań. Małe grupy, takie jak rodzina, stają się przekąźnikami wartości i wzorów kulturowych, Równocześnie zaś jednostki jako członkowie grup bogacą swe umiejętności współżycia społecznego. Członkowie rodziny



oglądają siebie samych w oczach najbliższych i postępują tak, aby zyskać uznanie kręgu osób z którymi są zżyci i które cenią.

Szczególnie widoczne jest to w odniesieniu do dziecka, dla którego rodzina jest pierwszym i podstawowym miejscem rozwoju. Dzięki rodzinie dziecko zdobywa wiadomości o życiu, kształtuje nawyki i przyzwyczajenia, uczy się umiejętności współżycia z ludźmi, przygotowuje do przyszłej samodzielnej działalności. To w rodzinie przede wszystkim rozwijają się pierwsze wyobrażenia dziecka o jego własnym miejscu w życiu, kształtują się podstawowe cechy jego charakteru, jego potrzeby i dążenia, postawy życiowe i wartości etyczne – moralne. Żadna instytucja, żaden zakład opiekuńczo – wychowawczy nie jest w stanie zastąpić rodziny. Pozbawienie dziecka możliwości wzrastania w rodzinie, pozbawienie go bezpośredniego, trwałego kontaktu z osobami najbliższymi, w pewien sposób je upośledza. Rozwój osobowości społecznej jest wówczas zaburzony, rozwój umysłowy opóźnia się, a uczuciowy zostaje po prostu zahamowany.

Wpływ małej grupy społecznej na jednostkę jest silniejszy niż innych, większych kręgów społecznych. Przede wszystkim niska liczebność małej grupy umożliwia kontaktowanie się bezpośrednio, „twarzą w twarz”, a więc i wzajemne oddziaływanie na siebie. Wzajemne styczności członków małej grupy są w dużej mierze trwałe i wynikają z potrzeb osobistych, mają zazwyczaj charakter stosunków przyjacielskich. Istnieje też większa możliwość pełnej identyfikacji, utożsamienia się jednostki z grupą. „Dzięki tym własnościom rodzina jako mała grupa umożliwia swym członkom zaspokojenie potrzeb emocjonalno – społecznych: doznawania uczuć ciepłych, przyjaznych, tkliwych i obdarzania takimi uczuciami, zapewnia poczucie przynależności i wzmacnia poczucie bezpieczeństwa, spokoju, odprężenia.” (Ziemska M., 1979, s. 15).

Wśród małych grup możemy wyróżnić grupy formalne i nieformalne. W grupie nieformalnej układ ról społecznych, sankcji i wzorów postępowania wytwarza się spontanicznie w procesach codziennego wzajemnego oddziaływania. Grupy formalne tworzone są dla konkretnych celów, powoływane do wykonywania specjalnych zadań, oparte są one na

zinstytucjonalizowanym i schematycznym układzie ról i stosunków pomiędzy członkami, a także podlegają formalnemu systemowi kontroli. W grupie formalnej dominują kontakty rzeczowe, często pośrednie, natomiast w grupie nieformalnej, zwanej również pierwotną czy też naturalną (ze względu na pewną samorzutność powstawania), przeważają kontakty osobiste i bezpośrednie. Grupa nieformalna wywiera ogromny wpływ uspołeczniający na swych członków, zwłaszcza gdy są z nią trwale i silnie związani.

Rodzina jest chyba jedyną grupą społeczną, która ma cechy grupy formalnej i nieformalnej zarazem. Spełnia zadania na rzecz swych członków i całego społeczeństwa. Ma swą strukturę wyznaczoną przez układ ról społecznych: męża i żony, ojca i matki, syna i córki, siostry i brata, dziadka i babci i wynikający z niego układ stosunków międzyosobowych. Jest więc grupą formalną. Jednocześnie jednak ma cechy grupy nieformalnej, gdyż opiera się na wzorach działania przekazywanych przez obyczaj i tradycję, a małżeństwo jest związkiem dobrowolnym.

Zaangażowanie jednostki w małej grupie może być różne, zależnie od wielkości tego zaangażowania grupa wywiera na jednostkę większy lub mniejszy wpływ. W takich grupach jak rodzina członkowie uczestniczą najczęściej pełnią swej osobowości i dzięki temu oddziałuje ona w zasadniczy sposób na ich myślenie i działanie. Członkowie rodziny mają poczucie przynależności do siebie nawzajem, a poczucie to staje się oparciem dla ich osobistych dążeń. Rodzina daje jednostce najwcześniej i najpełniej doświadczenie w zakresie współżycia z innymi, a jednocześnie jest grupą stosunkowo trwałą i oddziałuje na swych członków przez długi okres czasu. Jest dla nich pozytywną grupą odniesienia.

Jednym z istotnych elementów charakteryzujących małą grupę jest swoista struktura stosunków międzyosobowych. Po utworzeniu się małej grupy stopniowo powstaje układ wzajemnych stosunków między członkami. Wyjaśnia się, jakie miejsce przypada każdemu we wspólnych działaniach, czego od kogo można oczekiwać, kto jak ma postąpić w określonych sytuacjach. Powoli zarysowuje się struktura małej grupy ze względu na konieczność wzajemnego dostosowania się członków do osobistych właściwości oraz ze względu na ich

współdziałanie w realizacji zadań grupowych, a także ze względu na konieczność harmonijnego włączenia grupy w kontekst szerszej społeczności. Struktura stosunków wewnątrz grupy ulega oczywiście przeobrażeniom w miarę zmian w jej składzie osobowym, czy też zmian w zakresie zadań. Tak właśnie dzieje się w rodzinie.

Atrakcyjność grupy w dużej mierze zależy od tego, na ile grupa ta jest w stanie zaspokoić potrzeby swych członków. Tak więc rodzina jest grupą bardzo atrakcyjną, może bowiem zaspokoić ważne dla każdego człowieka potrzeby, np. uczuciowej przynależności, potrzebę uznania czy poczucie bezpieczeństwa. Jednym z głównych źródeł atrakcyjności grupy takiej jak rodzina są poszczególni jej członkowie. Oni bowiem zaspokajają istotną potrzebę afiliacji (czyli przynależności uczuciowej). Członkowie ci mogą przyciągać się nawzajem ze względu na różne cechy osobowości i właściwości intelektu czy usposobienia. Każdy pragnie być uznawany, podziwiany, szanowany czy kochany i jeśli uważa, że ktoś inny darzy go miłością, przyjaźnią, podziwem, ma tendencję do odwzajemniania tych uczuć. Zaspokajanie potrzeb emocjonalnych jest bardzo ważnym źródłem atrakcyjności i spójności małżeństwa czy rodziny. W czasie trwania małżeństwa partnerzy powinni być wzajemnie dla siebie nie tylko atrakcyjni, ale powinni też akceptować się wzajemnie pod wieloma względami. Akceptować współmałżonka jako partnera seksualnego, jako matkę czy ojca własnych, wspólnych dzieci, gospodarza czy gospodynię domu, towarzysza czy towarzyszkę wspólnego życia, partnera w spędzaniu wolnego czasu. Ta wzajemna akceptacja świadczy o oczekiwaniu zaspokojenia czy też o faktycznym zaspokajaniu przez partnera pewnych potrzeb i jest wyrazem spójności małżeństwa. Natomiast dezaprobatą wiąże się z osłabieniem lub nawet zerwaniem więzi małżeńskiej, gdyż partnerzy przestają być dla siebie atrakcyjni z uwagi na niezaspokajanie wzajemne szeregu potrzeb. (Ziemska M., 1979).

Mała grupa jest tym bardziej atrakcyjna, im bardziej harmonijne są stosunki panujące wewnątrz grupy. Jeśli życie rodzinne jest zgodne, jeśli w rodzinie panuje wzajemne zrozumienie i współdziałanie, wówczas dzieci w tej rodzinie mają pozytywny wzorzec do naśladowania, a także dobrą atmosferę

do wzrastania i rozwoju. Dla członków małej grupy ważna jest także akceptacja celów grupy. Dla członków rodziny celem staje się samo uczestnictwo w niej ze względu na jej atrakcyjność, a życie rodzinne staje się środkiem realizacji celów szerszych, społecznie ważnych, z których najdonioślejsze nazywamy funkcjami rodziny. (Ziemska M., 1979).

W dalszej części pracy przejdę do omówienia podstawowych funkcji rodziny.

## **2. Funkcje rodziny**

Kiedy mówimy o funkcjach, mamy na uwadze nie tylko zadania, jakie przyjmuje na siebie rodzina, ale i skutki wywoływane przez działania i zachowania jej członków, bez względu na to, czy były zamierzone, czy też nie zamierzone i nie uświadamiane. (Jundził I., 1989). Funkcje rodziny możemy podzielić na dwie kategorie: na zadania spełniane na rzecz społeczeństwa, oraz na zadania jakie rodzina wypełnia wobec własnych członków.

Zadaniem spełnianym na rzecz społeczeństwa jest funkcja prokreacyjna rodziny. Rodzina jest jedyną grupą społeczną rozszerzającą się dzięki funkcjom biologicznym. Dostarcza w ten sposób członków nie tylko dla własnej grupy, ale i dla całego społeczeństwa. Narody o małym przyroście naturalnym ulegają starzeniu się, co jest zjawiskiem niekorzystnym. Nadmierny przyrost jest także kłopotliwy, wywołuje trudności, zwłaszcza w zakresie wyżywienia ludności. Wielu demografów twierdzi, że reprodukcję biologiczną społeczeństwa zapewnia rodzina z trojgiem dzieci. (Jundził I., 1989). Dzięki swej funkcji prokreacyjnej rodzina dostarcza społeczeństwu pracowników, spełnia więc tzw. funkcję produkcyjną, choć w sposób bardzo zmodyfikowany w stosunku do wzorów z ubiegłych wieków, gdzie warsztat produkcyjny znajdował się na terenie domu. (Ziemska M., 1979).

Kolejną funkcją spełnianą wobec społeczeństwa jest funkcja usługowo – opiekuńcza polegająca na zapewnianiu codziennych usług - takich jak wyżywienie, czystość mieszkania, odzieży - oraz opieki tym członkom rodziny, którzy nie są w pełni samodzielni wskutek choroby, wieku, czy jakiejś niepełnosprawności.

Funkcja socjalizująca polega na tym, że rodzina wprowadza w społeczeństwo nowych obywateli, przekazując im język, podstawowe wzory zachowania obowiązujące w danym społeczeństwie, zwyczaje, obyczaje, wprowadza ich w świat wartości moralnych i wartości kultury. Kontroluje przy tym zachowanie swych członków. Funkcja socjalizująca przejawia się nie tylko w stosunku do dzieci, które dzięki życiu w rodzinie wrastają w społeczeństwo, ale i współmałżonków, gdyż proces dostosowywania się ich w małżeństwie jest procesem socjalizującym.

Następną funkcję M. Ziemska nazywa psychohigieniczną. Funkcja ta zapewnia członkom poczucie stabilizacji, bezpieczeństwa, równowagę emocjonalną, a także warunki do rozwoju osobowości. „Rodzina przez wypełnianie tej funkcji przyczynia się do ugruntowania i kultywowania zdrowia psychicznego w społeczeństwie.” (Ziemska M., 1979, s. 39).

Obok zadań na rzecz społeczeństwa rodzina spełnia równocześnie zadania wobec swych członków, mianowicie zaspokaja szereg różnorodnych potrzeb członków rodziny. Zaspokajane są potrzeby seksualne małżonków, co pozostaje w związku z funkcją prokreacyjną. Dzięki możliwości zarabiania zaspokajane są potrzeby ekonomiczne rodziny – posiadanie niezbędnych zasobów materialnych.

Rodzina zaspokaja też potrzeby bytowe oraz opiekuńcze członków, przy czym zostaje zaspokojona zarówno potrzeba troszczenia się o innych, jak i doznawania opieki. Równocześnie w rodzinie zaspokajane są potrzeby emocjonalne: miłości i przynależności, zrozumienia i wymiany uczuć, uznania i szacunku, poczucia bezpieczeństwa. Rodzina stwarza swym członkom okazję do kształtowania i wzbogacania swej osobowości. Zaspokojenie tych potrzeb łączy się ze spełnieniem funkcji psychohigienicznej rodziny.

Pozostało mi jeszcze wymienić najbardziej istotną dla potrzeb niniejszej pracy funkcję rodziny, mianowicie funkcję wychowawczą. W zasadzie rodzinę zakłada małżeństwo, które czuje się gotowe do podjęcia funkcji opiekuńczych i wychowawczych wobec mających się narodzić dzieci. (Ziemska M., 1979).

„Funkcja wychowawcza jest niezwykle złożona i uzależniona od omówionych poprzednio. W jej skład wchodzi: socjalizacja dziecka, pełne zaspokojenie

jego potrzeb, przekazanie mu podstaw kultury oraz norm regulujących ludzkie współzycie, ukształtowanie aspiracji i dążeń oraz przygotowanie do pełnienia w przyszłości ról rodzicielskich.” (Jundziłł I., 1989, s. 15).

Najważniejszym zadaniem wychowawczym jest prawidłowa socjalizacja dziecka. Socjalizacja, czyli uspołecznienie, polega na wdrożeniu jednostki do współzycia z ludźmi. Kontakty z rodzicami, z rodzeństwem i innymi osobami bliskimi stają się wzorem obcowania z rówieśnikami i dorosłymi poza rodziną. Wzajemne poszanowanie, kultura języka są to wartościowe wzory, które dziecko przyjmuje w sposób naturalny. W rodzinie o niskiej kulturze osobistej, w której nieporozumienia rozstrzyga się krzykiem i wyzwiskami, uczy się ono niewłaściwego odnoszenia do innych, nie wyłączając rodziców. Proces uspołeczniania przebiega zwykle w sposób spontaniczny, bez specjalnych pouczeń. Socjalizacja jest niewątpliwie łatwiejsza w rodzinach z kilkorgiem dzieci, w których utrzymuje się jednocześnie ścisły kontakt z dziadkami i krewnymi. Powstają wówczas liczne okazje do świadczenia wzajemnych usług i do zdobywania doświadczeń w zakresie współzycia i współdziałania. Wprawdzie większa liczba osób powoduje, że wzrasta również liczba nieporozumień, jednak takie właśnie sytuacje uczą umiejętności rozumienia potrzeb innych ludzi, uczą tolerancji i życzliwości. Są to cechy niezwykle ważne w kontaktach międzyludzkich.

Kolejnym zadaniem w ramach funkcji wychowawczej jest pełne zaspokajanie potrzeb dzieci, zarówno biologicznych jak i psychicznych. Do podstawowych potrzeb biologicznych należą: zapewnienie dziecku odpowiedniego wyżywienia, ubrania, odpowiednich warunków higienicznych do snu, wypoczynku, zabawy czy nauki. Jednakże oprócz tych biologicznych istnieją jeszcze bogate potrzeby psychiczne: bezpieczeństwa, miłości, samodzielności, uznania itd. Bez zaspokojenia tych potrzeb dziecko nie będzie rozwijać się prawidłowo. Szczególnie ważna jest potrzeba bezpiecznego oparcia w osobach najbliższych. Przekonanie o trwałości rodziny, o tym, że w chwilach trudnych znajdzie w niej zrozumienie i pomoc, pozwala żyć spokojnie i radośnie. Rodzina dzięki stałości składu osobowego daje dziecku oparcie i poczucie bezpieczeństwa. Stabilność środowiska rodzinnego stanowi bardzo

ważny czynnik równowagi emocjonalnej i zdrowia psychicznego dziecka. Rozbite rodziny przez śmierć, rozwód czy separację rodziców stanowi zawsze szok i pozostawia u dziecka trwałe urazy, którymi można tylko łagodzić. Małe dziecko szczególnie silnie odczuwa lęk przed opuszczeniem. Lekarze twierdzą, iż ma ono ten lęk niejako zakodowany w psychice i dlatego bardzo źle znosi rozłąkę z matką.

Każdy człowiek chce być kochany, ale dziecko bardzo silnie odczuwa potrzebę przynależności uczuciowej. Pragnie być kochane, akceptowane przez rodziców, chce być dla nich najważniejsze, najdroższe. Czasami rodzice kochając swoje dzieci nie okazują im tego. Tak zachowują się niektórzy ojcowie (zwłaszcza wobec synów), traktując objawy uczucia jako słabość nie liczącą z męskością. Z tego powodu wiele dzieci cierpi sądząc, że ojciec ich nie kocha. Utrudnia to wzajemne kontakty i oddziaływania wychowawcze. Niektórzy mylnie sądzą, że okazywana dziecku miłość może być przez nie wykorzystana, co przejawia się w nieposłuszeństwie lub braku poszanowania autorytetu rodzicielskiego. Miłość rodzicielska nie oznacza pobłażliwości i anarchii w rodzinie. Wyraża się w przyjmowaniu dziecka takim, jakie ono jest, bez żalu, że nie jest inne.

Rodzina ma obowiązek stopniowo usamodzielniać dziecko, w miarę nabywanych przez nie doświadczeń. Rozszerzanie zakresu swobody umożliwia mu stawanie się jednostką samodzielną. Niektórzy rodzice długo wyręczają dziecko, wykonują za niego wszystko, łącznie z czynnościami samoobsługowymi, a potem dziwią się dlaczego ich nastoletnia córka czy syn są niezaradni, niezręczni, niesamodzielnymi i ciągle oczekują pomocy rodziców. Potrzeba samodzielności w tych dzieciach została zlekceważona, zagłuszona przez rodziców we wczesnym dzieciństwie, nic dziwnego więc, że nie odczuwają tej potrzeby w późniejszym życiu i nie potrafią robić wielu rzeczy, gdyż nie pozwolono im, aby się w odpowiednim czasie tego nauczyły.

Kolejna potrzeba, którą należy zaspokoić, to potrzeba uznania. Dorośli powinni rozumieć i doceniać wysiłek dziecka wkładany nawet w proste, zdawałoby się, czynności. Tak trudno samodzielnie stawiać pierwsze kroki, powiedzieć poprawnie to, co chciałoby się wyrazić, niezmiernie kłopotliwe jest

zapinanie guzików i wkładanie właściwego buta na odpowiednią nogę. Pochwała, w przypadku udanych czynności, pozwala małemu uwierzyć w swoje siły i zachęca do nowych, coraz trudniejszych prób. W życiu dziecka dorastającego, uznanie jest ogromnie potrzebne do akceptacji siebie i uznania własnej wartości.

Wymieniając zadania wchodzące w skład funkcji wychowawczej, wspomniałam o zapoznawaniu z dziedzictwem kulturalnym oraz normami moralnymi. Zapoznawanie z dziedzictwem kulturalnym narodu dokonuje się przez wdrażanie do zachowań obowiązujących w danej kulturze, a także przez uczenie korzystania z dóbr kultury oraz przygotowanie do odbioru sztuki w jej różnych dziedzinach. Jest to ogromna płaszczyzna, na której młode pokolenie uczy się stosunku do świata i do życia. Rodzina wdraża do poprawnego posługiwania się mową, rozróżniania właściwych form zachowania od nagannych, umożliwia kontakt z muzyką, malarstwem, przyzwyczajają do reagowania na piękno. Zapoznanie z normami moralnymi odbywa się na zasadzie socjalizacji, ale również przez wyjaśnianie i przekonywanie. Przestrzeganie przez rodziców form grzecznościowych, nieokłamywanie dziecka, a także ukazywanie wzorów moralnego postępowania ułatwia mu opanowanie zachowań pożądaných. Wychowywane w atmosferze szczerości i prawdy nie potrafi i nie odczuwa potrzeby kłamania. Podobnie kształtują się przyzwyczajenia i nawyki w innych dziedzinach postępowania.

Kolejne zadanie to kształtowanie aspiracji i dążeń dzieci – pomoc w uzyskiwaniu przez nie odpowiedniej pozycji społecznej. Należy oczywiście najpierw rozpoznać możliwości dziecka i tak nim kierować, aby je maksymalnie wykorzystało, aby zostało dobrze przygotowane do samodzielnego życia i znalazło w społeczeństwie właściwe miejsce. To nie ambicje rodzicielskie, ale zdolności i zainteresowania dziecka mają stanowić o wyborze zawodu. Zbyt wysokie aspiracje mogą wywołać wiele kłopotów i prowadzić do załamania, natomiast zbyt niskie zaprzepaszczą posiadane możliwości.

Ostatnie zadanie dotyczy przygotowania do założenia własnej rodziny. Wprawdzie uczestnictwo w życiu już samo przez się wdraża do przyszłego małżeństwa i rodzicielstwa, to jednak zdobywane doświadczenia nie zawsze są



wystarczające. Należy więc uczyć zgodnego współżycia, planowania wydatków, racjonalnego żywienia, sporządzania posiłków, utrzymywania porządku itp. Rodzice powinni też prowadzić z dorastającymi dziećmi rozmowy dotyczące wyboru małżonka, organizacji życia rodzinnego. Nauczanie w szkole przedmiotu „przygotowanie do życia w rodzinie” nie jest w stanie zastąpić przykładu dobrze funkcjonującej rodziny, która wyrabia pożyteczne umiejętności i nawyki. (Jundził I.,1989).

Scharakteryzowałam pokrótce najważniejsze funkcje rodziny, zarówno te pełnione na rzecz społeczeństwa, jak i te, które rodzina wypełnia w celu zaspokojenia potrzeb swych członków. Najwięcej uwagi poświęciłam funkcji wychowawczej, gdyż właściwe jej spełnianie decyduje o prawidłowym rozwoju dziecka.

Nie wszystkie rodziny spełniają należycie wymienione funkcje i nie zawsze zaspokajają potrzeby swych członków. Powstaje wówczas problem dysfunkcyjności rodziny. Rozpatrując rolę rodziny w życiu dziecka można stwierdzić, że właściwie wszystkie funkcje rodziny są źródłem istotnych wartości dla wzrastającego młodego pokolenia. Powiedziałabym jednak, że jednym z naczelných zadań rodziców jest zaspokajanie podstawowych potrzeb psychicznych dziecka. Zaspokojenie tych potrzeb jest uzależnione od uczuciowego ustosunkowania się rodziców do dziecka, czyli od postaw rodzicielskich.

### **3. Postawy rodzicielskie**

Charakter emocjonalnego stosunku rodziców do dziecka określamy jako postawę rodzicielską. M. Ziemska określa postawę rodzicielską jako „tendencję do zachowania się w pewien specyficzny sposób w stosunku do dziecka”.(Ziemska M.,1973,s. 32). Ta tendencji do reagowania w określony sposób musi być w pewnym stopniu utrwaloną, aby zyskać miano postawy. Chodzi tu o względnie stały stosunek emocjonalny, który dominuje w sposobie odnoszenia się do dziecka i myślenia o nim. Każda postawa ma trzy składniki: uczuciowy, myślowy i działania. Najbardziej charakterystyczny i znaczący jest

składnik uczuciowy, on bowiem wyznacza kierunek myślenia i działania rodziców. Składnik myślowy (czyli poznawczy) może być wyrażony w formie poglądu na dziecko. Składnik uczuciowy natomiast znajduje wyraz zarówno w wypowiedziach, jak i w zachowaniu, przez swoisty rodzaj ekspresji, która im towarzyszy. Gdy rodzice przyjmują pewien typ postawy w stosunku do dziecka, to konsekwencją tego będzie spostrzeganie, ocenianie i traktowanie dziecka w sposób specyficzny, który warunkuje daną postawę. Składniki działania uwidoczniają się w zachowaniu rodziców w stosunku do dziecka. Postawy rodzicielskie mogą być właściwe, stwarzające odpowiednie warunki psychospołeczne dla prawidłowego rozwoju dziecka oraz niewłaściwe, wpływające ujemnie na kształtowanie się jego osobowości. Przejdę teraz do omówienia prawidłowych postaw rodzicielskich.

a. Postawa akceptacji.

Akceptować dziecko to znaczy przyjąć go takim, jakie ono jest, z jego cechami fizycznymi, usposobieniem, z jego umysłowymi możliwościami i łatwością osiągnięć w jednych dziedzinach, a ograniczeniami i trudnościami w innych. Rodzice akceptujący dziecko dają mu do zrozumienia, że jest kochane, cenione za to, że po prostu jest, a nie za to, co robi. Postawę taką można określić jako postawę otwartego serca. Rodzice nie kryją miłości do dziecka ani też jej nie udają. Kontakt z dzieckiem jest dla nich przyjemnością i daje im zadowolenie, a dziecku zapewnia poczucie bezpieczeństwa i radość życia. Postawa akceptacji sprzyja kształtowaniu się u dziecka zdolności do nawiązania trwałej więzi emocjonalnej, do przywiązania oraz zdolności do wyrażania uczuć. Dziecko czuje się pewnie w swoim domu rodzinnym, jest wesołe, miłe, usługujące i odważne.

b. Współdziałanie z dzieckiem.

Przejawia się ono w zaangażowaniu i zainteresowaniu rodziców zabawą i pracą dziecka, a także wciąganiu i angażowaniu dziecka w życie rodziny, w

zajęcia i sprawy rodziców i domu – oczywiście odpowiednio do wieku i jego możliwości rozwojowych. Dziecko ma prawo do wyrażenia swojej własnej opinii, decydowania w sprawach bliskich mu osób, przez co czuje się potrzebne w rodzinie i wartościowe. Jest ufne w stosunku do rodziców, często zwraca się do nich po radę czy pomoc. Jest wytrwałe, zadowolone z pracy, potrafi podejmować zobowiązania i troszczyć się o własność swoją i innych.

#### c. Rozumna swoboda.

Danie dziecku właściwej dla jego wieku rozumnej swobody zaspokoi potrzebę samodzielności, pozwoli odczuć, że rodzice mają do niego zaufanie. W miarę rozwoju coraz bardziej uniezależnia się ono od rodziców, ale zarazem rozbudowuje się świadoma więź psychiczna. Mimo że zakres swobody zwiększa się wraz z wiekiem dziecka, rodzice potrafią utrzymać autorytet i kierować dzieckiem w takiej mierze, w jakiej jest to pożądane.

#### d. Uznanie praw dziecka.

Chodzi o uznawanie praw dziecka w rodzinie jako równych, bez przeceniania i niedoceniań jego roli. Rodzice pozwalający dziecku swobodnie działać i dający mu do zrozumienia, że za wyniki tego działania jest ono odpowiedzialne, kierują nim poprzez stosowanie sugestii, wyjaśnienie i tłumaczenie, wspólne uzgadnianie swoich praw i obowiązków. Dziecko przy takiej postawie rodziców wie, czego się od niego oczekuje, oraz że te oczekiwania są na miarę jego możliwości. Kiedy rodzice przejawiają postawę uznającą prawa dziecka, wówczas może ono ukształtować w sobie takie cechy, jak lojalność i solidarność w stosunku do innych członków rodziny. Nie musi polegać wyłącznie na rodzicach – może natomiast podejmować wiele czynności samodzielnie.

Rodzice przejawiający właściwe postawy rodzicielskie są zdolni do obiektywnej oceny dziecka dzięki zachowaniu odpowiedniego dystansu wobec niego, a zarazem akceptacji jego osoby. Otaczają swoje dziecko opieką, dostrzegają i zaspokajają jego potrzeby, mają duży margines cierpliwości, gotowości tłumaczenia i wyjaśniania. Łatwo nawiązują kontakt z dzieckiem.

Jest on przyjemny dla obu stron, oparty na wzajemnej sympatii i zrozumieniu. Cieszą się dzieckiem, widząc w nim wzrastającą odrębną jednostkę z własnym życiem. (Ziemska M.,1973). Właściwa postawa sprzyja wszechstronnemu rozwojowi intelektu dziecka, jego aktywności, uspołecznienia i przystosowania szkolnego.

Inaczej jest w przypadku niewłaściwych postaw rodzicielskich. Podłożem ich jest zazwyczaj nadmierny dystans uczuciowy wobec dziecka, bądź nadmierna koncentracja nad nim. Zdaniem J. Rembowskiego, rodzice wykazujący niewłaściwą postawę rodzicielską wobec dziecka charakteryzują się tym, że traktują dziecko jako ciężar, nie lubią dziecka, jawnie okazują swoją niechęć w stosunku do niego. Nie interesują się nim, jego potrzebami, towarzystwem, nauką szkolną, planami życiowymi i ambicjami, a w stosunku do dzieci są surowi, a nawet brutalni. (Rembowski J. 1972).

Każdej z wymienionych postaw właściwych, sprzyjających zaspokojeniu psychicznych potrzeb dziecka, odpowiada postawa przeciwna, wychowawczo niewłaściwa. A więc akceptacji – odtrącenie, współdziałaniu – unikanie, rozumnej swobodzie – nadmierne ochranianie, uznaniu praw – zbyt wysokie wymagania, zmuszanie, ustawiczne korygowanie.

#### e. Postawa unikająca.

Cechuje ją ubóstwo uczuć lub wręcz obojętność uczuciowa rodziców. Przebywanie z dzieckiem nie stanowi dla nich przyjemności, czasem bywa odczuwane jako trudne. W skład tej postawy wchodzi: ukryta lub jawna bez troska posunięta czasami do braku poczucia odpowiedzialności, ignorowanie dziecka, zaniedbywanie go pod różnymi względami, zarówno jego potrzeb uczuciowych, jak i potrzeb w zakresie opieki nad nim, niedbałość i brak konsekwencji w stawianiu wymagań i przestrzeganiu ich wykonania. Po prostu rodzice prawie nie interesują się dzieckiem i nie współdziałają z nim. Dzieje się tak zazwyczaj w rodzinach charakteryzujących się ubogimi więziami emocjonalnymi, lub w takich, gdzie życie towarzyskie rodziców czy ich kariera zawodowa jest ważniejsza od troski o dziecko. W kontaktach z dziećmi rodzice są niezręczni, a więc ograniczają je do minimum. Zaniedbują dziecko

zaabsorbowani własnymi sprawami. Zamiast rozmowy z nim i zainteresowania się jego sprawami czasami kupują prezenty, dają pieniądze, aby upozorować wywiązanie się z ról rodzicielskich. Brak oparcia w rodzicach naraża dziecko na niebezpieczeństwa. Na przykład, dorastający chłopak wciągnięty w środowisko narkomanów, nie kontrolowany, łatwo może wpaść w nałóg.

f. Postawa odtrącająca.

Taka postawa rodziców jest dla dziecka jeszcze bardziej niekorzystna od poprzedniej. Występuje przy nadmiernym dystansie uczuciowym i dominacji rodziców. Dziecko jest odbierane jako ciężar, opieka nad nim wzbudza niechęć rodziców. Rodzice jawnie demonstrują negatywne uczucia wobec dziecka, dają mu do zrozumienia, że nie jest akceptowane, otwarcie je krytykują. Wymagają od niego żelaznej dyscypliny, bezkrytycznego podporządkowania się wszelkim nakazom. Za najdrobniejsze przewinienia stosują surowe kary. Osiągnięcia dziecka są przemilczane, niedostrzegane, potknięcia zaś wyolbrzymiane. W takich warunkach jest ono nieszczęśliwe, nie znajduje oparcia ani pomocy w osobach najbliższych. Postawa odtrącająca sprzyja kształtowaniu się u dziecka agresywności, nieposłuszeństwa, kłamstwa. Dzieci z rodzin, w których ona występuje przejawiają tendencję do popełniania kradzieży. Postawa taka może powodować również u dziecka zastraszenie, bezradność, trudności w przystosowaniu. Dziecko niekochane postrzega rodziców jako jednostki wrogie, zagrażające mu.

g. Postawa nadmiernie wymagająca

Jest to typ, który tworzy się w wyniku nadmiernego skoncentrowania się na dziecku oraz przejawu dominacji rodziców w postępowaniu z nim. Przy takiej postawie rodzice starają się zwykle zmusić dziecko, aby dostosowało się do wytworzonego przez nich wzoru, bez liczenia się z jego indywidualnymi cechami i możliwościami. Rodzice stawiają dziecku zbyt duże wymagania nie zdając sobie sprawy, że nie jest ono w stanie im sprostać. Z góry zakładają dostosowanie się dziecka do stosowanych wymagań – a są to zazwyczaj

wysokie wymagania – a dziecko poddane jest presji, aby dorównać idealnemu wzorowi. Dziecko traktowane jest przez rodziców z pozycji autorytetu, bez uznania jego praw, bez poszanowania jego indywidualności. Jeśli wymagania przekraczają możliwości dziecka, wówczas zaczyna się ono cofać w swym rozwoju i nabiera przekonania o braku własnej wartości. Odcina się od rodziców, którzy nie potrafią go zrozumieć i pomóc w przezwyciężaniu powstających kłopotów. Niechęć do ojca i matki może wywołać albo całkowitą apatię, albo agresję i bunt. Wygórowane wymagania przekreślają radosne przeżywanie dzieciństwa, doprowadzają raczej do nadpobudliwości nerwowej, załamania, zamknięcia się dziecka w sobie i niewiary we własne siły.

#### h. Postawa nadmiernie chroniąca

W tym wypadku również rodzice nadmiernie koncentrują się na dziecku, jednakże ich podejście jest bezkrytyczne, rodzice uważają swoje dziecko wręcz za wzór doskonałości. Ulegają mu całkowicie, tolerują i usprawiedliwiają wszelkie jego wybryki i kaprysy. Pozwalają mu panować nad sobą i całą rodziną. Przesadna opiekuńczość skłania do traktowania dużych już dzieci jak niezaradnych maluchów, które trzeba wyręczać we wszystkich czynnościach, również tych samoobsługowych. Rodzice z taką postawą hamują potrzebę samodzielności. Dzieci bardzo długo są niezaradne, niezręczne, niesamodzielne. Czasem buntują się, ale bez rezultatów. Postawa nadmiernie chroniąca może powodować opóźnienie dojrzałości społecznej, albo też doprowadzić dziecko do przekonania, że wszelkie jego wybryki będą tolerowane. Utrudni to wykształcenie hamulców powstrzymujących szkodliwe działania. Zachowania nie aprobowane mogą też być odwetem za przykrości ponoszone od rówieśników, którzy wyśmiewają zbytnią zależność od dorosłych. (Ziemska M., 1979).

„Przy niewłaściwych postawach rodziców nie może się rozwinąć realistyczna ocena samego siebie, dziecko nie może zdobyć samowiedzy, w czym jest dobre i jakie ma niedostatki. Ocena realistyczna umożliwia akceptację samego siebie mimo istniejących braków, niedostatków czy wad, co oczywiście nie wyklucza korygowania ich w miarę możliwości. Są jednak

pewne właściwości, których zmienić nie można, trzeba się zatem z nimi pogodzić, zaakceptować je. I to właśnie mogą ułatwić dziecku rodzice o właściwych postawach rodzicielskich.” (Ziemska . M.,1979, s. 154).

Postawy rodziców wobec dziecka w ogromnej mierze decydują o stylu wychowania, o doborze, a także skuteczności środków wychowawczych. Przejdę teraz do przedstawienia rodzajów opieki i wychowania dziecka.

#### **4. Systemy wychowania i opieki nad dzieckiem w rodzinie**

Wychowanie dziecka wymaga określenia sobie celu oddziaływań, a także znajomości warunków, od których zależy realizacja tego celu. Ważne jest przy tym, aby przy ustalaniu celu wychowania oraz warunków, w których ma być on realizowany, uwzględniać właściwości indywidualne i możliwości dziecka. Ogólnie jednak można powiedzieć, że celem wychowania dziecka zawsze będzie ukształtowanie takich mechanizmów regulacyjnych, które umożliwią mu prawidłowe funkcjonowanie poznawcze i emocjonalno – społeczne w kolejnych okresach jego życia. (Jacuńska M., 1979). Te mechanizmy to przede wszystkim potrzeby psychiczne dziecka, których rozwój i stopień zaspokojenia w pierwszych latach życia zależą głównie od rodziców, a ściślej mówiąc od ich postaw wobec dziecka. Zaspokojenie lub deprivacja potrzeb psychicznych (o których wcześniej pisałam) tworzy podstawę dla kształtowania się wyższego poziomu regulacji, czyli takich z kolei mechanizmów, które decydują o powstawaniu obrazu świata i własnej osoby. Owe mechanizmy to: poczucie własnej wartości, samoocena, potrzeba posiadania bliskiej osoby czyli związek zależnościowy, potrzeba osiągnięć i motywacja egocentryczna bądź prospołeczna. (Reykowski J.,1977). Tak więc wychowanie to „takie postępowanie w stosunku do dziecka, które zapewnia mu zaspokojenie potrzeb, a przez to umożliwia właściwe kształtowanie wyższych mechanizmów regulacyjnych”. (Jacuńska M., 1979).

Oprócz różnych typów postaw rodzicielskich można także wyróżnić kilka stylów wychowawczych rodziców, w zależności od układu tworzących je składników. Pierwszy składnik stylu wychowawczego to stosunek emocjonalny

do dziecka. Jego wskaźnikiem jest rodzaj uczuć okazywanych dziecku, a także stopień zainteresowania jego potrzebami. Drugim elementem stylu wychowawczego są wymagania, które w pierwszych latach życia dziecka odnoszą się głównie do samodzielności oraz podporządkowywania się nakazom i zakazom rodziców. Trzeci składnik stanowi kontrola, dotycząca zachowania dziecka, jego bezpieczeństwa i zgodności postępowania z wymaganiami. Ostatnim komponentem stylu wychowawczego są wzmocnienia, czyli nagrody i kary stosowane wobec dziecka. (Jacuńska M., 1979). Omówię pokrótce każdy z tych składników.

Stosunek emocjonalny to zasadniczy komponent postawy dorosłego wobec dziecka i od niego właśnie uzależniony jest stopień zaspokojenia potrzeb dziecka, które z kolei wpływają na jego poczucie bezpieczeństwa. Poczucie bezpieczeństwa natomiast warunkuje rozwój poznawczy i społeczny dziecka. W przyjaznej i życzliwej atmosferze dziecko chętnie nawiązuje kontakty, jest pełne zaufania do ludzi, a kolejne kontakty z otoczeniem stają się źródłem nowych wartościowych doświadczeń społecznych. Natomiast negatywny stosunek emocjonalny osób z najbliższego otoczenia, brak życzliwości, niechęć, częste zdenerwowanie, przykra atmosfera domowa dostarcza dziecku złych doświadczeń, które spełniają niekorzystną rolę, ponieważ uczy się ono spostrzegać ludzi, jako źródło nieprzyjemnych przeżyć, bądź zagrożenia. Staje się wówczas nieufne i ogranicza kontakty z ludźmi. Przykre doświadczenia w rodzinie sprawiają, że w przyszłości kontakty z szerszym otoczeniem również mogą być nieprawidłowe. Pozytywne nastawienie rodziców wobec dziecka sprzyja kształtowaniu poczucia własnej wartości. Przy negatywnym nastawieniu często występuje u dziecka niskie poczucie własnej wartości. Brak poczucia bezpieczeństwa (wywołany negatywnym nastawieniem rodziców do dziecka) prowadzi do zahamowania samodzielności i aktywności, co w efekcie wpływa niekorzystnie na poziom samooceny, a także na utrwalenie się potrzeby osiągnięć. I wreszcie poczucie zagrożenia jest czynnikiem utrudniającym, a nawet uniemożliwiającym formowanie się motywacji prospołecznej, a sprzyjającym powstawaniu motywacji egocentrycznej.



Wyznaczając poziom stawianych dziecku wymagań należy brać pod uwagę realne jego możliwości. Tylko właściwy, a więc dostosowany do możliwości dziecka poziom wymagań, przyczynia się do jego rozwoju. Wymagania nie mogą być ani za niskie, ani zbyt wysokie. Właściwy poziom to stawianie dziecku wymagań nieco przewyższających aktualne jego możliwości, czyli dajemy takie zadania, z których jest ono w stanie wywiązać się z pewnym wysiłkiem, dzięki któremu uczy się czynności rozwojowo wyższych. Jednak przy stawianiu tego typu wymagań należy pamiętać o trzech ważnych zasadach. Po pierwsze, jeśli zadanie jest trudne, to staramy się dziecko zachęcić do jego wykonania, ale nie stosujemy wówczas formy nakazu. Po drugie, jeżeli widzimy, że nie jest ono w stanie wykonać zadania zupełnie samodzielnie, że sytuacja staje się dla dziecka zbyt trudna, wówczas udzielamy mu pomocy. Ważne jest też, żeby wiedziało, że zawsze może liczyć na pomoc. Po trzecie, zawsze należy chwalić dziecko wtedy, gdy z wysiłkiem dochodzi ono do trudno osiągalnego dla niego celu.

Właściwie sformułowane wymagania uczą również dziecko co mu wolno, a czego czynić nie należy. Nie można jednak zapominać o wyjaśnianiu, same bowiem nakazy i zakazy prowadzą jedynie do podporządkowywania dziecka woli dorosłego, a i to nie zawsze. Często wywołują one w konsekwencji bunt i sprzeciw. Dorosły nie narzuca dziecku swojej woli, a tłumaczy mu, dlaczego czegoś od niego wymaga. Dzięki temu, dziecko uczy się nie tylko tego, co jest dobre, a co złe, ale jednocześnie zaczyna powoli uświadamiać sobie dlaczego. Przystawiane w ten sposób normy mogą wcześniej i pełniej zacząć funkcjonować jako wewnętrzne regulatory zachowania niż przy rygorystycznym dążeniu do podporządkowania dziecka swoim wymaganiom.

Jeśli chodzi o zbyt niskie wymagania, należy zaznaczyć, że mogą być dla dziecka źródłem zbyt łatwych sukcesów, osiągalnych minimalnym kosztem. W tych warunkach dziecko nie zdobywa umiejętności dążenia do celu poprzez wysiłek, ponieważ nie ma ono doświadczeń związanych z osiąganiem trudnych sukcesów. Zbyt wysokie wymagania natomiast są dla dziecka źródłem powtarzających się niepowodzeń, gdyż mimo wysiłków z jego strony nie może ono sprostać wymaganiom rodziców. Takie doświadczenia hamują aktywność i

samodzielność dziecka, pozbawiają je wiary w możliwość osiągnięcia powodzenia oraz wpływają niewłaściwie na jego samoocenę.

Kolejny element stylu wychowawczego, czyli stopień kontroli zachowania dziecka może być bardzo zróżnicowany – od zbyt wysokiego (polegającego na ciągłej obecności rodziców przy dziecku, przesadnej dbałości o jego bezpieczeństwo i stałym kontrolowaniu jego czynności), poprzez właściwy (oparty na zaufaniu rodziców i dawaniu dziecku rozumnej swobody), aż do niskiego (wyrażającego się brakiem zainteresowania czynnościami dziecka, jego samopoczuciem, a nawet bezpieczeństwem).

Zbyt wysoki stopień kontroli zachowania dziecka jest niekorzystny, gdyż ogranicza jego samodzielność i inicjatywę, nie pozwala mu na zdobywanie doświadczeń ważnych dla kształtowania się właściwej samooceny. Przesadna troska o bezpieczeństwa dziecka – typowa dla postawy nadmiernie chroniącej – ogranicza również możliwości zaspokajania przez dziecko już istniejącej potrzeby samodzielności. Z kolei zbyt niski stopień kontroli zachowania dziecka tylko pozornie daje mu korzystne warunki rozwoju i socjalizacji. Teoretycznie ma ono możliwość samodzielnego działania i zdobywania doświadczeń, ale praktycznie zbyt niski stopień kontroli jest zazwyczaj wyrazem braku zainteresowania dzieckiem, a więc symptomem obojętnego lub nawet wrogiego stosunku rodziców do dziecka. Wiemy już, że negatywny stosunek emocjonalny wpływa hamująco na rozwój dziecka, tak więc zbyt niski stopień kontroli jest w rzeczywistości sytuacją niekorzystną.

Właściwy stopień kontroli można określić jako dawanie dziecku rozumnej swobody. Poziom tej swobody zależy oczywiście od poziomu rozwoju dziecka, a także od jego indywidualnych właściwości. Danie dziecku rozumnej swobody działania pozwala mu na gromadzenie różnorodnych doświadczeń (również negatywnych), na podstawie których poznaje ono konsekwencje swoich poczynań. Dopiero poznanie przez dziecko powiązań między własnymi czynnościami a ich konsekwencjami prowadzi do umiejętności przewidywania skutków własnego działania. Celem stosowanej wobec dziecka zasady rozsądnego ryzyka jest właśnie wdrożenie go do nabywania tej umiejętności. Zasada ta uczy dziecko radzenia sobie w trudnych i nie zawsze bezpiecznych

sytuacjach, jak również pewnej odporności na niepowodzenia, przykrości i ból fizyczny.

Przejdę teraz do omówienia ostatniego już składnika stylu wychowawczego rodziców, tj. systemu kar i nagród. Stosowany system kar i nagród uwarunkowany jest ogólnym systemem wychowania przyjętym przez rodziców.

M. Jacuńska wyróżnia dwa zasadnicze systemy wychowania. Istotą pierwszego z nich jest nastawienie rodziców na dostrzeganie, podkreślanie i wzmacnianie pozytywnych cech dziecka i jego zachowania. U podstaw tego typu postępowania leży założenie, że wychowanie dziecka polega na utrwalaniu i rozwijaniu jego pozytywnych właściwości. W tym rodzaju wychowania stosuje się pozytywny system wzmocnień, polegający na częstszym stosowaniu nagród niż kar, mających tutaj charakter naturalnej konsekwencji niewłaściwego zachowania dziecka. Pozytywny stosunek emocjonalny, częsta akceptacja dziecka zaspokaja potrzebę miłości i uznania, a także sprzyja właściwemu kształtowaniu się poczucia wartości. Zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa umożliwia rozwój aktywności i samodzielności dziecka. Ponadto nagradzanie właściwych form zachowania stanowi ważną informację jak należy postępować, zaś brak wzmocnienia w przypadku niewłaściwych form zachowania prowadzi do redukcji tychże zachowań.

Istotą drugiego typu wychowania jest nastawienie rodziców na dostrzeganie i podkreślanie negatywnych cech dziecka i jego działania. Przy takim podejściu rodzice są często niezadowoleni z dziecka, a czasem wręcz się go wstydzą. Uważają, że pozytywne cechy dziecka są sprawą naturalną i nie wymagają podkreślenia. Wychowanie w ich pojęciu polega natomiast na likwidowaniu – niekiedy w sposób bardzo drastyczny – negatywnych cech dziecka. Nietrudno zgadnąć, że przy tego typu wychowaniu występuje wyraźna przewaga kar nad nagrodami, a stosunek emocjonalny rodziców do dziecka jest obojętny lub negatywny. Jednak takie postępowanie nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Brak wzmocnienia w stosunku do pozytywnych cech prowadzi do ich redukcji, dziecku brak informacji, że właśnie w ten sposób powinno się zachowywać. Będzie natomiast zachowywało się tak, aby

spowodować uniknięcie kary, co nie zawsze będzie zachowaniem właściwym. Może np. skłamać, żeby uniknąć kary. Sytuacja taka może spowodować ukształtowanie się u dziecka motywacji egocentrycznej. System wychowania oparty na przewadze kar nad nagrodami staje się również przyczyną tego, że dziecko traktuje rodziców jak wrogów, co w rezultacie może całkowicie przekreślić skuteczność ich oddziaływania wychowawczego. Poza tym rodzice często karzący dziecko stanowią dla niego model zachowań agresywnych, gdy tymczasem wychowanie oparte na nagrodach dostarcza dziecku wzorów pozytywnych zachowań społecznych.

„Reasumując, pozytywny system wzmocnień daje szansę lepszego ogólnego rozwoju dziecka, chociaż właściwe rezultaty w wychowaniu osiągnąć można jedynie wtedy, gdy pozostałe trzy czynniki (tzn. stosunek emocjonalny, wymagania i kontrola) będą również pełniły pozytywną funkcję w procesie wychowania.” (Jacuńska. M., 1979, s. 358).

Racjonalne wymagania i konsekwentne postępowanie muszą być również podstawowymi metodami stosowanymi w działalności opiekuńczej. Dziecko w pierwszych latach życia jest poddawane nie tyle wychowaniu, ile odpowiedniej działalności opiekuńczej. Sprawowanie opieki nad dzieckiem to stwarzanie mu wartościowych pod względem wychowawczym warunków rozwoju poprzez odpowiednią organizację życia w rodzinie, wysoką kulturę różnych form działalności wychowawczej i metod wychowania. Na wartość opieki wpływa także jej charakter i rodzaj. Jeśli chodzi o charakter sprawowanej opieki, to może ona być: nadmierna, niedostateczna lub racjonalna. (Grochociński M., 1979).

Opieka nadmierna ma miejsce wtedy, gdy rodzice hamują samodzielność wychowanka, starają się usuwać przed nim wszelkie przeszkody, trudności, ulegają wszelkim jego zachciankom, dążeniom i kaprysom. Łączy się to też często z nadmiarem czułości, a jednocześnie ze zbyt daleko posuniętą kontrolą i przesadnym ograniczeniem swobody dziecka, izolowaniem go od kontaktów z rówieśnikami. Opieka nadmierna może więc prowadzić do rozkapryśnienia, niezaradności, nadmiernej impulsywności, do braków w zakresie odpowiednich reakcji moralnych.

Niekorzystna dla rozwoju dziecka jest również opieka niedostateczna. Wpływa ona szczególnie ujemnie na kształtowanie się osobowości dziecka, jeśli nie zabezpiecza mu odpowiednich warunków materialnych i nie zaspokaja potrzeb psychicznych.

Należy więc dążyć do tego, aby otoczyć dziecko opieką racjonalną. Polega ona, najogólniej biorąc, na zaspokajaniu potrzeb dziecka w sposób wartościowy wychowawczo, czyli intensyfikujący i stymulujący prawidłowy rozwój.

M. Grochociński wymienia trzy rodzaje opieki, a mianowicie: opieka autokratyczna, demokratyczna, liberalna.

Stosując opiekę autokratyczną rodzice narzucają dzieciom własne decyzje bez liczenia się z ich wolą, zainteresowaniami czy potrzebami. Otaczają dziecko atmosferą dystansu, surowości, wymagają od niego bezwzględności posłuszeństwa. Narzucanych dzieciom rygorów i wymagań najczęściej niczym nie tłumaczą, uważając je za bezwzględnie słuszne. Opieka autokratyczna sprawowana w atmosferze lęku, w której wszelkie obowiązki, nakazy i zakazy wymagane są pod groźbą kary, wywiera ujemny wpływ na rozwój osobowości dziecka. Jego odpowiedzią na takie podejście rodziców jest bunt, agresja, złośliwość, przejawiane nie tyle w stosunku do rodziców, ile kierowane przeciw osobom których dziecko się nie boi. Obawa przed karą wywołuje też skłonność do kłamstwa.

Najbardziej sprzyjającą prawidłowemu rozwojowi dziecka odmianą opieki jest tak zwana opieka demokratyczna. Polega ona przede wszystkim na poszanowaniu praw wszystkich członków rodziny, również praw dziecka, na sprawiedliwym ustalaniu obowiązków i przywilejów dla każdego oraz ogólnej organizacji życia rodziny włączającej w nie ściśle dziecko. Opieka taka rozwija samodzielność wychowanków, uczy je współdziałania z innymi, uczy zaradności, zasad współżycia społecznego i ich przestrzegania nie z obawy przed karą, lecz z własnego, świadomego wyboru.

Niewłaściwa z wychowawczego punktu widzenia jest opieka liberalna. Cechuje ją bowiem najczęściej pozostawianie dziecku nadmiernej, prawie całkowitej swobody, ale dziecko pozbawione jest ciepła rodzinnego, czuje się zaniedbywane i nie zauważane. Sprawia to, że szuka ono aprobaty poza

domem rodzinnym i łatwo ulega różnym niepożądanym wpływom.

Tak więc o skuteczności opieki i przekształcaniu się jej w prawidłowo stosowaną metodę wychowania decyduje nadanie jej właściwego charakteru, a także przestrzeganie, aby stawiane dziecku zadania były racjonalne, dostosowane do jego wieku i możliwości, oraz konsekwencja w postępowaniu. Sprawowanie opieki nie może więc być przypadkowe, wyłącznie okazjonalne, a oceny zachowania dzieci i środki oddziaływania nie powinny być uzależnione od chwilowego samopoczucia rodziców. Nie może być tak, że dziecko za takie samo zachowanie oceniane jest raz łagodnie, raz surowo. Jeszcze bardziej niebezpieczne skutki dla rozwoju emocjonalno – społecznego dziecka powoduje brak jednomyślności i konsekwencji w postępowaniu wychowawczym pomiędzy matką i ojcem (bądź rodzicami a dziadkami). Wszelkie formy i środki oddziaływania powinny być uzgadniane, stosowane w sposób przemyślany i systematyczny, dobrane do aktualnych warunków i potrzeb dziecka. (Grochociński M., 1979).

„Prawidłowy charakter roztaczanej nad dziećmi opieki wyznaczają też takie cechy jak: umiejętność nawiązywania kontaktu z dziećmi, takt w postępowaniu, sprawiedliwość, stosowanie wysokich wymagań i surowość w egzekwowaniu ich wypełniania – które nie są sprzeczne z postawą życzliwości wobec dziecka. Opieka nie powinna tłumić samodzielności wychowanków, ale ją rozwijać. Stąd też należy dopuszczać ich do podejmowania decyzji w różnych sprawach rodzinnych, wyrabiać poczucie odpowiedzialności oraz umiejętność oceny własnych osiągnięć i błędów”. (Grochociński M., 1979, s. 343).

Na omówieniu systemów opieki i wychowania zakończę rozważania na temat wpływu rodziny na rozwój dziecka. W następnym rozdziale przejdę do omówienia zagadnień dotyczących upośledzenia umysłowego.

## **ROZDZIAŁ II**

### **Istota i przyczyny upośledzenia umysłowego**

#### **1. Pojęcie, kryteria i klasyfikacje upośledzenia umysłowego**

Trudno jest sformułować ścisłą definicję upośledzenia umysłowego, jest to bowiem zjawisko niezmiernie skomplikowane. Różnorodne są zarówno przyczyny jak i objawy upośledzenia, tkwią one w czynnikach biologicznych, psychicznych i społecznych. W związku z tym M. Doroszevska wymienia dwa rodzaje definicji upośledzenia, które znalazły swoje odbicie w klasyfikacji przyjętej przez Towarzystwo do Badań nad Upośledzeniem Umysłowym, a

mianowicie definicję biologiczno – medyczną, opartą na etiologii i patogenezie zjawiska upośledzenia i definicję behawioralną, związaną z procesami psychicznymi i podatnością na oddziaływanie rewalidacyjne jednostek upośledzonych umysłowo. Z medycznego punktu widzenia upośledzenie, określane raczej jako niedorozwój umysłowy, uważane jest za objaw procesu lub stanu chorobowego. (Doroszevska J.,1989).

Dla potrzeb niniejszej pracy bardziej przydatna będzie definicja behawioralna (inaczej psycho – społeczna). Heber w podręczniku terminologii i klasyfikacji niedorozwoju umysłowego stwierdza: „Przez niedorozwój umysłowy rozumie się niższą od przeciętnej ogólną sprawność intelektualną, która powstała w okresie rozwojowym i jest związana z jednym lub więcej zaburzeniami w zakresie: dojrzewania, uczenia się i społecznego przystosowania”. Tak więc upośledzenie umysłowe nie stanowi żadnej określonej jednostki chorobowej, chociaż często bywa jednym z objawów różnego rodzaju chorób. Termin ten oznacza raczej stan opóźnienia rozwoju umysłowego występujący przy urodzeniu lub we wczesnym dzieciństwie i charakteryzujący się głównie ograniczoną inteligencją. Procesy poznawcze u jednostek upośledzonych umysłowo funkcjonują poniżej przeciętnej poziomu, a jednocześnie upośledzone są zdolności dostosowawcze.

Edgar Doll, specjalista w tej dziedzinie, proponuje sześć kryteriów, które uważa za istotne dla definicji niedorozwoju umysłowego. Są to: niedojrzałość społeczna, niska sprawność umysłowa, opóźnienie rozwojowe, zahamowanie nieprzemijające w miarę dojrzewania, pochodzenie konstytucjonalne i nieodwracalność procesu. (A. M. Clarke, 1972).

Zróznicowane sformułowania definicji upośledzenia umysłowego, z którymi spotykamy się w wielu pracach, wpłynęły też na różnorodność terminologii. W polskiej literaturze specjalistycznej spotykamy się z następującymi terminami: upośledzenie umysłowe, niedorozwój umysłowy zwany również oligofrenią, zahamowanie rozwoju intelektualnego, obniżenie poziomu intelektualnego, opóźnienie rozwoju intelektualnego. J Kostrzewski (1981) odróżnia termin upośledzenie umysłowe od niedorozwoju umysłowego. Terminem upośledzenie umysłowe określa istotnie niższy od przeciętnej



ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego występujący łącznie z upośledzeniem w zakresie przystosowania się ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym. Terminem niedorozwój umysłowy, inaczej oligofrenia, Kostrzewski nazywa te przypadki upośledzenia umysłowego, które powstały w okresie rozwojowym (tj. w okresie płodowym, okołoporodowym lub w pierwszych latach życia dziecka). W przypadku otępienia (demencji) ogólny rozwój intelektualny dziecka przebiegał do pewnego okresu mniej lub bardziej prawidłowo i potem w wyniku określonego procesu chorobowego nastąpił regres tj. obniżenie się poziomu funkcjonowania intelektualnego. (Spionek H.,1973).

Zahamowanie rozwoju intelektualnego to według J. Kostrzewskiego okresowe zatrzymanie się rozwoju, rokujące powrót do normy. Jednak może mieć ono charakter trwały i wówczas, mimo przemijania czasu, wiek inteligencji dziecka pozostaje nie zmieniony, co w końcu doprowadza do różnicy o dwa lub więcej odchylenia od normy i staje się stanem niedorozwoju umysłowego.

Należy zaznaczyć, że wszystkie dotychczas omawiane definicje dotyczą stanu, w którym mamy do czynienia z globalnymi dysfunkcjami intelektualnymi, to znaczy, że poziom wszystkich mierzonych sprawności intelektualnych tworzących inteligencję jest istotnie niższy od przeciętnego, tj. niższy o jedno lub więcej odchyżeń standardowych od przeciętnego. Ponadto, ten istotnie niższy od przeciętnego poziom funkcjonowania intelektualnego nie jest spowodowany czynnikami środowiskowymi ani zaburzeniami w sferze emocjonalno – motywacyjnej, lecz jest konsekwencją choroby lub urazu.

W przypadku gdy od normy odbiega jedna lub kilka funkcji przy prawidłowym ogólnym poziomie funkcjonowania intelektualnego, mamy do czynienia z parcjalnymi odchyleniami od normy, zwanymi również deficytami fragmentarycznymi. Taka sytuacja nie ma nic wspólnego z niedorozwojem umysłowym, parcjalne odchylenia od normy mają duże szanse wyrównania, jeżeli będą objęte pracą korekcyjną pod kierunkiem wykwalifikowanego pedagoga lub psychologa. (Wyczesany J., 1999).

Zagadnienie klasyfikacji upośledzeń umysłowych jest problemem złożonym. Istnieją różne kryteria (np. pedagogiczne, psychologiczne, medyczne, społeczne, ewolucyjne), które wpływają na różnorodność klasyfikacji. Kryterium pedagogiczne bierze pod uwagę możliwości wychowania i nauczania dzieci upośledzonych umysłowo. Dzieli je na cztery grupy:

- dzieci niewychowalne,
- dzieci prawie niewychowalne,
- dzieci wychowalne, ale niewyuczalne,
- dzieci wyuczalne (Sękowska, 1985).

Najbardziej znana jest klasyfikacja psychologiczna, która uwzględnia pomiar stopnia rozwoju intelektualnego. Iloraz inteligencji według kryterium psychologicznego stanowi znaczący wskaźnik upośledzenia umysłowego. Nie może on jednak przesądzać o możliwościach dziecka, a powinien być traktowany jako czynnik orientacyjny.

Obecnie funkcjonuje czterostopniowa klasyfikacja upośledzenia umysłowego (iloraz inteligencji podany w skali Termana - Merrill):

- upośledzenie umysłowe lekkie, 67 – 52
- upośledzenie umysłowe umiarkowane, 51 – 36
- upośledzenie umysłowe znaczne, 35 – 20
- upośledzenie umysłowe głębokie, poniżej 20

Określenie „rozwój niższy niż przeciętny” (zwane wcześniej pograniczem upośledzenia umysłowego) uznano za dolną granicę normy. Dotyczy ono osób, których iloraz inteligencji wynosi od 69 do 83 w skali Termana – Merrill przy odchyleniu standardowym od -1 do -2. (Wyczesany J., 1999).

## **2. Charakterystyka poszczególnych stopni upośledzenia**

Przypomnę raz jeszcze, że na upośledzenie umysłowe składają się dwa zasadnicze komponenty:

- funkcjonowanie intelektualne, które jest znacznie niższe od przeciętnego i trwa od wczesnych lat życia,
- znaczne osłabienie zdolności przystosowania się do wymagań kulturowych społeczeństwa.

Dzieci upośledzone umysłowo różnią się pod względem możliwości w zakresie rozwoju procesów poznawczych, percepcyjnych i emocjonalnych. Znacznie częściej występują u nich wady wzroku i słuchu, upośledzenie narządu ruchu, zaburzenia mowy oraz niektóre choroby. Ograniczenia w myśleniu abstrakcyjnym, obniżenie ciekawości, dociekliwości i zdolności koncentrowania uwagi na jednym przedmiocie przez dłuższy czas utrudniają realizację dłuższych czasowo zadań i osiąganie sukcesów. Myślenie dziecka upośledzonego umysłowo zawsze związane jest z konkretnymi sytuacjami, dostępnymi we własnym doświadczeniu.

Trudności w uczeniu się dzieci upośledzonych umysłowo spowodowane są także różnorodnymi fragmentarycznymi deficytami rozwojowymi i dodatkowymi zaburzeniami procesów psychicznych. W czynności zapamiętywania dzieci te wymagają więcej powtórzeń z urozmaiconym materiałem poglądowym. Potrzebują częstego wzmacniania poprzez zachętę, pochwałę oraz odpowiedniego rozłożenia materiału w czasie.

W populacji upośledzonych umysłowo najliczniejszą grupę stanowią upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim. Rozpoznanie upośledzenia umysłowego lekkiego stopnia stwarza często poważne trudności. Wynikają one między innymi z podobnych objawów zachowania się dziecka zaniedbanego i upośledzonego umysłowo, ponieważ często warunki środowiskowe, z których dziecko pochodzi, mogą wpłynąć niekorzystnie na jego rozwój ogólny.

#### a. Upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim.

U dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim przejście przez kolejne stadia rozwoju operacyjności rozumowania jest wolniejsze w porównaniu z dziećmi normalnymi. Najlepiej radzą sobie one z wnioskowaniem w codziennych, prostych sytuacjach życiowych a dobre wyniki uzyskują w rozumowaniu na materiale konkretnym.

Osoby upośledzone umysłowo w stopniu lekkim charakteryzuje niedorozwój uczuć wyższych, mniejsza wrażliwość i powinność moralna. Częściej także daje się zaobserwować w ich reakcjach niestałość emocjonalną, impulsywność, agresywność, niepokój, niedomogi w zakresie samokontroli.

Podstawowe kryteria diagnostyczne dla upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim są następujące:

- Znaczne obniżenie ogólnego funkcjonowania intelektualnego, iloraz inteligencji wynosi mniej niż 70.

- Współwystępowanie deficytów lub zmniejszenie się zdolności przystosowania społecznego, tzn. obniżona jest skuteczność osoby w spełnianiu poziomu oczekiwań zgodnych z jej wiekiem i przynależnością kulturową, takich jak umiejętności społeczne i odpowiedzialność, komunikowanie się, wypełnianie czynności dnia codziennego, samodzielność, samoobsługa. ( Dykcik W. , 1998).

Dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim charakteryzuje przede wszystkim upośledzona zdolność myślenia abstrakcyjnego oraz nieudolność syntetycznego ujmowania zdobytych wiadomości i wiązania ich w logiczne całości, a stąd wypływa ubóstwo wnioskowania i sądów. Brak im samodzielności w myśleniu. Same mogą wykonywać proste prace i w różnym stopniu przystosować się do warunków życia. Z wielką trudnością tworzą pojęcia, toteż ich czynność umysłowa redukuje się raczej do odtwarzania wyobrażeń. Wyobrażenia twórcza tych dzieci jest uboga, zdolności kombinacyjne nikłe, sądy i wnioskowanie nieudolne, myślenie mało ruchliwe. Często spotykamy duże zubożenie życia uczuciowego, zależne od tego, czy jest to typ apatyczny czy eretyczny. Zaburzenia zachowania u dzieci eretycznych przejawiają się niestabilnością, niezrównoważeniem, przewagą pobudzenia. Są to dzieci nadmiernie ruchliwe, skłonne do afektowanych wybuchów, z równoczesnymi trudnościami w koncentracji uwagi i oznakami nadmiernego zmęczenia. Dzieci apatyczne charakteryzuje przewaga hamowania, ze zwolnionym tempem reakcji, biernością, nieśmiałością i płaczliwością. Czasami występuje typ trzeci, zmienny, gdzie nadmierna pobudliwość przechodzi w stan apatii i bierności.

Ograniczona zdolność myślenia pojęciowego wpływa niekorzystnie na poziom ich percepcji. Spostrzeżenie przebiega wolniej i ma węższy zakres w stosunku do osiągnięć dzieci normalnych. Również procesy pamięciowe ujawniają zaburzenia.

Dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim cechuje zwolnione tempo pracy, brak samodzielności, pomysłowości i przemyślanego planu działania. Oprócz kontroli wymagają specjalnego bodźca do pracy w postaci pochwały, zachęty, nagrody. W większości przypadków dzieci te są wrażliwe na pochwałę i ta cecha ich charakteru pozwala na uczuciowy stosunek do pracy przez nich wykonywanej.

Funkcjonowanie społeczne tych osób wiąże się z przygotowaniem ich do życia w środowisku społecznym. Brak prawidłowej relacji między jednostką a środowiskiem może wywoływać niekorzystne dla niej skutki w sferze osobowości. Niechęć do osób upośledzonych potęguje się wówczas, gdy ujawniają one zachowania nie akceptowane społecznie, w wyniku których środowisko przejawia wobec nich postawy charakteryzujące się unikaniem i odtrącaniem. Oznacza to, że im większa częstotliwość zachowań społecznie oczekiwanych, tym większe prawdopodobieństwo adaptacji społecznej. Ukazanie wzorów zachowania stwarza im okazję uczenia się dzięki mechanizmowi naśladownictwa i identyfikacji zachowań społecznie wartościowych. (Giryński A., 1989).

#### b. Upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym i znacznym.

Upośledzeni umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym odznaczają się poważnymi uszkodzeniami centralnego układu nerwowego. Mowa ich jest agramatyczna, często bełkotliwa i niewyraźna, słownictwo ubogie. Charakterystyczna sugestywność cechuje ich zachowanie. W myśleniu występują wielkie utrudnienia w przyswajaniu pojęć abstrakcyjnych, a także w rozumieniu stosunków logicznych. Upośledzeni umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym w rozwoju poznawczym pozostają na poziomie przedoperacyjnym. Spostrzegają wolniej, mniej dostrzegają elementów i błędnie ujmuje powiązania i stosunki między przedmiotami. Spowolnienie,

wąski zakres, trudności różnicowania dotyczą nie tylko wzroku, lecz również innych zmysłów, w tym szczególnie słuchu i kinestezji. Wpływa to na obniżenie rozwoju wyższych procesów psychicznych. Wyraźnie zróżnicowany jest poziom potrzeb poznawczych tych dzieci. Zakres pamięci jest wąski a trwałość i wierność znikoma.

Rozwój dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym przebiega z dużym opóźnieniem. Na wiek 4 – 5 lat przypadają początki samodzielnego chodzenia oraz wypowiedzenia pierwszych słów. Dzieci te nie przejawiają inicjatywy i samodzielności. Z trudem przyswajają sobie podstawowe czynności (ubieranie się, nawyki zachowania higieny osobistej). Istotną sprawą dla ich adaptacji społecznej jest wdrażanie do wykonywania prostych prac porządkowych oraz przygotowanie do kontaktu z otoczeniem przez poszerzanie ich zasobu słownego. Są to zasadnicze, podstawowe umiejętności, z jakimi mogą wejść do środowiska osób o prawidłowym rozwoju ogólnym.

Jednakże odczuwają one potrzebę bezpieczeństwa, miłości i potrafią w sposób żywy ujawniać sympatię i potrzebę kontaktów społecznych. Cechy te sprzyjają procesowi ich kształcenia. Można je nauczyć wielu czynności i wykonywania prostych prac zarobkowych. W wyniku właściwego intensywnego wychowania są w stanie opanować przyjęte powszechnie formy postępowania w typowych sytuacjach życiowych. Można uzyskać pozytywne rezultaty rewalidacyjne jeżeli:

- obdarza się dziecko uwagą, poświęca mu się dużo czasu,
- zapewnia się możliwość rozwoju różnych sfer stosownie do potrzeb,
- ułatwia się kontakty z innymi dziećmi, nie ogranicza się jego samodzielności,
- zaspokaja potrzeby bycia akceptowanym, bezpiecznym, zdolnym do zrobienia czegoś dobrego. (Mrugalska K. , 1992).

Rozwój poszczególnych funkcji tej kategorii dzieci może być bardzo nierównomierny i ma to podstawowe znaczenie w terapii. Praca polega na ciągłym szukaniu nowych pomysłów pozwalających na posunięcie rozwoju dziecka do przodu.

Na podstawie art. 7, ust. 3 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego i Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej dzieci i młodzież upośledzona umysłowo w stopniu głębokim została objęta obowiązkiem szkolnym. Oznacza to, że wszystkie dzieci, bez względu na to jak bardzo obniżony jest ich poziom intelektualny podlegają edukacji specjalnej. (Wyczesany J. , 1999).

W dalszej części tego rozdziału omówię przyczyny upośledzenia umysłowego.

### **3. Etiologia upośledzenia**

Obecnie w wielu dyscyplinach naukowych można odnaleźć coraz więcej wyjaśnień różnorodnych przyczyn upośledzenia umysłowego. Klasyfikacje przyczyn upośledzenia umysłowego są różne. Zazwyczaj uzależnia się je od czasu występowania: przed urodzeniem, (czynniki prenatalne), w okresie okołoporodowym (czynniki perinatalne) i po urodzeniu (postnatalne). Wśród czynników prenatalnych mamy do czynienia z nieprawidłowościami genetycznymi i chromosomalnymi. (Lipkowski O.,1974). Clarke'owie (1972) dokonują podziału na dwa rodzaje czynników: dziedziczne (inaczej genetyczne, endogenne) działające w okresie przed zapłodnieniem w komórkach rozrodczych rodziców lub bardziej odległych przodków i egzogenne działające na zarodek, płód oraz w pierwszych latach życia dziecka.

Międzynarodowa klasyfikacja chorób wskazuje na następujące przyczyny niedorozwoju umysłowego:

- Po zakażeniu i zatruciach.
- Wskutek urazu lub działania czynników fizycznych.
- W wyniku ciężkiej choroby mózgu występującej po urodzeniu, np. dziecięce stwardnienie rozległe.
- Wskutek chorób i zespołów wywołanych przez (nieznane) czynniki działające w życiu płodowym.
- Wskutek anomalii chromosomalnych.
- Wskutek wcześniactwa.

- Wskutek braku podnieć psychosocjalnych.
- Inne, bliżej niezbrane przyczyny. (Wyczesany J., 1999)

H. Spionek (1973 dokonuje podziału czynników uszkadzających z uwagi na czas ich powstawania. Tak więc czynniki te mogą wpływać na:

- komórkę rozrodczą,
- zarodek i płód,
- dziecko w chwili porodu,
- dziecko po urodzeniu.

Do pierwszej grupy zalicza przewlekły alkoholizm lub upojenie alkoholowe w chwili poczęcia (jednak nie ma w tym przypadku pełnej zgodności między badaczami upośledzenia umysłowego). Do drugiej grupy zalicza wszelkiego rodzaju embriopatie, toksoplazmozę, zakażenia płodu, awitaminozy, niedożywienie organizmu matki a tym samym płodu, anemizację płodu z powodu zaburzeń występujących u płodu lub z powodu trudności w krążeniu występujących u matki. Trzecią grupę czynników uszkadzających stanowią bezpośrednie urazy czaszki, wylewy śródczaszkowe, zaburzenia w krążeniu płodowym w chwili porodu. Po urodzeniu natomiast dziecko narażone jest na infekcję, urazy, zaburzenia przemiany materii oraz inne schorzenia somatyczne wpływające na układ nerwowy dziecka.

Omówię teraz pokrótce najczęściej spotykane przyczyny upośledzenia umysłowego. W wielu przypadkach czynnikiem uszkadzającym są zaburzenia metabolizmu. Do zaburzeń metabolizmu rzutujących na rozwój dziecka należą choroby wywołane przez szkodliwe geny. Przykładem takiej sytuacji jest fenyloketonuria matczyna. Jest to choroba stosunkowo najlepiej zbadana ze wszystkich chorób dotyczących przemiany białkowej. Objawy występują po upływie kilku tygodni lub miesięcy po urodzeniu. Charakterystyczna jest biała skóra pozbawiona pigmentacji – jasna barwa włosów i oczu, przy tym mała czaszka i specyficzny zapach potu i moczu. Większość chorych jest upośledzona w stopniu głębokim. Objawom choroby nierzadko towarzyszy również padaczka. Zawyżony poziom fenyloalaniny u matki uszkadza system nerwowy dziecka w życiu płodowym. Matka w okresie ciąży powinna stosować dietę pozbawioną fenyloalaniny.



Inną chorobą jest „choroba syropu klonowego”. Polega ona na zaburzeniu przemiany grupy aminokwasów zwanych leucyną. Objawy występują natychmiast po urodzeniu. Mocz ma szczególny zapach syropu klonowego. Objawy kliniczne to: upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim, padaczka, zaburzenia motoryki.

Zaburzeniami metabolizmu węglowodanów wywołana jest galaktozemia. Brak enzymu umożliwiającego przemianę galaktozy w glukozę sprawia, że galaktoza skupiająca się we krwi, w płynie mózgowo – rdzeniowym i mózgu (obrzęk mózgu), powoduje uszkodzenie wątroby (marskość) i nerek. Występuje zaćma, padaczka, niedorozwój umysłowy w stopniu głębokim.

Choroby związane z zaburzeniami metabolizmu białek, tłuszczów i cukrów są obecnie coraz częściej możliwe do rozpoznania i leczenia. Dzięki nowej technice zwanej preimplantacyjnym testowaniem genetycznym można postawić diagnozę jeszcze przed urodzeniem dziecka. Dotyczy to wielu chorób, których nosicielami są rodzice i rodzeństwo.

Anomalie chromosomalne tym różnią się od zaburzeń metabolizmu, że prowadzą do upośledzenia rozwoju z powodu nieprawidłowej ogólnej liczby chromosomów lub deficytów chromosomalnych.

Najczęściej spotykaną chorobą spowodowaną zaburzeniami chromosomalnymi jest zespół Downa. Typowe objawy to: niski wzrost, szeroka twarz, wąskie szpary oczne, krótki, szeroki nos, małe uszy, sucha skóra, na dłoni występuje charakterystyczna bruzda poprzeczna (małpia bruzda). Ruchy są niezgrabne, mało precyzyjne, głos ochryply, gardłowy, wymowa wadliwa, ubogi zapas słów. Z badań wynika, że wiek matki jest czynnikiem sprzyjającym zaburzeniom chromosomalnym – 75% przypadków wiąże się ze starszym wiekiem matki. Bezpośrednią przyczyną zespołu Downa są anomalie chromosomalne typu:

- trisomii – przy parze 21 zamiast dwóch występują trzy chromosomy (najczęściej spotykana jest właśnie trisomia).
- translokacji – przemieszczenie chromosomu 21 lub jego części na inny chromosom.
- mozaiki – posiadanie przez niektóre komórki nieprawidłowej liczby chromosomów, przez inne prawidłowej.

Rozpoznanie choroby ustala się zwykle w ciągu pierwszego roku życia. Dzieci z zespołem Downa wykazują rozmaite stopnie upośledzenia umysłowego oraz fizycznego. Dzięki odpowiedniej nauce i leczeniu wiele z nich osiąga obecnie w życiu znacznie więcej, niż wydawało się możliwe w przeszłości.

Choroba zwana zespołem „miauczącego kota” jest skutkiem ubytku krótkiego ramienia chromosomu 5 pary. Do objawów zaliczamy: małogłowie, charakterystyczny układ twarzy, bardzo oddalone od siebie oczy, upośledzenie umysłowe w różnym stopniu. Wysoki, krzykliwy głos, podobny do miauczenia wynika z nieprawidłowości w budowie krtani.

Zespół Turnera i Klinefeltera to choroby wywołane przez anomalie chromosomów płciowych. Zespół Turnera występuje u kobiet, charakteryzuje się obecnością 45 chromosomów (w 23 parze zamiast XX występuje tylko jeden chromosom płciowy XO). Charakterystyczne objawy to: niski wzrost, spłaszczona silnie potylica, niedostatecznie rozwinięte drugorzędne cechy płciowe, w okresie dojrzewania brak miesiączki, upośledzenie w stopniu lekkim. Zespół Klinefeltera dotyczy mężczyzn, zamiast XY występuje XXY. Podobnie jak wyżej, drugorzędne cechy płciowe są niedorozwinięte. (Sękowska Z., 1985)

Upośledzenie umysłowe pochodzenia egzogenego może występować przed, w czasie i po urodzeniu. Przyczyny związane ze szkodliwymi czynnikami działającymi przed lub po zapłodnieniu to: kiła wrodzona, różyczka, napromieniowanie, konflikt Rh, toksoplazmoza i inne choroby zakaźne przebyte przez matkę w okresie ciąży. Wszystkie te zagrożenia powodują znaczne uszkodzenia w organizmie dziecka, zwłaszcza gdy występują w pierwszych tygodniach ciąży matki, mogą wówczas doprowadzić nawet do śmierci zarodka. Im wcześniej występuje zakażenie, tym stopień upośledzenia umysłowego jest głębszy.

Do czynników działających w okresie porodu Clarke (1972) zalicza urazy. Terminem tym często określa się łączny efekt urazu mechanicznego i niedotlenienia. Te dwa elementy są ściśle ze sobą powiązane. W przypadku porodu kleszczowego może dojść do mechanicznych uszkodzeń czaszki noworodka, co może doprowadzić do upośledzenia umysłowego.

Nieprawidłowo przeprowadzone akcje porodowe mogą doprowadzić do wylewów śródczaszkowych. Zbyt długo lub zbyt krótko trwające porody powodują niedotlenienie mózgu, sinicę, a efektem jest obumieranie komórek nerwowych i upośledzenie umysłowe. Niekorzystne czynniki okołoporodowe, wcześniactwo mogą również doprowadzić do mózgowego porażenia dziecięcego i zaburzeń sfery intelektualnej (około 75% przypadków z mózgowym porażeniem dziecięcym jest upośledzonych umysłowo).

Po urodzeniu dziecka mogą wystąpić takie zagrożenia jak: zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych, zapalenie mózgu, zatrucia, urazy, zapalenie rdzenia kręgowego. Przejście tego typu chorób czy urazów czaszki również może doprowadzić do niedorozwoju umysłowego.

W ostatnich latach pojawia się coraz więcej prac naukowych dotyczących etiologii upośledzeń umysłowych. Zrozumienie przyczyn jest bowiem podstawą stosowania racjonalnej profilaktyki i postępowania rewalidacyjnego. Jednakże, mimo dużych postępów nauki, nadal nie wszystkie przyczyny upośledzenia umysłowego są znane.

### **ROZDZIAŁ III**

## **Dziecko upośledzone umysłowo w rodzinie**

### **1. Rodzice wobec problemów diagnozy i stojących przed nimi zadań**

Narodziny dziecka dla każdej rodziny są zazwyczaj głębokim i szczęśliwym przeżyciem. Rodzice snują plany dotyczące przyszłości swego dziecka, cieszą się z posiadania potomka. W przypadku urodzenia się dziecka upośledzonego umysłowo sytuacja taka po jakimś czasie przeradza się w dramat, często tragedię rodziców. Przychodzi dzień, w którym dowiadują się oni z ust lekarza, że ich dziecko nie będzie się rozwijać na równi z innymi dziećmi, że jego zdolności pozostaną ograniczone, że będzie zawsze wymagać specjalnej troski i opieki. Do określenia tego stanu dziecka lekarz będzie musiał użyć słów „upośledzenie umysłowe”, choć określenie to obejmuje wiele różnych przyczyn i jeszcze nie przesądza o losie dziecka, o jego osobowości, o jego przyszłych brakach i osiągnięciach. Czasem rozpoznanie upośledzenia może nastąpić już w pierwszych tygodniach życia, jeśli towarzyszą mu wyraźne objawy fizyczne, jak np. u dzieci z zespołem Downa, czasem dopiero wówczas, gdy w odpowiednim czasie dziecko nie podnosi główki, nie siada, nie zaczyna gaworzyć, nie staje, nie robi pierwszych kroków i nie potrafi jeść samodzielnie. I chociaż już wtedy, obserwując zachowanie się i powolny rozwój dziecka, rodzice w głębi duszy żywią niepokój, mają złe przeczucia, czasem nawet są stopniowo przygotowywani przez lekarza do niepomyślnej diagnozy, to chwila w której padną słowa: upośledzenie umysłowe, kiedy uświadomienie sobie tej prawdy nie będzie mogło już być odkładane, jest zawsze dla rodziców ciężkim i trudnym przeżyciem. Ten pierwszy szok, jakkolwiek ciężki, musi być przez rodziców przezwyciężony, dla dobra zarówno ich samych, całej rodziny, jak i dla dobra dziecka.

Czasami mija wiele lat, zanim rodzice dojrzeją do pełnej akceptacji całego układu warunków spowodowanych posiadaniem upośledzonego dziecka. W ciągu tych kolejnych lat rodzice przechodzą przez kilka faz związanych z kształtowaniem się ich postaw wobec faktu upośledzenia. T. Gałkowski wymienia pięć takich faz:

- „ Uświadomienie sobie wagi problemu.
- Zaznajomienie się z istotą opóźnienia umysłowego.
- Próby wykrycia przyczyn.
- Szukanie pomocy.

- Akceptacja całego układu warunków." (Gałkowski T., 1972,s. 247).

Pierwsza faza charakteryzuje się najbardziej drastycznymi przeżyciami. Na pierwszą informację o upośledzeniu reagują silnym wstrząsem emocjonalnym, następnie usiłują wszelkimi sposobami zaprzeczać opinii lekarza, szukają innych specjalistów i mają nadzieję, że rozpoznanie jest mylne. W fazie drugiej zapoznają się ze wszystkimi konsekwencjami upośledzenia. Uświadamiają sobie, że ich pragnienia i plany związane z przyszłością dziecka muszą się radykalnie zmienić. Proces ten trwa dość długo i przebiega niekiedy w sposób bardzo przykry. Dużo zależy od tego, w jaki sposób przekazano rodzicom po raz pierwszy wiadomość o rozpoznaniu niedorozwoju umysłowego. Trzecia faza to próby wykrycia przyczyn kalectwa dziecka. U podstaw zainteresowania się etiologią leży tendencja do uwolnienia się od poczucia winy, które niepotrzebnie dręczy wielu rodziców. W fazie czwartej rodzice usiłują znaleźć skuteczne środki lecznicze i specjalistyczne ośrodki, w których widzą jedyny ratunek. I dopiero w piątej fazie godzą się z niepełnosprawnością swojego dziecka i wszystkimi konsekwencjami tego faktu.

Według A. Twardowskiego (1995) rodzice przechodzą przez następujące okresy:

- Faza szoku - W tym czasie dominują bardzo silne, negatywne emocje. Rodzice przeżywają rozpacz, żal, lęk, poczucie krzywdy, bezradności, klęski życiowej i osamotnienia.

- Faza depresji i głębokiego kryzysu emocjonalnego - Niemożność wybrnięcia z trudnej sytuacji sprawia, że narastają kłótnie małżeńskie, następuje obwinianie się wzajemne małżonków o przyczyny upośledzenia dziecka. Brak jest wzajemnego zrozumienia i pomocy. W tym okresie niektórzy rodzice stosują różne formy ucieczki od problemów, począwszy od zbyt dużego zaangażowania w pracę zawodową, poprzez szukanie zapomnienia w nałogach, aż do rozbicia rodziny – odejścia ojca, a czasem matki.

- Faza pozornego przystosowania do sytuacji - Rodzice nadal nie godzą się z rzeczywistością. Stosują różne mechanizmy obronne, zaprzeczające zaistniałej sytuacji, nieracjonalnie wierzą w uleczenie dziecka. Intensywnie poszukują

pomocy, zmieniają specjalistów, a czasem nawet jeżdżą do różnych uzdrowieli i znachorów.

- Faza konstruktywnego przystosowania się do sytuacji - Dopiero w tym okresie rodzice uznają realną rzeczywistość i podejmują rozsądne, wieloprofilowe działania usprawniające, aby maksymalnie wspomagać rozwój dziecka.

J. Wyczesany (1999) natomiast, proces przystosowania się rodziców do niepełnosprawności dziecka przedstawia w trzech fazach:

- Faza zaprzeczania - Rodzice nie wierzą w opinię lekarza. Twierdzą, że to nie mogło przytrafić się ich dziecku. Szukają specjalistów, którzy zanegują wcześniejszą diagnozę.

- Faza obaw i poczucia winy - Uświadamiają sobie konsekwencje upośledzenia. Są przerażeni, mają poczucie winy.

- Faza pogodzenia się z diagnozą i szukanie informacji o upośledzeniu - Osiągnięcie tej fazy prowadzi do zrozumienia potrzeb dziecka i akceptowania jego odmienności.

Od momentu, gdy rodzice stawiają sobie pytanie: Dlaczego nas właśnie spotkał ten los?, do momentu, gdy zastępują je pytaniem: Co jeszcze powinniśmy uczynić, aby pomóc naszemu dziecku?, upływa wiele czasu. Przez cały ten czas u rodziców występuje lęk, niepokój o rozwój i przyszłość dziecka, uczucie zagubienia i niepewność spowodowana niedostatkiem informacji, brakiem wypracowania schematów postępowania, stałe wątpliwości co do obserwowania u dziecka objawów, co do słuszności wyboru lekarza, metody rewalidacji i postępowania wychowawczego. Wielu rodziców skarży się na uczucie osamotnienia, spowodowane brakiem pomocy, brakiem zrozumienia w najbliższym środowisku. Odczuwają oni brak akceptacji społecznej, poczucie krzywdy, a jednocześnie poczucie winy z powodu posiadania takiego dziecka. Towarzyszy im stałe napięcie i zmęczenie brakiem perspektyw.

Urodzenie się dziecka upośledzonego umysłowo w rodzinie powoduje, iż cała rodzina staje się jakby chora. Upośledzenie jest silnym stresorem dla innych członków rodziny i wywiera wpływ na ich funkcjonowanie. Dochodzi do konfliktów i kłótni pomiędzy rodzicami, a także pomiędzy rodzicami a dziećmi zdrowymi w rodzinie, o których rodzice zapominają, zaabsorbowani dzieckiem

upośledzonym. Pojawiają się też problemy finansowe. Zwiększają się wydatki na rehabilitację dziecka, a jedno z rodziców, (najczęściej matka), zwykle rezygnuje z pracy zawodowej ze względu na konieczność stałej opieki nad dzieckiem upośledzonym.

Trudności i problemy, z jakimi boryka się rodzina dziecka upośledzonego są zbyt wielkie, aby mogła ona przezwyciężyć je własnymi siłami. Dlatego szeroko zakreślonej pomocy psychopedagogicznej na początku wymagają również rodzice dziecka. Pomoc dla siebie i dziecka pozwoli rodzicom bezpiecznie patrzeć w przyszłość.

## **2. Pomoc psychopedagogiczna**

Warunkiem skuteczności procesu rewalidacji jest przede wszystkim wczesna diagnoza i interwencja. Wszelkie projektowanie jakichkolwiek działań profilaktycznych, leczniczych czy rewalidacyjnych musi być poprzedzone rozpoznaniem, opisaniem i wyjaśnieniem uwarunkowań zaistniałego stanu rzeczy. Na wieloaspektową diagnozę składają się badania medyczne, psychologiczne i pedagogiczne. Wszelkie zebrane informacje należy jak najwcześniej przekazać rodzicom, by razem z nimi można było przystąpić do zaprojektowania spójnych działań pomocowych na rzecz dziecka..

W zdecydowanej większości przypadków, czas dzielący pierwszy symptom zaburzonego rozwoju dziecka i ostateczną diagnozę o jego upośledzeniu jest stosunkowo długi. Dla rodziców jest to bardzo trudny czas. Czas bezsilności i poczucia winy z powodu nieumiejętności zaradzenia narastającemu opóźnieniu. Czas depresji i ukrywanych łez w odpowiedzi na każdy objaw zaburzeń. Czas „huśtawki emocjonalnej” od rozpaczki do entuzjazmu, zależnie od zauważalnych zmian w zachowaniu dziecka. Czas lęku przed ujawnieniem się jego niedomogów wobec szerszego otoczenia, lęków przed ciekawością ludzką i odrzuceniem. Czas zawodu dla rodzicielskich aspiracji i marzeń. Czas niepokoju o przyszłość dziecka w razie potwierdzenia rodzących się obaw. Dlatego od samego początku należy prowadzić z rodzicami rozmowy, pomóc im w rozładowaniu negatywnych emocji: niepokoju, poczucia winy, wstydu.

Ważnym zagadnieniem związanym z pomocą psychopedagogiczną rodzicom dziecka upośledzonego, jest pierwsza informacja. Ciągle jeszcze lekarzom brak doświadczenia, jak podać wiadomość, by była ona jak najmniej dramatyczna dla rodziców, a jednocześnie obiektywna i rzeczowa. D. Kornas – Biela (1988) proponuje następujące wskazania:

- Informowanie powinno objąć oboje rodziców jednocześnie. Pomaga to w obiektywizacji odbioru przekazu, jak też konsoliduje ich oboje wokół rozwiązania powstałych problemów. Nie należy wyłączać ojca od odpowiedzialności za wychowywanie dziecka i narażać go na uzyskiwanie informacji z drugiej ręki.

- Sposób informowania należy dostosować do poziomu intelektualnego rodziców oraz modyfikować zależnie od ich reakcji.

- Specjalista musi być ostrożny, by w rozmowie nie używać niezrozumiałych określeń, fachowych terminów, słów zbyt uproszczonych lub pejoratywnych. Wywołuje to negatywne uczucia u rodziców, ich dezorientację i uprzedzenia we wzajemnych kontaktach z personelem.

- Trzeba zwrócić uwagę na pantomimikę i sposób wyrażania się, pełni niepokoju rodzice obserwują bacznie całość zachowania diagnosty i starają się odczytać prawdziwą opinię o stanie dziecka nie tylko z treści słów, ale i sposobu ich wypowiedzania, z gestów, wyrazu twarzy itp.

- Specjalista (lekarz, psycholog, pedagog) odpowiadając na pytania rodziców powinien zawsze zaznaczyć, kiedy jego wiedza jest pewna, co jest tylko prawdopodobne, a czego nie wie. Rodzice dzieci upośledzonych szczególnie mocno akcentują konieczność uczciwości ze strony specjalistów i jasnego precyzowania granic swoich kompetencji oraz umiejętności zawodowych.

- Pierwsza informacja powinna być ogólna, z akcentem na to, co nie czyni sytuacji beznadziejną, a roztaczane nadzieje powinny być obiektywnie osiągalne.

- Informacja powinna być tak przekazana, by zachęcała rodziców do swobodnego formułowania pytań, do osobistych wypowiedzi na temat swoich aktualnych odczuć, by na bieżąco, bez skrępowania mogli rozwiązać pojawiające się wątpliwości. Należą się im spokojne, rzeczowe wyjaśnienia. Atmosfera



życzliwości, rozumienia i szacunku dla nich stwarza klimat dogodny do następnych spotkań. Specjalista powinien być nie tylko kompetentnym autorytetem, ale przede wszystkim wrażliwym, pełnym sympatii dla rodziców, których podtrzymuje, naprowadza, przez co zapewnia im poczucie bezpieczeństwa i oparcia w drugim człowieku oraz motywuje ich do dalszego kontaktu.

Jak już wspominałam, posiadanie dziecka niepełnosprawnego dość często wpływa też negatywnie na funkcjonowanie całej rodziny tzn. na wzajemne relacje między małżonkami, między nimi a dzieckiem upośledzonym, oraz pozostałymi dziećmi w rodzinie, między rodzeństwem dziecka upośledzonego a nim samym. Czasem sytuacja w rodzinie może być tak trudna, że wymagać będzie przeprowadzenia terapii rodzinnej, nie tylko dla dobra dziecka niepełnosprawnego, ale i dla poprawy stosunków między osobami z jego najbliższego otoczenia.

Rodzice często nie wiedzą jak postępować z dzieckiem, potrzebują wielu konkretnych wskazówek, jak prawidłowo zareagować na zachowanie dziecka. Szczególnie przydatne może być w tym wypadku organizowanie grupowych spotkań rodziców mających podobne problemy, a którym udało się je w jakiś sposób rozwiązać. Wszelka wiedza przekazywana rodzicom powinna służyć im pomocą w takiej organizacji życia dziecka i takiej pracy z nim od najwcześniejszych chwil, by maksymalnie przezwyciężyć skutki ograniczeń.

Pierwsze miesiące i lata życia dziecka upośledzonego w rodzinie są, jak wspominałam wyżej, czasem trudnym dla rodziców, okresem nasyconym burzliwymi i w większości negatywnymi przeżyciami, które stanowią specyficzne obciążenie w życiu rodziny, dlatego właśnie pomoc psychopedagogiczna powinna być prowadzona już od momentu zauważenia pierwszych oznak zaburzonego rozwoju dziecka (czasem od urodzenia, w pewnych rodzajach upośledzeń później).

Przede wszystkim rodzice powinni mieć możliwość wyboru wśród proponowanych im form pomocy. Należą do nich:

- Indywidualne spotkania rodziców ze specjalistą, np. lekarzem, psychologiem, pedagogiem, logopedą lub z zespołem specjalistów;

- Wspólne spotkania rodziców i dziecka ze specjalistą, w czasie których prowadzone są zajęcia terapeutyczne;

- Odwiedziny specjalisty w domu rodziców – następuje wtedy obserwacja zachowania członków rodziny w warunkach naturalnych, udzielenie porad i wspólne rozwiązywanie powstałych w rodzinie problemów;

- Uczestnictwo dziecka w żłobkowych lub przedszkolnych zajęciach terapeutycznych wraz z innymi dziećmi – przy czym rodzice powinni być często obecni przez całość lub część zajęć, a ich aktywność jest modyfikowana, np. biernie obserwują zajęcia, uczestniczą w nich jako pomocnicy, a nawet sami prowadzą różne elementy programu dnia;

- Spotkania rodziców w małych grupach, które mają charakter towarzyski, edukacyjny lub ściśle terapeutyczny;

- Spotkania terenowe – wspólne wyjazdy, wakacje, odwiedziny w zakładach rehabilitacyjnych.

Każda z tych form pracy jest w różnym stopniu nastawiona na edukację, szkolenie i terapię rodziców. Cel edukacyjny realizuje się poprzez przekazywanie rodzicom wiedzy:

- O upośledzeniu dziecka: rodzaju tego upośledzenia, stopniu, konsekwencjach, leczeniu i prognozie. Wiedza musi być stopniowana i powoli przyswajana przez rodziców;

- O przyczynach niepełnosprawności, wskazując na różnorodne uwarunkowania powodujące upośledzenie. Pozwala to z jednej strony na rozpatrzenie ewentualnej konieczności badań lekarskich rodziców, - w tym szczególnie genetycznych - celem stwierdzenia na ile upośledzenie dziecka ma swoje źródło w nieprawidłowym układzie genetycznym rodziców. Z drugiej strony pozwala to często na wykazanie bezzasadności sporu „kto winien”, a więc obniżenie dręczącego rodziców poczucia winy oraz na racjonalną decyzję co do posiadania dalszego potomstwa;

- O przebiegu prawidłowego rozwoju dziecka, by rodzice sami mogli zobiektywizować swoje niepokoje. Zwykle polega to na tym, że w małych grupach rodziców omawia się, czym charakteryzuje się prawidłowy rozwój, jego sfery, sposoby mierzenia postępów, wady i zalety różnych pomiarów. Następnie rodzice dokonują obserwacji swojego dziecka, wypełniają specjalnie

przygotowaną dla nich „skale rozwoju psychoruchowego”, zaznaczając w jakim stopniu ich dziecko opanowało konkretne czynności, charakterystyczne dla danej sfery i określonego poziomu wieku. Tę samą skalę wypełnia również psycholog lub pedagog i następnie odbywa się rozmowa konfrontująca wyniki. Rodzice uzyskują informacje, iż:

- Ich dziecko podlega takim samym prawom rozwojowym, jak każde inne;
- Jego potrzeby są takie same jak potrzeby dzieci o wyższej inteligencji, a nawet niektóre z nich, np. potrzeby emocjonalne, szczególnie silnie zaznaczone;
- Wpływ upośledzenia nie jest totalny. Jak każde inne dziecko ma ono swoje pozytywy i negatywy, mocne i słabe strony. Są dziedziny w których jest lepiej rozwinięte, w innych gorzej. Chodzi o wpojenie wiary w rodziców, że przestaną się bać swojego dziecka, jeśli będą je znali, jeśli będą wiedzieli, pod jakim względem jest ono rozwinięte poniżej swojego wieku, a pod jakim dorównuje swoim rówieśnikom.

Podczas tych rozmów rodzice będą też informowani:

- O możliwościach dziecka na danym etapie rozwoju, np. czego można od niego wymagać, a w czym trzeba mu pomóc;
- O czynnikach rozwoju dziecka, przy czym omawia się je ze szczególnym uwzględnieniem roli rodziców i rodzeństwa oraz konieczności stymulacji aktywności własnej i niektórych potrzeb, np. poznawczych, dziecka z upośledzeniem umysłowym;
- O potrzebach dziecka charakterystycznych dla danego etapu jego rozwoju, a nie dla wieku metrykalnego i o typowych dla tego okresu problemach wychowawczych;
- O wspólnych dla wszystkich rodziców dzieci upośledzonych problemach. Rodzice często boją się własnych uczuć, są bezradni wobec trudności, w procesie terapii zaś odzyskują nowe spojrzenie na swoją sytuację. Uzmysławiają sobie, że przeżywane przez nich uczucia i przejawiane reakcje są normalną reakcją człowieka na stres. Muszą więc ciągle szukać, próbować, rewidować, odkrywać, poprawiać, zmieniać, tworzyć. Przysługuje im dlatego szczególne prawo do błędu.

Omawia się również z rodzicami różne problemy szczegółowe, które implikuje upośledzenie, np. pielęgnacja dziecka, jego sytuacja prawna, system opieki nad nim, możliwości rehabilitacji. Rozmawia się też o tym, jak radzić sobie ze stresem, jak podejmować decyzje w sytuacjach trudnych.

Spotkania mogą mieć charakter czysto towarzyski lub ściśle terapeutyczny. Zawsze jednak mają ważne cele do osiągnięcia. Są one następujące:

- Budzenie w rodzicach odpowiedzialności za proces rozwoju dziecka. Rodzice muszą pozbyć się przekonania, że lekarz, psycholog czy sam pedagog wyprowadzi ich dziecko z opóźnienia rozwojowego. Mają być świadomi tego, że dzięki sile związku emocjonalnego z dzieckiem posiadają potężną broń do walki z upośledzeniem. To oni są ekspertami w sprawach swojego dziecka, bo znają je najlepiej i będą mu towarzyszyć przez całe życie. Rodzice są równoprawnymi członkami zespołu rehabilitacyjnego, a jednocześnie partnerami różnych specjalistów. Mają prawo wiedzieć o wszystkim, co dotyczy ich dziecka, prawo wyboru do sposobu terapii i planowanego leczenia. Ich pytania, wątpliwości i wymagania ustalają ramy współpracy.

- Przekonanie rodziców, że upośledzenie ich dziecka jest częścią ogólnego problemu ludzkich niedoskonałości. Każdy człowiek jest pod jakimś względem niesprawny, a szczególnie wymagał pomocy w latach swego dzieciństwa i będzie jej potrzebował w okresie starości. Każdy z rodziców styka się z problemem akceptacji niedoskonałości swego dziecka, które zawsze występują, choć może w mniejszym zasięgu. Upośledzenie jakiegokolwiek natury stanowi więc integralny element istoty ludzkiej, jest cechą naszego bytowania. Przyjęcie tej prawdy przez rodziców pomaga im w pozbyciu się poczucia inności, nietypowości, tajemniczej aury, która ich otacza.

- Ważne jest również uświadomienie rodzicom istoty pojęcia „upośledzenie umysłowe”, ze wskazaniem na jego względny charakter. Ich dziecko zostało uznane za upośledzone, ponieważ nie sprostało wymaganiom stawianym przez poziom życia społecznego, przyjętym w naszej kulturze zwyczajom i sposobom zaspokajania potrzeb, systemowi prawnemu, a szczególnie systemowi szkolnemu. Rodzice muszą być przekonani, że ich dziecko jest przede wszystkim dzieckiem, a więc osobą w wieku rozwojowym, upośledzenie umysłowe natomiast to tylko pewna cecha.

Personalistyczna wizja dziecka upośledzonego umysłowo wskazuje na jego wartość jako osoby. Tymczasem rodzice nierzadko stają wobec pytania, czy istnienie ich dziecka jest sensowne i nie zawsze znajdują w sobie dość siły, by na nie odpowiedzieć twierdząco. Z wypowiedzi wielu rodziców wynika, że są oni zupełnie nie przygotowani do nowych zadań, liczą, że ktoś ich w pracy z dzieckiem wyręczy. Oczekują wyleczenia. Nie zdają sobie sprawy, iż zaburzenie dziecka to jest stan, a nie choroba, że nie istnieje lek działający radykalnie. Problemy życiowe matki odbijają się na rozwoju psychicznym dziecka. Stąd też konieczne jest rozpatrywanie problemu dziecka upośledzonego na tle modelu życia całej rodziny. Uwagę matki należy skierować na analizę osobowości dziecka i skłonić do refleksji nad tym, jakie ono jest nie zapominając o pozytywnych aspektach jego funkcjonowania. (Wyczesany J., 1999).

Prawidłowa opieka, oraz pełna i skuteczna rewalidacja dziecka w rodzinie jest możliwa tylko przy wysokim poziomie pomocy i wsparcia społecznego. Duży wpływ na stopień zaspokojenia potrzeb psychicznych i społecznych dziecka, oraz na zmniejszenie napięć ich rodziców, mają ci wszyscy specjaliści, którzy wspólnie z rodziną wspomagają i stymulują rozwój upośledzonego dziecka. Obecnie rodzina, współpracując z lekarzami, psychologiem, pedagogiem specjalnym i pracownikami socjalnymi, ma możliwość stosowania z ich pomocą całego zespołu metod i środków leczniczych, technicznych, psychologiczno – pedagogicznych i socjalnych. Jest jednak jeden warunek – bodaj najważniejszy – bez którego nawet najlepsze środki i metody nie zagwarantują powodzenia rodzicom w pracy z dzieckiem (z każdym dzieckiem, a szczególnie z dzieckiem upośledzonym umysłowo). Tym warunkiem jest pełna akceptacja dziecka wraz z jego ograniczeniami i możliwościami rozwojowymi.

### **3. Znaczenie akceptacji dziecka upośledzonego przez rodzinę**

Decydujące znaczenie dla rozwoju dziecka, szczególnie w pierwszych latach życia ma nieprzerwany przepływ doznań, wrażeń, uczuć i informacji, jaki dokonuje się między nim a rodzicami i pozostałymi członkami rodziny. Ta wymiana przebiega optymalnie jeśli najbliżsi akceptują dziecko i je kochają.

U dziecka akceptowanego przez rodzinę już we wczesnym dzieciństwie wytwarza się trwałe poczucie bezpieczeństwa, tzw. ufność podstawowa. Jest to niewyrozumowane poczucie, że świat jest miejscem bezpiecznym, a ludzie życzliwi. Ufność podstawowa jest potrzebna każdemu dziecku, ale dziecku upośledzonemu szczególnie, ponieważ spotyka je w życiu więcej trudności, przeszkód, załamania i częściej jest odrzucane przez ludzi. Ufność podstawowa zapewnia dziecku dobre samopoczucie i jest katalizatorem jego rozwoju psychicznego i społecznego. (Twardowski A., 1993).

Od pierwszych chwil życia dziecko upośledzone właśnie dlatego, że jest dzieckiem ze słabym układem nerwowym, ma szczególne prawo, by być blisko matki, słuchać bicia jej serca i brzmienia głosu, to daje mu poczucie bezpieczeństwa. Inną potrzebą we wczesnym dzieciństwie jest potrzeba przywierania, przytulania się. Optymalne jej zaspokojenie jest możliwe przez karmienie naturalne, które zapewnia kontakt dziecka z matką. Kochająca opieka przejawia się poprzez kołysanie, pieszczoty, uśmiechanie się do dziecka, przemawianie do niego. Reakcją rodziców dziecka upośledzonego jest nierzadko wycofywanie tych form, minimalizowanie ich znaczenia m.in. z powodu lęku przed kontaktem. Tymczasem one są bardziej potrzebne dziecku upośledzonemu niż innemu. Kołysanie uspokaja i rozluźnia, aktywizuje kinestetykę dziecka, dostarcza bodźców skojarzonych z przyjemnością. Doskonali również zmysł równowagi, zaspokajają potrzeby poznawcze i emocjonalne. Pieszczoty stanowią wielozmysłową stymulację dziecka, a uśmiech i mowa tworzą już w pierwszych dniach i tygodniach życia bazę dla jego rozwoju jako istoty społecznej, nastawionej pozytywnie do świata i ludzi. (Wyczesany J., 1999). Zaspokojenie tych pierwszych potrzeb jest bazą do wytworzenia się u dziecka wymienionej wyżej ufności podstawowej. Te przejawy miłości rodzicielskiej są bodźcem rozwojowym, którego znaczenia nie sposób przecenić.

Istotą akceptacji jest przyjęcie dziecka takim, jakie jest – z jego cechami wyglądu zewnętrznego, usposobienia, umysłowości, z możliwościami osiągnięć w jednych dziedzinach a ograniczeniami w innych. Można wyróżnić dwa aspekty znaczenia terminu akceptacja. Pierwszy ma charakter oceniający. Opisują go takie pojęcia jak: aprobatą, uznanie, szacunek. Drugi aspekt

akceptacji – emocjonalny – oznacza życzliwość, oddanie, miłość, przyjaźń.

Liczne badania wykazują, że istnieje pozytywny związek między akceptującą postawą rodziców a rozwojem umysłowym, emocjonalnym i społecznym dziecka. Stwierdzono, że myślenie dzieci akceptowanych w porównaniu z myśleniem dzieci odrzucanych charakteryzuje się wyższym stopniem oryginalności, planowości i wytrwałości. Ponadto dzieci akceptowane ujawniają wyższy stopień ciekawości i fantazji. Są zrównoważone emocjonalnie, wesołe, empatyczne, przyjacielskie i odważne. Mają łagodne usposobienie. Dzieci akceptowane przez rodziców są nastawione prospołecznie tzn. chętnie pomagają, dzielą się, współpracują, spełniają prośby innych i wywiązują się ze swoich zobowiązań. Są skoncentrowane raczej na grupie niż na sobie. Chętnie uczestniczą w różnych formach aktywności społecznej i łatwo nawiązują stosunki interpersonalne.

W przypadku dzieci upośledzonych umysłowo, zwłaszcza w stopniu głębszym, sam stopień akceptacji dziecka nie decyduje o rezultatach rehabilitacyjnych uzyskiwanych przez rodziców. Ważne jest aby rodzice potrafili poprzez swoje zachowanie wyrazić tę akceptację. Dopiero wówczas nabiera ona wartości stymulatora rozwoju dziecka. Rodzice akceptujący dziecko okazują mu swoje przywiązanie i miłość, adekwatnie spostrzegają i oceniają dziecko oraz stosują takie techniki wychowawczego oddziaływania, które wspomagają rozwój dziecka.

Przede wszystkim akceptacja zapewnia dziecku poczucie bezpieczeństwa i stwarza optymalne warunki dla emocjonalnej, poznawczej i społecznej wymiany między nim a członkami rodziny. Dziecko akceptowane traktuje otaczający świat jako bezpieczny, przyjazny i dąży do aktywnego poznawania go i działania w nim.

Akceptacja wpływa na percepcję i ocenę dziecka oraz zachowania względem niego. Rodzice akceptujący dziecko spostrzegają je bardziej obiektywnie. Widzą nie tylko ograniczenia, ale również pozytywne cechy dziecka i jego potencjalne możliwości. Są w stanie zauważyć nawet niewielkie, aczkolwiek pozytywne aspekty zachowań dziecka i jego osiągnięcia. Obraz dziecka jaki funkcjonuje w ich świadomości jest wówczas bardziej adekwatny, realistyczny i bardziej optymistyczny. Rodzice wierzą, że ich dziecko jest zdolne

do przewyciężenia ograniczeń, zdolne do rozwoju, a tym samym godne pochwały. Ich ocena jest obiektywna, opiera się na informacjach uzyskanych w trakcie codziennych kontaktów z dzieckiem. Percepcja i ocena dziecka wpływa na sposób postępowania z nim. Darzą swoje dziecko miłością i często mu to okazują. Ich uczucie ma charakter bezwarunkowy. Nie cofają swych pozytywnych uczuć gdy dziecko jest niegrzeczne lub gdy przejawia wobec nich uczucia negatywne. Utrzymują z nim stały kontakt i uważnie śledzą wszystko, co wymaga ich interwencji, są konsekwentni w postępowaniu. Kary odnoszą do określonych zachowań dziecka, a nie do niego jako osoby. Respektują indywidualność i autonomię dziecka. Jeśli rodzice akceptują dziecko i kochają je, wówczas chętnie wchodzi w interakcje z nim, a ich zachowania stanowią integralną część doświadczeń zdobywanych przez dziecko. Rodzice uczą dziecko wykonywania różnych czynności, wyjaśniają mu pewne zdarzenia lub zjawiska, pozwalają, aby wykonywało razem z nimi różne „dorosłe” czynności, bawią się z dzieckiem, rozmawiają z nim, opowiadają mu lub czytają. Potrafią również tak organizować warunki aktywności dziecka, aby wystąpiło jak najwięcej doświadczeń korzystnych dla jego rozwoju. Sugerują dziecku rodzaj aktywności i zachęcają do jej podjęcia, dostarczają odpowiednich zabawek i przedmiotów, nagradzają dziecko, a w razie potrzeby pomagają.

Psychologia społeczna opisuje zjawisko, zwane samospełniającym się proroctwem albo efektem Pigmaliona. Polega ono na tym, że jeśli przypiszemy człowiekowi jakąś etykietkę, to zaczyna on funkcjonować zgodnie z tym, co mu się przypisuje. Można przypuszczać, że dziecko upośledzone, któremu rodzice okazują akceptację i wierzą w jego możliwości, zacznie zachowywać się pozytywnie, zgodnie z tym, jak jest traktowane i oceniane przez rodziców.

Akceptacja dziecka wpływa na sposób porozumiewania się z nim. Rodzice traktują dziecko jako partnera równoprawnego, aczkolwiek mniej kompetentnego. Komunikacja ma wówczas charakter dwustronny – członkowie rodziny są nastawieni nie tylko na przekazywanie określonych informacji, ale również na odbiór informacji płynących od dziecka. Rodzice akceptujący dziecko chętnie z nim rozmawiają, a także chętnie i cierpliwie odpowiadają na jego pytania. Pozwalają dziecku zwerbalizować to, co ma na myśli i ułatwiają mu to stosując różnorodne pytania naprowadzające. W



sytuacji kiedy dziecko nie rozumie ich wypowiedzi, powtarzają ją, modyfikują, stosują dodatkowe wyjaśnienia. Starają się dostosować swe wypowiedzi do możliwości poznawczej i językowej dziecka.

Kolejną, bardzo istotną korzyścią wynikającą z akceptacji dziecka, jest kształtowanie się pozytywnego obrazu siebie i samoakceptacji. Jeśli członkowie rodziny akceptują niepełnosprawne dziecko, wówczas traktują go jako kogoś z gruntu dobrego, ładnego, mądrego i sprawnego. Kogoś, kto działa skutecznie i kogo stać na zrobienie wielu rzeczy. Tak traktowane dziecko nabywa obraz siebie jako kogoś udanego. Im bardziej dziecko czuje się akceptowane przez rodzinę, tym ma większą skłonność do akceptowania rzeczywistości w której żyje i do akceptowania innych. Istotnym elementem pozytywnego obrazu siebie jest samoakceptacja rozumiana jako pozytywna postawa jednostki wobec siebie i własnych cech, opierająca się na uznaniu ich wartości. Dziecko, które akceptuje siebie ma zaufanie do swoich sił, nie zraża się niepowodzeniami.

Dziecko upośledzone ma świadomość swojej inności. Akceptując siebie musi również ustosunkować się do własnej niepełnosprawności. Akceptacja rodziny sprzyja przyjęciu własnego kalectwa jako faktu, z którym trzeba się liczyć, ale któremu nie należy ulegać. E. Muszyńska (1995) uważa, że nieporozumieniem jest ujmowanie akceptacji własnej niepełnosprawności jako elementu samoakceptacji. Z punktu widzenia rehabilitacji korzystne jest bowiem aby dziecko nie zgadzało się na niepełnosprawność i aby było gotowe do walki z jej skutkami.

Niektórzy rodzice mają poważne problemy z zaakceptowaniem dziecka. Przeżywają konflikt, mają świadomość, że dziecko należy kochać, bo to ich dziecko, a jednocześnie nie potrafią go kochać, ponieważ jest upośledzone. Zamiast miłości czują do dziecka obojętność, lęk lub wrogość. Czasem musi upłynąć dużo czasu, aby wyzbyć się tych uczuć i pokochać swoje dziecko. Jest to czas stracony, bowiem brak akceptacji ze strony rodziców sprawia, że niekochane dziecko nie czyni żadnych postępów w rozwoju, a nawet jego zaburzenia mogą się pogłębiać. Dzieci upośledzone umysłowo są szczególnie wrażliwe na brak akceptacji. Najistotniejsza jest akceptacja rodziców jako pierwszych osób znaczących, ale oczywiście ważne jest także, aby dziecko było

akceptowane również przez innych członków rodziny. Potoczne obserwacje wskazują, że niekiedy dziadkowie akceptują niepełnosprawne dziecko bardziej niż rodzice. Ma to duże znaczenie praktyczne w sytuacji, kiedy rodzice mają problemy z zaakceptowaniem dziecka. Wówczas dziadkowie mogą ich przez jakiś czas zastąpić w funkcjach rodzicielskich. (Twardowski A., 1993).

Podsumowując rozważania na temat akceptacji należy podkreślić, że pozytywny stosunek rodziców do dziecka stanowi podłoże, pewną bazę wyjściową, która ułatwia rodzicom wypełnianie wszelkich zadań opiekuńczo – wychowawczych wobec swojego dziecka. Dziecko wychowywane w atmosferze miłości i życzliwości jest w stanie osiągnąć maksimum swoich możliwości. Jeżeli upośledzenie dziecka nie zaburza stosunku emocjonalnego rodziców do niego, to wspierane przez najbliższych, jest ono w stanie walczyć z trudnościami i krok po kroku wspinać się na wyższy poziom rozwoju.

## **Zakończenie**

Każda rodzina jest innym, неповtarzalnym środowiskiem, a dzieci upośledzone umysłowo, podobnie jak te o wyższym ilorazie inteligencji, mają różne charaktery, różne tempo rozwoju oraz indywidualne cechy osobowości. Dlatego też nie istnieje jakiś uniwersalny program, który mógłby być stosowany przez rodziców w działalności opiekuńczo – wychowawczej z dzieckiem upośledzonym. Z tego też powodu nie ma w mojej pracy rozdziału dotyczącego konkretnych wskazówek dla rodziców. Dzieci dotknięte tego rodzaju zaburzeniem należy wychowywać tak jak wszystkie inne dzieci. Trzeba tylko dostosować wymagania do ich możliwości, korzystać z pomocy psychologicznej, socjalnej i medycznej i przede wszystkim otoczyć dziecko rozumną miłością.

Ramy niniejszej pracy nie pozwalają na kompleksowe omówienie wszystkich problemów z jakimi borykają się rodzice dziecka upośledzonego. Staralam się podkreślić znaczenie współpracy z różnego rodzaju placówkami wsparcia społecznego, które winny nieść pomoc. Niestety, sieć tego wsparcia w naszym kraju nie jest jeszcze dostatecznie rozwinięta, rodziny z małych miasteczek i wsi rzadko mają możliwość korzystania z tego typu pomocy i choć ostatnio powstaje coraz więcej takich placówek, to ciągle jeszcze są w Polsce rodziny, które samotnie borykają się z trudnościami wynikającymi z wychowywania upośledzonego dziecka. Nikt przecież nie zakłada, że urodzi mu się dziecko z niedorozwojem umysłowym, ma więc prawo do tego, aby nie wiedzieć jak kierować jego rozwojem. Pomoc psychopedagogiczna jest niezbędna rodzicom, którzy nieświadomie popełniają mnóstwo błędów w

wychowaniu dziecka.

Pragnę jeszcze raz przypomnieć, że najistotniejszym, moim zdaniem, wsparciem dla dziecka w rodzinie jest otoczenie go miłością, ale miłością rozumną, bez przyjmowania postawy nadopiekuńczej, która wyrabia w dziecku jedynie poczucie bezradności i całkowite uzależnienie się od pomocy innych osób. Jeśli stopień upośledzenia dziecka nie jest głęboki, można i trzeba przygotować go do samodzielnego życia, by w przyszłości nie było zależne od pomocy innych i stało się pełnoprawnym członkiem społeczeństwa.

Na zakończenie pragnę życzyć wszystkim rodzicom powodzenia w wychowaniu własnych dzieci. Oprócz trudności i kłopotów rodzicielstwo dostarcza ogromnej satysfakcji i wielu rzeczywistych radości. Troska o zapewnienie przyszłości dziecka niech będzie poważną siłą pobudzającą rodziców dzieci upośledzonych do działania. Nie ma ludzi doskonałych. Nasze dzieci takie są, jakie są, a od nas w decydującej mierze zależy to jakimi się staną. Staranie, aby wyrosli z nich uczciwi i szczęśliwi ludzie – oto cel dla którego warto ponosić trudy codziennego życia i wychowywania potomstwa.

## Bibliografia

1. Clarke A. M., Clarke A. D. B.(1972): *Upośledzenie umysłowe*. Warszawa. PWN
2. Doroszewska J.(1989): *Pedagogika specjalna*. T II. Wrocław. Ossolineum.
3. Dykcik W.(red.)(1998): *Pedagogika specjalna*. Poznań. WN UAM
4. Gałkowski T.(1972): *Dzieci specjalnej troski*. Warszawa. WP
5. Giryński A.(1989): *Zachowania prospołeczne młodzieży lekko upośledzonej umysłowo*. Warszawa. WSPS
6. Grochociński M.(1977): *Kultura pedagogiczna rodziców*. W: Ziemska M. (red.): *Rodzina i dziecko*. Warszawa. PWN
7. Jacuńska M.(1979): *Wychowanie małego dziecka w rodzinie*. W: Ziemska M. (red.): *Rodzina i dziecko*. Warszawa. PWN
8. Jundził I.(1989): *Trudności wychowawcze w rodzinie*. Warszawa. NK
9. Kornas – Biela D.(red.)(1988): *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie*. Lublin. KUL
10. Kostrzewski J.(1981): *Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym*. W: Kirejczyk K. (red.): *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*. Warszawa. PWN
11. Lipkowski O.(1974): *Pedagogika specjalna*. Warszawa. PWN
12. Mrugalska K.(1992): *Upośledzenie umysłowe. Wskazówki dla rodziców*. Warszawa. PZWL

13. Muszyńska E. (1995): *Ogólne problemy wychowania w rodzinie dzieci niepełnosprawnych*. W: Obuchowska I. (red.): *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa. WSiP
14. Rembowski J.(1972): *Więzi uczuciowe w rodzinie. Studium psychologiczne*. Warszawa. PWN
15. Reykowski J.(1977): *Z zagadnień psychologii motywacji*. Warszawa. WSiP
16. Sękowska Z.(1985): *Pedagogika specjalna*. Warszawa. PWN
17. Spionek H.(1973): *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa. PWN
18. Twardowski A.(1995): *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*. W: Obuchowska I.(red.): *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa. WSiP
19. Twardowski A. (1993): *Problemy akceptacji dziecka niepełnosprawnego przez rodzinę*. W: Ossowski R. (red.): *Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie*. Bydgoszcz. WSP
20. Wyczesany J.(1999): *Pedagogika upośledzonych umysłowo*. Kraków. OW Impuls.
21. Ziemska M.(1973): *Postawy rodzicielskie*. Warszawa. WP
22. Ziemska M.(1979): *Rodzina a osobowość*. Warszawa. WP

## **Mózgowe porażenie dziecięce**

## **WSTĘP**

Każdy człowiek, zdrowy czy niepełnosprawny fizycznie bądź psychicznie jest dla siebie wartością najwyższą, ma swoje dążenia, cele, aspiracje, które nadają sens jego życiu. Nie jest od tego wolne także dziecko z dysfunkcją narządu ruchu, chociaż nie zawsze jest ono w stanie ten cel osiągnąć samodzielnie. Dlatego też do czynników warunkujących losy niepełnosprawnego dziecka należy zaliczyć odnoszone przez niego sukcesy i doświadczane niepowodzenia.

Do specjalnej, coraz częściej występującej grupy zaburzeń rozwojowych należy dziecięce porażenie mózgowe. U dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym spotyka się jeden określony defekt fizyczny, najczęściej jest to zespół objawów będących wynikiem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Dziecko z widocznym kalectwem, a w normie umysłowej ma niewątpliwie inną percepcję własnej osoby, inaczej ocenia siebie na tle grupy rówieśniczej niż dziecko zdrowe i sprawne fizycznie. Jeżeli przy niepełnosprawności ruchowej występuje dodatkowo upośledzenie umysłowe, to dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym pozostaje mało krytyczne wobec siebie. Dzieci te, są najczęściej zadowolone z siebie, pozytywnie oceniają swoje możliwości i osiągnięcia, nie dostrzegają własnego upośledzenia w zestawieniu z dziećmi zdrowymi. Istotnym pozostaje, aby ludzie zdrowi zaczęli podmiotowo traktować ludzi niepełnosprawnych. Polega to na stworzeniu im godnych warunków życia i rozwoju, włączeniu w szeroki



krąg społeczny, umożliwieniu wszechstronnego rozwoju przy uwzględnieniu indywidualnych możliwości. Konieczne jest zapewnienie im podstawowych potrzeb ludzkich: bezpieczeństwa, miłości, przyjaźni, autonomii oraz przestrzegania prawa do prywatności oraz indywidualności. W ten sposób ludzie zdrowi w znacznym stopniu mogą uchronić niepełnosprawnych przed lękiem i samotnością. Aby wyeliminować negatywne zachowanie społeczne wobec niepełnosprawnych, trzeba dostarczyć sprawnym jak najwięcej informacji na temat tej grupy osób.

W ostatnim czasie, dzięki środkom masowego przekazu, postawy społeczne wobec niepełnosprawnych ulegają znacznej poprawie. Coraz więcej czasu, wysiłku, zainteresowania poświęca się tym ludziom. Od dwóch lat uczę dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Zauważyłam, że dzieci te od początku kariery szkolnej są narażone na niepowodzenia. Wymagają daleko posuniętej indywidualizacji, gdyż zaburzenia koordynacji wzrokowo – ruchowej, orientacji przestrzennej, braki precyzji ruchów, wady mowy i zaburzenia, w których komponent ruchowy odgrywa istotną rolę, stają się przeszkodą w opanowaniu umiejętności wyznaczonych programem szkolnym. Obcując z tymi dziećmi zrozumiałam, że ich potrzeby życiowe są takie same, jak ich zdrowych rówieśników. Z pewnością potrzebują więcej miłości i zainteresowania. Podjęłam w swojej pracy temat dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, ponieważ ucząc je bardzo się do nich zbliżyłam. Chciałabym dokładnie poznać ich psychikę, możliwości dydaktyczne, aby jak najlepiej wypełniać swoją pracę.

## **ROZDZIAŁ I**

### **ANALIZA TEMATU W ŚWIETLE LITERATURY PRZEMIOTU**

#### **1. Definicje, klasyfikacje i przyczyny mózgowego porażenia dziecięcego**

Dokonując analizy tematu spotkałam się z wieloma definicjami mózgowego porażenia dziecięcego, podawanego zarówno w polskiej, jak również w zagranicznej literaturze.

Arlen R mózgowie porażenie dziecięce ogólnie charakteryzuje jako uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, które wywołuje zaburzenia funkcji motorycznej, połączone nieraz z uszkodzeniami aparatów sensorycznych i psychicznych (Alen R; 1972r; s. 116).

Według Baxa są to zaburzenia ruchu, postawy (ułożenia) dziecka, określane są mianem mózgowego porażenia dziecięcego (ang. Cerebral palsy; łac. Paralysiscerebralis infantum) (Bax; 1964r.).

Inni naukowcy określenie „mózgowe porażenie dziecięce” odnoszą do schorzeń w zasadzie nie postępujących, a doprowadzających do zaburzeń czynności ruchowych, związanych z uszkodzeniami mózgu przed porodem,

w czasie porodu lub w ciągu pierwszego roku życia (Michałowicz R, Ślenzak J; 1982r.).

Po przedstawieniu definicji przechodzę do podania klasyfikacji mózgowego porażenia dziecięcego.

Według Russa i Soboloffa (1958r.), a uszczegółowiona przez Jankowicza (1967r.) przedstawia się następująco:

- *patofizjologiczne*: spastyczność, atatoza, sztywność, ataksja, drżenie, atonia, postacie mieszane, nieklasyfikowane;
- *topograficzne*:
  - a) monoplegia (porażenie jednej kończyny),
  - b) paraplegia (porażenie obustronne, równomiernie rozłożone, dotyczy rąk lub nóg),
  - c) *hemiplegia* (porażenie połowiczne, niecałkowite, zaburzenie sfery ruchowej),
  - d) triplegia (porażenie trzech kończyn),
  - e) tetroplegia (porażenie czterech kończyn).

Inny typ klasyfikacji prezentują (Borowska, 1989r; Michałowicz, 1986r.):

1. Typ spastyczny, w którym przyjęto kryterium topograficzne:
  - a) tetraplegia – porażenie czterech kończyn;
  - b) diplegia, gdy porażone są głównie kończyny dolne, w górnych kończynach porażenie jest śladowe;
  - c) paraplegia – porażenie ujawnia się w kończynach dolnych;
  - d) hemiplegia – porażenie połowiczne lewo – lub prawostronne;
  - e) hemiplegia obustronna – kończyny górne są w większym stopniu porażone niż dolne;
  - f) monoplegia, triplegia – rzadziej spotykane formy kliniczne, gdy porażona jest jedna lub trzy kończyny.
2. Typ atetotyczny, gdy w obrazie klinicznym dominują skręcające ruchy kończyn, grymasy twarzy, brak stabilizacji głowy.
3. Typ mózgowego porażenia dziecięcego z dominującą w obrazie klinicznym ataksją – zaburzenia równowagi i zborności ruchów, bezwład mięśniowy.

4. Typ mózgowego porażenia dziecięcego dominującą sztywnością kończyn ograniczających ich zginanie.

5. Typ mieszany.

Najbardziej rozpowszechniony jest podział Ingrama (1969r.) oparty głównie na kryteriach topograficznych i uwzględniający kilka postaci klinicznych mózgowego porażenia dziecięcego.

Wyróżnia on:

- *Porażenie kurczowe połowicze* – postać ta w około  $\frac{1}{4}$  przypadków wywołana jest przyczynami działającymi już po urodzeniu dziecka, natomiast w pozostałych  $\frac{2}{3}$  przypadków niekorzystnymi czynnikami okołoporodowymi (np.: niedotlenienie płodu, nieprawidłową akcją porodową). Pierwsze objawy wskazujące na możliwość istnienia postaci mózgowego porażenia dziecięcego ujawniają się pomiędzy 3 a 5 miesiącem życia. Występuje mniejsza aktywność ruchowa i ograniczone ruchy kończyn. Ingram wyróżnia postać lekką, średnią i ciężką w zależności od stopnia deficytu neurologicznego. Rozwój umysłowy wieku dzieci jest prawidłowy lub nieznacznie obniżony, a głębsze upośledzenie umysłowe zdarza się w tej postaci rzadziej niż innych. Mogą natomiast występować zaburzenia mowy, padaczka, ruchy atetotyczne, zaburzenia w sferze emocjonalnej.

- *Obustronne porażenie kurczowe* – ta postać mózgowego porażenia dziecięcego obejmuje głównie kończyny dolne, szczególnie często występuje u wcześniaków. Występują zaburzenia słuchu, mowy, wzroku. Charakterystyczne dla tej postaci są takie niedowłady mięśni okoruchowych. Rozwój umysłowy tych dzieci jest w większości z pogranicza normy, głębsze upośledzenia spotyka się wyjątkowo.

- *Obustronne porażenie połowicze* – niedowładem dotknięte są kończyny górne, jest to jedna z najczęstszych postaci mózgowego porażenia dziecięcego. Chore dzieci wykazują często objawy znacznego upośledzenia umysłowego. Często występuje padaczka.

- *Postać mózdkowa* – najczęściej jest wrodzona, lokalizacja nieprawidłowości jest w mózdku, często są postaci mieszane np.: ataksja (obustronne porażenie kończyn, niezborność ruchów, zaburzenia mowy, słuchu, zaburzony rozwój umysłowy).

- *Postać pozapiramidowa* – w zależności od rodzaju stwierdzonych ruchów mimowolnych rozróżnia się postacie:

- atetotyczną (zespół ruchów mimowolnych, obejmuje przeciwstawne części ciała, ciało powykręcane lub przedziwnie wyprostowane),
- dystoniczną (ruchy mimowolne obejmują pas barkowy i miednicę, ruchy skręcające),
- płasawiczną (szybkie ruchy obejmujące kończyny górne i twarz),
- zmiany w napięciu mięśniowym o typie hipotonii.

Kontynuując temat pragnę przedstawić przyczyny mózgowego porażenia dziecięcego należą do nich:

- czynniki okołoporodowe 60%;
- czynniki przedporodowe 20%;
- czynniki poporodowe 20%.

Do czynników okołoporodowych zalicza się zamartwicę, wylewy śródczaszkowe, narzędzia medyczne. Zamartwica ma zazwyczaj charakter łagodny, przemijający i nie pozostawia trwałych następstw. Długotrwała i znacznie nasilona śpiączka, zaburzenia w oddychaniu wymagające sztucznej wentylacji, długotrwałe drgawki stają się przyczyną trwałego uszkodzenia mózgu objawiającego się jako mózgowie porażenie dziecięce. Istnieje wiele chorób bakteryjnych i wirusowych, które mogą być przyczyną uszkodzenia układu nerwowego. Najdokładniej poznana jest embriopatia wirusowa spowodowana różyczką przebytą przez matkę w pierwszym trymestrze ciąży. Niebezpieczne są także inne choroby wirusowe: świnka, odra, ospa wietrzna, półpasiec, grypa. Wśród chorób pasożytniczych należy wymienić toksoplazmozę, jest to choroba odzwierzęca i może być przenoszona przez kota lub psa. Zaburzenia krążenia u kobiet w ciąży również mogą wywołać mózgowie porażenie dziecięce. Istotą tego niekorzystnego zjawiska stanowi niedostateczne zaopatrzenie mózgu płodu w krew (tlen). Niedotlenienie może być zależne od chorób matki (np.: wady serca, znaczna niedokrwistość, krwawienia z dróg rodnych w czasie ciąży, przewlekłe choroby płuc), może być także wywołane różnymi nieprawidłowościami w budowie łożyska i wreszcie konsekwencją zaciśnięcia się wokół szyi rodzącego się dziecka pępowiny, przedłużającym się porodem, nieprawidłowym ułożeniem płodu.

Inne zaburzenia, które już w czasie ciąży kobiety, mogą przyczynić się do urodzenia dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym, to zaburzenia hormonalne (np.: cukrzyca, niedoczynność lub nadczynność tarczycy u matki), ostre lub przewlekłe zatrucie lekami, zatrucie ciążowe.

Najistotniejszym czynnikiem powodującym zagrożenie mózgowym porażeniem dziecięcym jest wcześniactwo. Także istotne jest znaczenie prenatalnych uszkodzeń układu nerwowego. Chodzi tutaj o racjonalne odżywianie się ciężarnej. Dlatego też ciąża, a zwłaszcza jej pierwsze miesiące decydują z punktu widzenia neurologicznego o dalszych losach dziecka.

Objawy mózgowego porażenia dziecięcego już można zauważyć u dzieci w wieku niemowlęcym. Niepokoić rodziców i lekarzy opiekujących się dzieckiem powinny: trudności w ssaniu, ślinotok, brak zainteresowania otoczeniem (dziecko nie wodzi oczyma za pokazywanymi przedmiotami, nie uśmiecha się, osłabiona siła mięśni, słaba koordynacja ruchowa, zaburzenia narządu wzroku (np.: zez), słuchu, mowy, drgawki, nadmierne napięcie w kończynach. Można ponadto stwierdzić opóźnione lub wręcz niemożliwe do przeprowadzenia próby siadania, wstawania lub chodzenia. Do objawów psychicznych należą zaburzenia emocjonalne, płaczliwość, drażliwość, rozpraszalność uwagi, wzmożona pobudliwość psychoruchowa, bezsenność, różnego stopnia opóźnienie psychoruchowe.

Wczesnym objawem spostrzeganym w mózgowym porażeniu dziecięcym jest zaciskanie piąstek z kciukami wewnątrz dłoni – jeżeli występuje u niemowlęcia powyżej czwartego miesiąca życia. Inną bardzo ważną i wczesną reakcją obserwowaną u dzieci zagrożonych mózgowym porażeniem dziecięcym jest przywiedzeniowe ustawienie nóżek, niekiedy z krzyżowaniem stóp. Objawy mózgowego porażenia dziecięcego pojawiać się mogą w różnym czasie po urodzeniu się dziecka (najczęściej od kilku tygodni do kilku miesięcy) (R. Michałowicz; 1989r.).

W kolejnej fazie pracy przedstawię kliniczne formy mózgowego porażenia dziecięcego. W wielu postaciach mózgowego porażenia dziecięcego występują trzy główne objawy: *wzmożone napięcie mięśniowe* (spastyczność) powoduje „sztywność” ruchów i trudności w ich wykonywaniu. Przejawia się to głównie w próbach stania i chodzenia. *Atetozą* polega na wykonywaniu ruchów

mimowolnych i niekontrolowanych. W *ataksji* występują zaburzenia równowagi, niezborność ruchów, drżenie zamiarowe kończyn przy wykonywaniu bardziej precyzyjnych czynności.

Często stwierdza się zaburzenia sfery intelektualnej, opóźnienia aż do głębokich form upośledzeń umysłowych. Występują zaburzenia dystroficzne – są to trudności z połykaniem pokarmu i mową, na skutek porażenia mięśni gardła. Usta nie są domykane, ślina nie jest połykana. Dodatkowo mogą wystąpić zaburzenia gałki ocznej: zez, uciekanie oka, płasawica oka. Do zaburzeń słuchu zaliczamy niedosłuch i głupotę. Napady padaczkowe zależą od miejsca upośledzenia i stopnia rozwoju centralnego układu nerwowego.

## **2. Rodzice w procesie rewalidacji dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym**

Bardzo ważną rolę w procesie rewalidacji dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym odgrywają rodzice. Dojrzewanie dziecka zależy od jego fizycznego, umysłowego i emocjonalnego rozwoju, a wszystkie czynniki u dzieci z uszkodzeniami neurologicznymi są na ogół zaburzone. U dzieci tych zaburzenia rozwoju psychoruchowego są bowiem nie tylko wynikiem pierwotnego uszkodzenia mózgu, ale mogą być również spowodowane wtórnymi skutkami wynikającymi z tych uszkodzeń.

Dzieci niepełnosprawne podlegają biopsychicznym, społecznym i kulturowym prawom rozwojowym, co ich pełnosprawni rówieśnicy. Jednak działanie tych praw zostaje u nich zakłócone schorzeniami narządu ruchu, dającym w efekcie mniej lub bardziej widoczną niepełnosprawność, a w dalszej kolejności osobowościowe i społeczne konsekwencje.

Konsekwencje te M. Kościelska (1984r.) uważa za przeszkodę w rozwoju niepełnosprawnego pod jakimkolwiek względem dziecka i określa je jako „powstawanie ciągów negatywnych następstw w wyniku defektów i zaburzeń funkcjonalnych, powodujących sprzężenie zwrotne, uruchamiające się w przypadku wystąpienia słabego ogniwa”. Prowadzi to kolejno do zaburzeń wielu aspektów rozwoju i wtórnego hamowania jego potencjału. Dlatego w rozwoju małego niepełnosprawnego dziecka tak ważna jest rola czynników

środowiskowych – przede wszystkim rodziny, która musi nie tylko wspomagać dojrzewanie, ale jak najwięcej kompensować wrodzone uszkodzenia i zapobiegać ich wtórnym skutkom poprzez proces usprawniania psychoruchowego. Wczesne oddziaływanie na dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym zapobiega powstawaniu wadliwych wzorców ruchowych i nieprawidłowych stereotypów na podstawie przetrwałych odruchów typowych dla niemowlęcia. Za rozpoczęciem wczesnego wieloprofilowego usprawniania przemawia fakt, że rozwój dziecka nie przebiega harmonijnie; najintensywniej przypada na pierwsze 2 – 3 lata życia.

Okresy krytyczne dla wytworzenia się wielu funkcji psychicznych przypadają na pierwsze lata życia dziecka, w związku z tym stymulacja w tym okresie jest szczególnie istotna, ponieważ przynosi większe efekty niż w latach późniejszych (T. Gałkowski; 1972r.). Bardzo duży wpływ na rozwój psychoruchowy dziecka ma właściwy kontakt z matką. Pozbawienie dziecka miłości, rozłąka z matką, osierocenie uczuciowe jest bardzo niebezpieczne w pierwszych trzech latach życia dziecka, dla rozwoju psychoruchowego i właściwej adaptacji społecznej. Natomiast późniejsze skutki osierocenia uczuciowego dotyczą głównie zakłóceń myślenia abstrakcyjnego oraz niezdolności do odbioru uczuć i obdarzania nimi innych osób (J. Bowlby; 1973r.).

Postawy rodzicielskie w stosunku do dziecka bywają prawidłowe i niewłaściwe. „Prawidłowe postawy rodziców umożliwiają wzajemną wymianę uczuć, zarówno darzenie dziecka uczuciem, jak i przyjmowanie jego uczuć, a także spontaniczne odczytywanie przejawianych przez nie potrzeb oraz adekwatne na nie reakcje” (M. Ziemska; 1973r; s. 38). Właściwe postawy stwarzają odpowiednie warunki prawidłowego rozwoju i kształtowania się osobowości dziecka.

- *Postawa akceptacji* – akceptacja dziecka polega na „przyjęciu go takim, jakim ono jest, z jego cechami fizycznymi, usposobieniem, z jego umysłowymi możliwościami i łatwością osiągnięć w jednych dziedzinach, a ograniczeniami i trudnościami powodzenia w innych” (M. Ziemska; s. 38).

Postawa akceptacji rodziców szczególnie potrzebna jest dziecku niepełnosprawnemu, pewność dziecka, że rodzice nie kochają je za stan



zdrowia lub osiągnięcia ale za to, że po prostu jest, daje podstawę do prawidłowego rozwoju uczuć i osobowości (E. Mazanek; 1993r.).

- *Postawa nadmiernej opieki* – rodzice nadmiernie opiekuńczy przejawiając troskę o dziecko wyręczają je w możliwych do wykonania przez nie czynnościach i nie stawiają mu wymagań. Ta postawa występuje często u rodziców, którzy z różnych powodów przeżywają poczucie winy, akceptują dziecko tylko pozornie lub nie rozumieją istoty jego choroby. Dzieci rodziców z postawą nadmiernej opieki demonstrowują głównie zaburzenia w sferze potrzeb więzi uczuciowej. Są silnie związane z matką, wyraźnie od niej zależne, a tolerancja na jej nieobecność jest niska. W związku z tym są nieufne w stosunku do otoczenia, brak im pewności siebie, z trudnością nawiązują kontakty z rówieśnikami. Usprawnianie tej grupy dzieci jest bardzo trudne i długotrwałe (J. Bogucka i E. Mazanek; 1984r.).

- *Odrzucenie dziecka* – jest to najgorsza z postaw rodziców, wyraża się ona w negatywnym stosunku do dziecka i jego kalectwem, częstym umieszczeniem go w placówkach rehabilitacyjnych bądź brakiem zainteresowania dzieckiem i jego rehabilitacją, aż do rezygnacji z jego usprawniania. Dzieci rodziców z taką postawą przejawiają zaburzenia zachowania w postaci złości, agresji i autoagresji, objawów nerwicowych, przeżywają lęki w kontaktach z innymi.

- *Postawa nadmiernie wymagająca* – rodzice stawiają dziecku zbyt duże wymagania, myślą, że dziecko nie chce współpracować. Postawa taka może wynikać z braku akceptacji dziecka takim, jakie ono jest. Może być skutkiem niezrozumienia istoty schorzenia i jego konsekwencji. Nadmierne wymagania rodziców powodują w dziecku poczucie winy i stan napięcia emocjonalnego, co prowadzi do frustracji i nerwic.

Praktyka psychologiczna wykazuje, że najczęściej popełnianymi błędami rodziców dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym są:

- *wychowanie zbyt liberalne* – takie postępowanie prowadzi do nieliczenia się dziecka z nikim, łącznie z rodzicami, trudnościami z przystosowaniem się do wymagań innych i grupy rówieśniczej, przyzwyczajają do żądań natychmiastowego spełnienia wszelkich zachcianek. Dzieci te nie podejmują wysiłku w procesie rehabilitacji, co powodować może brak wykorzystania potencjału i przyczyniać się do jego opóźnienia;

- *zbyt małe zainteresowanie dzieckiem i brak współdziałania z nim* – takie podejście nie zawsze wynika z braku akceptacji niesprawnego dziecka, bywa także rezultatem obecnych poglądów zakładających, że dziecko jest mądre, dojrzałe i wie czego mu potrzeba. Dziecko czuje się wówczas zaniedbane, niezauważane, a nawet odrzucone, w konsekwencji doprowadzić to może do trudności w akceptacji społecznej;
- *wychowanie niekonsekwentne* – polega na zmienności oddziaływań wychowawczych rodziców, dziecko za takie samo zachowanie bywa różnie oceniane – raz łagodnie, raz surowo, w zależności od nastroju rodziców. W następstwie dzieci mają trudności w skupieniu uwagi, charakteryzuje je niestałość emocjonalna i zmienność nastrojów.

Niewłaściwe postawy rodzicielskie oraz błędy wychowawcze powodują u niepełnosprawnych dzieci zaburzenia zachowania. U małych dzieci są to głównie zaburzenia snu, łaknienia, nadpobudliwość lub nadmierne hamowanie ruchowe bądź emocjonalne.

Zaburzenia zachowania wynikają również ze zmniejszającej odporności psychicznej na sytuacje psychotraumatyzujące, na które dziecko z mózgowym porażeniem dziecięcym jest narażone szczególnie często oraz na ograniczenia lub brak zaspokojenia podstawowych potrzeb psychofizycznych, takich jak: potrzeba miłości i poczucia bezpieczeństwa, ruchu, zabawy i sprawności, a także potrzeba afiliacji (E. Mazanek; 1993r.). W miarę dorastania dzieci sprawne znajdują radość w zaspokajaniu potrzeby ruchu, zabawy, ciesząc się ze swoich osiągnięć i widząc ich skutki.

Z. Sękowska stwierdza, że „potrzeba swobodnego, sprawnego ruchu leży u podstaw najbardziej niezbędnych potrzeb każdego rozwijającego się organizmu” (Z. Sękowska; 1978r; s. 109). Dziecko z silnym uszkodzeniem narządu ruchu, nie cieszy się zdobywaniem nowych doświadczeń, z wielkim trudem i wysiłkiem osiąga swoje pierwsze sukcesy. Zniechęca to je, powodując frustrację i agresję.

Niezaspokojone potrzeby afiliacji u znacznej liczby niepełnosprawnych dzieci wynika z niemożności udziału w życiu społecznym grupy rówieśniczej wskutek ograniczonej sprawności ruchowej i manualnej oraz zaburzeń mowy utrudniających komunikację werbalną. Badania osobowości dzieci z

mózgowym porażeniem dziecięcym dowodzą, że częściej niż ich zdrowi rówieśnicy wykazują objawy nerwicowe, egocentryzm, skrytość i powściągliwość w okazywaniu uczuć, poczucie mniejszej wartości, nadmierne przeżywanie i przejmowanie się wszystkim, zniechęcenie (Z. Sękowska; 1978r.).

Brak zaspokajania potrzeb prowadzi do zaburzeń procesów emocjonalnych, wpływających na obniżenie aktywności dziecka, jego zainteresowań i motywacji do działania oraz jest przyczyną przewlekłego napięcia emocjonalnego powodującego destruktywne zachowania agresywne (Ł. Ignatowicz; 1993r.).

Dlatego w procesie kompleksowej rehabilitacji dziecka ogromne znaczenie ma psychoprofilaktyka oraz psychokorekcyjne oddziaływanie na jego środowisko rodzinne. Pomoc psychoterapeutyczna szczególnie potrzebna jest rodzicom po postawieniu diagnozy lekarskiej o trwałej niesprawności dziecka. Według A. Twardowskiego (1995r.) rodzice po usłyszeniu tej informacji przechodzą przez cztery okresy zanim zaakceptują swoje dziecko.

- W pierwszym okresie - *szoku*, dominują w nich bardzo silne negatywne emocje, przeżywają rozpacz, żal, lęk, poczucie krzywdy, bezradności, klęski życiowej i osamotnienia.

- W drugim okresie - *depresji i głębokiego kryzysu emocjonalnego* narastające trudności i kłótnie małżeńskie, obwiniające się o przyczyny niesprawności dziecka, o brak wzajemnego zrozumienia i pomocy mogą doprowadzić nawet do rozstania – odejścia ojca a czasem matki.

- W następnym okresie – *pozornego przystosowania sytuacji* rodzice nadal nie uznają faktu niepełnosprawności dziecka. Dlatego intensywnie poszukują pomocy dla swojego dziecka, jeżdżąc z nim do ośrodków rehabilitacyjnych, zmieniając lekarzy, fizjoterapeutów, a często szukają pomocy u uzdrowicieli czy znachorów.

- W okresie *konstruktywnego przystosowania się do sytuacji* można mówić o akceptacji dziecka, rodzice uznają realną rzeczywistość i podejmują wieloprofilowe działania usprawniające, aby maksymalnie i rozsądnie wspomagać jego rozwój.

Rodzice dziecka niepełnosprawnego narażeni są na znacznie więcej stresów i trudnych sytuacji niż rodzice dzieci pełnosprawnych. Wychowanie dziecka niepełnosprawnego na ogół związane jest z ciężkimi przeżyciami emocjonalnymi rodziców. Wszystkie sytuacje stresowe, na które są narażeni, określa się jako *syndrom wypalania się sił rodziców*. Dlatego też istnieją formy pomocy rodzinom dzieci niepełnosprawnych:

- oddziaływanie informacyjne i poradnictwo: instruktaż indywidualny (bądź grupowy) udzielany rodzicom przez zespół rehabilitacyjny, dotyczący metod wieloprofilowego usprawniania dziecka oraz postępowania wychowawczego;
- psychoterapia rodzinna i indywidualna;
- pedagogizacja rodziców;
- współpraca z instytucjami: służby zdrowia, placówkami oświaty, służb socjalnych;
- organizowanie wczasów instruktażowo – rehabilitacyjnych dla rodzin dzieci niepełnosprawnych;
- udzielanie rodzicom różnych form pomocy socjalnej;
- biblioteka dla rodziców.

Korzystne zmiany w postawach rodziców, a w szczególności matki, powodują widoczne zmiany w rozwoju dziecka i efektach jego rehabilitacji.

„...Usprawnianie, szczególnie rozpoczęte wcześniej połączone z dobrą współpracą rodziców – to początek drogi w kierunku odkrywania możliwości niepełnosprawnego dziecka” (K. Bobath i B. Bobath; 1980r; s. 41) oraz, że „...najkorzystniejszą sytuacją dla małego dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym jest usprawnianie go w warunkach domowych” (R. Michałowicz i J. Ślenzak; 1982r; s. 244).

## **ROZDZIAŁ II**

### **PSYCHOPEDAGOGICZNE ASPEKTY ROZWOJU DZIECI Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM**

#### **1. Samoocena dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym**

Rozpatrując psychopedagogiczne aspekty rozwoju dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, pragnę zwrócić uwagę na:

## 1. Zaburzenia związane z procesami integracji sensorycznej.

*Integracja sensoryczna* to organizacja wejściowych danych zmysłowych dokonywana przez mózg w celu produkowania odpowiedzi adaptacyjnych na wymagania otoczenia.

I. Ayres (1999r.) podkreśla, że adekwatna integracja jest podstawą prawidłowego uczenia się i zachowania. U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym rodzaje zaburzeń integracji sensorycznej ze względu na przyczyny ich powstawania można podzielić na: pierwotne i wtórne (E. Blanche, J. Burke; 1991r.).

Do pierwotnych zaliczamy te, gdzie występuje nieprawidłowe funkcjonowanie struktur anatomicznych. Struktury, które mogą przyczyniać się do powstawania dysfunkcji integracji sensorycznej u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, to: mózdzek, zwoje podstawy mózgu i droga piramidowa.

Drugą grupę dysfunkcji w zakresie integracji sensorycznej u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym stanowią te, których przyczyną jest mała liczba doświadczeń motorycznych lub nieprawidłowy rozwój ruchowy. Do tej grupy przyczyn E. Blanche (1991r.) zalicza:

- nieprawidłowe napięcie mięśniowe, które wpływa na zaburzenia równowagi między zginaczami i prostownikami;
- nieprawidłowa kontrola antygravitacyjna, czego rezultatem jest brak swobody w eksploracji otoczenia;
- nieprawidłowy wzorzec czucia ciężaru przedmiotów i własnego ciała, powoduje to kształtowanie się nieprawidłowego schematu ciała;
- nieprawidłowa rotacja lub asymetryczność rotacji, co powoduje nieprawidłowy rozwój obustronnej integracji motorycznej oraz zdolności do przekraczania linii środkowej ciała.

Te dwie kategorie przyczyn powstawania zaburzeń w zakresie integracji sensorycznej powodują cały szereg dysfunkcji. Najczęściej spotykanym zaburzeniem z kategorii integracji występującym u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest dysfunkcja w zakresie integracji czuciowo – ruchowej.

Każda nasza działalność wiąże się z ruchem, nic więc dziwnego, że

znaczna część ludzkiego mózgu zaangażowana jest w procesy związane z powstawaniem i realizacją ruchu. Ruch wiąże się z funkcjami sensomotorycznymi, a więc związanymi z czuciem ciała. Innym typem zaburzeń na poziomie integracji są zakłócenia integracji wzrokowo – ruchowej. E. Mazanek (1989r.) podaje, że 50% dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym ma zaburzenia koordynacji wzrokowo – ruchowej.

Następnym typem zakłóceń integracyjnych są wzrokowo – słuchowe. Powoduje to u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym zaburzenia pamięci i zdolność odtwarzania sekwencji elementów cyfrowych lub literowych, spostrzeganych wzrokiem, słuchem oraz reprodukowanych graficznie i artykulacyjnie.

## 2. Deficyty fragmentaryczne w zespole mózgowego porażenia dziecięcego.

U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym poza dysfunkcjami w zakresie procesów integracji sensorycznej spotykamy się również z fragmentarycznymi deficytami percepcji wzrokowej, słuchowej, orientacji przestrzennej, schematu ciała i lateralizacji.

- *zaburzenia percepcji wzrokowej* i zakłócenia funkcji wzrokowych, jak podaje R. Michałowicz (1993r.) występują u 50% dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Mogą one być uwarunkowane nieprawidłowym działaniem lub uszkodzeniami receptora wzrokowego, następnie nerwowych dróg wzrokowych, pól podkorowych i korowych odpowiedzialnych za opracowanie informacji wzrokowych. Na zaburzenia funkcji wzrokowych mają również wpływ nieprawidłowości procesów integracji sensorycznej, zaburzenia w zakresie ruchów gałek ocznych i dopływ wrażeń z mięśni szyi. Dysfunkcje te prowadzą do powstawania charakterystycznych objawów zaburzonej percepcji wzrokowej:

- trudności w wyodrębnianiu części w złożonej całości, różnic między przedmiotami, rysunkami;
- trudności w dostrzeganiu podobieństw w rysunkach pozornie całkowicie różnych;
- trudności z wyróżnianiem figury z tła;
- słabej pamięci wzrokowej;
- słabej percepcji głębi;

- kłopotów ze zrozumieniem i wnioskowaniem na materiale obrazkowym.

Ćwiczenia terapeutyczne winny zawierać rodzaje stymulacji wszystkich systemów sensorycznych biorących udział w kształtowaniu się postrzegania, a więc wzrokowego somatosensorycznego i przedsionkowego, czynnikiem niezbędnym jest ruch (terapia integracji sensorycznej).

- *zaburzenia percepcji słuchowej* – Według E. Mazanek (1989r.) zaburzenia słuchu występują u 25% dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, szczególnie często w postaci atetotycznej. Na zakłócenia mają wpływ uszkodzenia receptora słuchowego, dróg nerwowych, dysfunkcje w ośrodkach podkorowych i korowych, nieprawidłowe funkcjonowanie systemów sensorycznych, głównie przedsionkowego. Wszystkie te dysfunkcje przejawiają się:

- trudnościami w scalaniu dźwięków mowy w złożone struktury;
- trudnościami z zapamiętywaniem słów, wierszy, piosenek;
- trudnościami w pisaniu ze słuchu;
- trudnościami z ekspresją słowną;
- trudnościami z rozumieniem dłuższych poleceń;
- trudnościami w koncentracji w klasie na lekcji.

Terapia tych dzieci powinno angażować dwa poziomy: pnia mózgu i półkul mózgowych.

- *zaburzenia w orientacji przestrzennej* – U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym występują zaburzenia w orientacji w przestrzeni realnej (obszar wokół nas) i przestrzeni poznawczej (wewnętrzna reprezentacja przestrzeni realnej w mózgu, to myślenie przestrzenne i pamięć przestrzeni), gdy pojawiają się zaburzenia percepcji wzrokowej, zakłócenia rozwoju ruchowego, percepcji ciała, to dezorganizacji ulegają również sensoryczne mechanizmy potrzebne do zbierania przestrzennych informacji i użycie ich w działaniu. Powoduje to zaburzenia:

- orientacji przestrzennej w przestrzeni realnej (trudności w nazywaniu części ciała, ich lokalizacji, trudności w sięganiu po przedmiot i chwytania go, trudności w ocenie odległości);



- orientacji przestrzennej (niemożność wyobrażenia przestrzennego schematu otoczenia, konstrukcji mapy, znajdowania drogi w otoczeniu, utracie poczucia kierunku).

Terapia orientacji w przestrzeni powinna obejmować stymulację w zakresie percepcji ciała, w zakresie integracji informacji wzrokowych i proprioceptywnych w ruchu.

- *lateralizacja i jej zaburzenia* – Proces dojrzewania systemu nerwowego zmierzający w kierunku lokalizacji i specjalizacji funkcji korowych nazywamy *lateralizacją*. Zewnętrznie lateralizacja to funkcjonalna dominacja jednej ze stron ciała w zakresie różnych funkcji. U dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym proces lateralizacji jest często opóźniony i zakłócony. Dzieci te mają:

- trudności w nauce czytania, przepisywania z tablicy;
- ogólne trudności z poziomem graficznym;
- trudności z różnicowaniem, gdzie jest lewa – prawa strona. Terapia dysfunkcji w zakresie procesów lateralizacji powinna dotyczyć obustronnej koordynacji motorycznej, następnie umiejętności przekraczania linii środkowej ciała.

- *nieprawidłowości w schemacie ciała* – Wszystkie nieprawidłowości wynikające fizjologicznie z mózgowym porażeniem dziecięcym przyczyniają się do kształtowania błędnej percepcji ciała.

„Pojęcie schematu ciała odnosi się do koncepcji własnej konstrukcji anatomicznej ciała i zrozumienia, w jaki sposób różne części organizmu wprowadzają się w ruch. Jeżeli jednostka nie posiada świadomości konfiguracji ciała oraz świadomości potencjalnego ruchu, wówczas nie jest zdolna do formowania planu ruchu, wykonywania precyzyjnych, celowych zadań i osiągnięcia celów” (J. Ayres; 1974r; s. 125).

W terapii schematu ciała dużą rolę spełnia dotyk, dlatego stosuje formę stymulacji dotykowej – masaż. Najważniejszymi polami do stymulacji schematu ciała są: pole twarzy, całej głowy i szyi.

W bardzo ciekawy sposób przedstawia się samoocena dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Dziecko przechodząc na świat nie odróżnia swego ja od świata zewnętrznego. Poczucie jego odrębności wzrasta

w toku nabywania doświadczeń i rozwoju różnych form aktywności, wymuszających działania na przedmiotach zewnętrznych, a nawet przeciwstawiania się środowisku.

Małe dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym nie wiedzą, że są inne od swoich rówieśników; uważają swój stan za normalny. Między czwartym a szóstym rokiem życia, w zależności od rozwoju umysłowego i społecznego, dzieci te dostrzegają różnice między sobą a rówieśnikami (E. Mazanek; 1993r.). U podłoża zaburzeń emocjonalno – społecznych tych osób mogą leżeć takie czynniki jak:

- a) zaburzenia emocjonalne dziecka wynikające z jego wielokrotnych hospitalizacji od najwcześniejszego dzieciństwa;
- b) brak określonych doświadczeń lub brak treningu określonych zachowań warunkujących prawidłową socjalizację dziecka.

Dzieciom tym szczególnie potrzebna jest miłość rodziców i odpowiednia opieka. Ważną przyczyną trudności dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami i opóźnień w rozwoju uspołeczniania, jest ich odmienność fizyczną, ograniczenia lokomocyjne, manipulacyjne i werbalne. Wiele sytuacji społecznych nie jest tym dzieciom znane wcale lub znane w ograniczonym zakresie np.: nawiązywanie przyjaźni, ustępowanie innym w zabawie, przejawianie inicjatywy, samoobrona, walka o pozycję w grupie.

Mimo równie silnej, jak u zdrowych rówieśników potrzeby ruchu, dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym nie mają możliwości odreagowania swoich napięć emocjonalnych poprzez normalną aktywność ruchową. Każda zmiana środowiska, każda nowa sytuacja powoduje u nich zaburzenia zachowania. Stopień przystosowania do życia osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym zależy w znacznym stopniu od tego, w jaki sposób przejdzie ona przez szkolny etap życia (L. Nowakowska; 1985r.). Niepełnosprawni uczniowie o zaniżonej samoocenie nie wierzą we własne siły i możliwości, rezygnują z podejmowania zadań trudnych w obawie przed niepowodzeniem, to hamuje ich inicjatywę i twórczą aktywność. Niechęć otoczenia do takiej osoby powoduje między innymi takie cechy jak: drażliwość, manifestowania kalectwa, zbytnie żądanie przywilejów, uskarżanie się na niepełnosprawność.

Na pozytywną lub negatywną postawę dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym wpływa także system wychowawczy i dydaktyczny preferujący indywidualne współzawodnictwo między uczniami. Nie mogąc dorównać sprawnością swym rówieśnikom mają gorsze samopoczucie, co powoduje tendencje do izolowania się.

Do zaniżenia samooceny przyczyniają się niejednokrotnie sami nauczyciele, którzy w stawianiu wymagań i ocenianiu osiągniętych rezultatów kierują się wymogami programowymi, a nie realnymi możliwościami niepełnosprawnego ucznia. Staje się to podstawą utrwalania przekonania tych uczniów o własnej mniejszej wartości i wpływa na kształtowanie się negatywnego stosunku do procesu kształcenia i samokształcenia. Dlatego też dzieciom z mózgowym porażeniem dziecięcym należy zapewnić opiekę psychologiczno – pedagogiczną. Celem takiej opieki jest pomoc w pokonywaniu trudności wynikających z niepełnosprawności, pomoc w interpretowaniu zachowania własnego i innych. Zapobiega to powstawaniu deformacji w widzeniu siebie i ocenie własnych możliwości.

## **2. Czynniki kształtujące osobowość dziecka**

Należy systematycznie usprawniać dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, ponieważ wpływa to nie tylko na zapobieganie pogłębianiu się defektów, ale i na osobowość dziecka. Osoba staje się odpowiedzialna, uczy się pracy nad sobą, dzięki czemu jest zdolna do pokonywania wielu trudności. Ważnym jest zapewnienie pomocy rodzinom dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, sprzyja to zaspokajaniu potrzeb psychicznych, a czasem i bytowych tych dzieci, a co za tym idzie jest pomocna w kształtowaniu obrazu własnej osoby.

Należy dążyć do rozwoju szkolnictwa integracyjnego, umożliwi ono dzieciom zdrowym poznanie i zrozumienie niepełnosprawnych osób, im zaś opanowanie tych samych wiadomości, umiejętności i form zachowania, co dzieciom pełnosprawnym.

Dalsze etapy mojej pracy przedstawią *czynniki kształtujące osobowość dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym.*

Większość psychologów stwierdza, że zachowanie człowieka może być wyznaczone przez dwa zespoły czynników.

Czynniki zewnętrzne – sytuację i czynniki wewnętrzne – osobowość (D. Magnusen, N. Endler; 1977r.). Zachowanie człowieka jest wynikiem interakcji zachodzących między nimi (L. Pervin; 1989r.), jest wyrazem organizacji, integracji i interakcji czynników wewnętrznych i zewnętrznych.

Bardzo istotne są wśród czynników kształtujących osobowość nieprawidłowości w kształtowaniu się, obrazie siebie oraz zakłócenia w rozwoju potrzeb. *Obraz siebie*, to zespół indywidualnych i psychofizycznych cech, na kształtowanie, których ma wpływ: obraz ciała, stosunek rodziców i osób znaczących oraz rówieśników (S. Siek; 1983r.).

Kiedy pewne części ciała nie są wbudowane w obraz ciała lub wbudowane niewłaściwie, przy braku akceptacji swojej niepełnosprawności powoduje to poczucie mniejszej wartości i kształtowanie niewłaściwego obrazu siebie. Na kształtowanie obrazu siebie ma również stosunek rodziców do dzieci. Jeżeli stawiają oni dzieciom zbyt wygórowane wymagania, narażają je na częste porażki. Budują w nich postrzeganie siebie jako osoby o niskim poczuciu własnej wartości, takie dziecko staje się bierne. Postawy rodziców nacechowane obojętnością, odrzucaniem i niechęcią także wpływają na powstawaniu u dziecka obrazu siebie jako kogoś nieudolnego, niepotrzebnego i gorszego od innych.

Jeśli terapeuta, rehabilitant lub nauczyciel nie potrafi podczas swoich zajęć dostosować zadań do możliwości dziecka, naraża je na częste porażki. Prowadzi to, do kształtowania u dzieci obrazu siebie, jako osoby o niskim poczuciu własnej wartości z brakiem akceptacji siebie. Brak uczestnictwa dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym w grupach zabawowych powoduje powstanie nieprawidłowego opisu własnych możliwości.

Wykształcenie niewłaściwego obrazu siebie wpływa dezorganizująco na sposób zachowania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, na ich stosunek do stawianych przed nimi zadań i wyboru celów życiowych.

Nieprawidłowe kontakty z otaczającą rzeczywistością dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, warunkowane ograniczeniami sensoryczno – motorycznymi, mogą wpływać na rozwój i sposób wyrażania

potrzeb i w ten sposób regulować ich zachowanie.

Potrzeby pojawiają się zaraz po urodzeniu dziecka i są wyrażane w różny sposób. Najpierw dzieci informują rodziców o swoich potrzebach przez krzyk i gwałtowne ruchy całego ciała. Niestety u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, takie wyrażanie potrzeb jest utrudnione, a czasami nawet niemożliwe. Powoduje to frustrację i prowadzi do zaburzeń ich rozwoju. Gdy dziecko zaczyna mówić, najważniejszym sposobem wyrażania wielu potrzeb staje się właśnie mowa. Dzieci, których mowa rozwija się z opóźnieniem, jest niezrozumiała lub nie wykształca się wcale, zostają pozbawione tego istotnego narzędzia wyrażania wielu potrzeb. Powoduje to odrzucenie lub niezrozumienie przez otoczenie, co prowadzi w konsekwencji do deprivacji ich potrzeb.

Nie tylko te formy wyrażania potrzeb, ale również sam proces ich rozwoju może ulec zakłóceniu. Najczęściej ulegają patologizacji potrzeby: bezpieczeństwa, dominacji, stowarzyszenia się i zabawy.

Potrzeba bezpieczeństwa, to konieczność unikania przez dziecko urazów fizycznych i psychicznych ze strony innych ludzi i samego siebie (S. Siek; 1983r.). Unikanie urazów fizycznych przez dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, które od wczesnego dzieciństwa poddawane są różnego typu terapiom i zabiegom usprawniającym jest możliwe. Prowadzi to do zaburzenia rozwoju potrzeby bezpieczeństwa. To samo dotyczy urazów psychicznych, powstających w czasie kontaktów z innymi ludźmi.

Dzieci te są często traktowane bardziej przedmiotowo niż podmiotowo, poddawane częstym ocenom i porównaniom. Częściej niż innym udziela się im wskazówek i poleceń, czasami w sposób upokarzający. Dotyczy to szczególnie dzieci, które mają kłopoty z samoobsługą, utrzymaniem moczu czy kału i związanymi z tym zabiegami oraz nieprzychylną postawą osób dokonujących tych zabiegów. Sytuacje te, które najczęściej są nie do uniknięcia, powodują w dziecku poczucie zagrożenia. Rodzi się wówczas strach, niepokój, lęk i cała gama negatywnych zachowań.

Kolejną sytuacją, w której dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym mogą być narażone na uraz psychiczny jest porównywanie siebie i swoich możliwości z innymi, sprawnymi kolegami.

Przykre doznania wiążą się też z częstą hospitalizacją, badaniami i zastrzykami, zabiegami chirurgicznymi. Aby poradzić sobie z tymi przykrymi przeżyciami dzieci unikają sytuacji, w których może dojść do pomniejszenia ich wartości, starają się unikać ludzi, mogących zachwiać ich potrzebę bezpieczeństwa i miejsc, w których spotkały ich przykre doznania. Taka silna obrona przed doznawaniem urazów również ujemnie wpływa na rozwój potrzeby stowarzyszenia się. Dominującym pragnieniem tej potrzeby jest chęć nawiązywania kontaktów, bycia przyjacielem, uczestnictwa we wspólnych grach, zajęciach. W pierwszych latach życia potrzeba ta zaspokajana jest przez rodziców i nie dochodzi do frustracji dziecka. Problemy pojawiają się w wieku przedszkolnym, kiedy dzieci łączą się w grupy zabawowe. Dzieci o dużym stopniu niesprawności ruchowej mają ograniczone możliwości do stowarzyszenia się, ponieważ nie chodzą do przedszkola. W wieku szkolnym dzieci zaczynają się łączyć w grupy przyjacielskie. Dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym mają małą szansę na uczestnictwo w takich zespołach, brak doświadczeń związanych z przynależnością do tych grup prowadzi do frustracji potrzeby stowarzyszenia się i może blokować rozwój umiejętności dostosowania własnych pragnień do dążeń zespołu.

Zakłócenia w rozwoju potrzeb prowadzą do ich patologizacji, a w konsekwencji do kształtowania się zachowań nie akceptowanych w społeczeństwie. Zachowanie dzieci może być nacechowane agresją, która skierowana na rówieśników lub osoby dorosłe może być atakiem fizycznym lub słownym. U pewnej grupy dzieci spotykamy się z autoagresją, która w skrajnych przypadkach może przejawiać się wyrywaniem włosów, szczypaniem się, czy uderzaniem głową w przedmioty.

Patologizacja rozwoju potrzeb, zwłaszcza potrzeby bezpieczeństwa może prowadzić również do pojawienia się zachowań lękowych. Dzieci takie są stłumione, ciche, małomówne, mało aktywne fizycznie. Niechętnie występują przed większą grupą dzieci.

## ROZDZIAŁ III

### POSTĘPOWANIE KOREKCYJNE Z DZIECKIEM Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM

#### 1. Psychoterapia u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym

Istotne znaczenie w rozwoju dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym spełnia ich psychoterapia.

*Psychoterapia* jest to zamierzony i systematyczny proces interakcji rozwijany między terapeutą a pacjentem w celu usuwania zaburzeń komunikacji, nieprawidłowości procesów psychicznych i uzyskiwaniu lepszego przystosowania społecznego.

Wyróżnia się dwa rodzaje psychoterapii:

- a) pośrednią (środowiskową);
- b) bezpośrednią:
  - podtrzymująca;
  - aktywna:
    - objawowa, głęboka.

Ad. b. Psychoterapia bezpośrednia – skierowana na samego pacjenta.

Podtrzymująca – to forma oddziaływań werbalnych, które mają na celu starcie psychiczne ( pocieszanie, usuwanie lęku u pacjenta);

Aktywna – objawowa zmierza do usunięcia objawów bez zmiany osobowości pacjenta;

Aktywna – głęboka dąży do reorganizacji osobowości i usunięcia przyczyn (np.: psychoanaliza).

Inny podział psychoterapii:

- a) indywidualna – bezpośrednia interakcja między terapeutą a pacjentem;
- b) grupowa – odbywa się w grupie terapeutycznej, która stanowi wspólnotą społeczną, w celu wyzwolenia emocji u pacjenta.

*Psychoterapia* - terapeuta oddziałuje na pacjenta.

*Autoterapia* – pacjent sam oddziałuje na siebie.

Techniki terapeutyczne:

1. Swobodnych skojarzeń – należy do technik psychoterapii analitycznej, zmierzających do wykrywania nieświadomych motywów, zaburzonego zachowania człowieka. Głównym założeniem tej terapii jest uchylanie, podczas toku swobodnych skojarzeń nieświadomionych potrzeb, treści psychicznych, rąbka wewnętrznej tajemnicy.

2. Psychodrama – należy do technik terapii psychoanalitycznej, jest grupowa. Pacjent odgrywa zaimprovizowaną rolę, ważna jest tutaj mimika, gesty. Pozwala to na spojrzenie na siebie z boku, poprzez pryzmat grupy. W psychodramie wyróżnia się następujące fazy:

- a) wstępną (rozrywka) – prezentuje się tematyką psychodramy, podział ról, tworzy się scenę, typuje się protagonistę;
- b) działania – odbywa się gra, gdzie przeszłość staje się terażniejszością;
- c) końcowa – powrót do rzeczywistości.

Rola psychodramy:

- a) społeczna i wychowawcza (uczy współpracy i działania grupowego);
- b) kształtuje procesy emocjonalne;
- c) rozbudza potrzeby zrozumienia drugiego człowieka;
- d) uczy twórczego działania;
- e) buduje więzi międzyludzkie;
- f) przyczynia się do zmian dążeń postaw ludzkich;
- g) ugruntuje jaźń człowieka.

3. Desensytyzacja (Wolpego) – jest to typ terapii behawioralnej, usuwającej lęk u pacjenta poprzez konfliktowy bodziec. Pacjent musi stanąć oko w oko z tym czego się boi, terapeuta wprowadza wsparcie psychiczne.

4. Terapia implazyjna – związana jest również z terapią behawioralną. Pacjent zostaje wystawiony na bodziec, który powoduje u niego silny lęk, leżąc wyobraża sobie sytuację lękową.

5. Trening asertywności – (asertywność, to funkcjonowanie społeczne, w którym mamy swoje prawa, bronimy ich, ale uznajemy również prawo bycia sobą u innych ludzi). Pod tym względem wyróżniamy grupy ludzi:

- a) uległych (nie zaburzają terytorium psychologicznego innych ludzi);



- b) agresywnych (łamią prawa innych, nie pozwalają naruszać swoich praw);
- c) asertywnych (pośredni).

Wyróżnia się osiem obszarów asertywności:

1. Obrona swoich praw.
  2. Wyrażanie uczuć pozytywnych.
  3. Wyrażanie uczuć negatywnych.
  4. Przyjmowanie uczuć i opinii innych osób.
  5. Stanowienie swoich praw.
  6. Wyrażanie osobistych opinii i przekonań.
  7. Zabieranie głosu na szerszym forum.
  8. Asertywna reakcja na własne uczucia krzywdy lub winy.
6. Derefleksja – technika terapeutyczna humanistyczno – egzystencjalna. Stwarza warunki do przeżycia konkretnych doświadczeń lękowych tłumaczy się, że ta sytuacja wcale nie jest taka straszna (np.: stosując parodię).
7. Intencja paradoksalna – technika terapeutyczna humanistyczno – egzystencjalna. Głównym założeniem tej terapii jest zmniejszanie napięcia lękowego, poprzez wprowadzenie pacjenta w stan odprężenia, poprzez intencje paradoksalne np.: wyobrażanie sytuacji paraliżujących, lękowych jako śmieszne.
8. Autopsychologia – świadome i celowe stosowanie określonych bodźców psychicznych wobec siebie samego w celu wywołania we własnej osobowości określonych, pozytywnych zmian.

Techniki autopsychologii:

1. Analiza transakcyjna – wzajemne relacje między ludzkie. Zmierza do rozpoznania stanu ego, rozpatrywane są trzy struktury osobowości:
  - dziecko (to, co jest niedojrzałe) – popędy, potrzeby, upory, spontaniczność; są też pozytywne cechy: wrażliwość, radość, ciekawość;
  - rodzic;
  - dorosły (ego dorosłego kieruje się rozumem, logiką, kontroluje własne postępowanie).

Następuje blokowanie zarówno ego dziecka, jak i rodzica na rzecz dorosłego,

prowadzi to do zachowania logicznego.

9. Terapia racjonalno – emotywna – wywodzi się z teorii poznawczej, polega na takim przekształceniu myślenia człowieka, aby były widoczne w uczuciach i zachowaniu;

Główne założenia:

- przyczyną lęków i depresji są nieracjonalne idee i poglądy dotyczące obrazu siebie i świata.

Eliss uważa, że człowiek jest przywiązany do pewnych idei, wszystko generalizuje i uogólnia, prowadzi to do postaw destrukcyjnych i braku samorealizacji. Eliss dąży do zmiany myślenia człowieka. Problemy w tej terapii omawia w oparciu o kasety pogładowe, wykorzystywana jest przy leczeniu nerwic, depresji i psychoz.

10. Psychocybernetyka Maltza – polega na kształtowaniu pozytywnego obrazu samego siebie, przeciwstawianiu się fałszywemu obrazowi siebie i pozytywnemu wyobrażaniu sobie sytuacji, że wszystko się udaje.

11. Sugestia i autosugestia – sugestia, jest najstarszą formą psychoterapii, opiera się na wierze, zgodnie z przekonaniami.

12. Metody relaksacyjne – opierają się na zależnościach między napięciem psychicznym i układem nerwowym:

a) metoda Jakobsona – są to systematyczne ćwiczenia rozluźniające mięśnie ciała, metoda relaksacji ciała, aby nie było skurczów mięśni. Ma na celu wyciszenie aktywności mózgu, przy braku ruchu gałek ocznych. Jest to relaksacja zróżnicowana, napinamy grupy mięśni (jeżeli jedne są napięte, to inne rozluźnione). Rola metody – uspokaja, rozluźnia napięcie mięśniowe.

b) Trening Saulca – odprężenie fizyczne i psychiczne przez autosugestię, dzieli się na etapy:

I – odpowiednia postawa ciała, ułatwia rozprężenie;

II – koncentracja na reakcjach własnego ciała;

III – sterowanie własnymi reakcjami i życiem psychicznym;

IV – nabywanie umiejętności przekształcania i formowania własnej osobowości.

Prowadzi do stanu wewnętrznej relaksacji w odniesieniu do dzieci –

opiera się na bajkach.

- c) metoda Winterberta – relaksacja poprzez ruchy bierne.
- d) ćwiczenia relaksacyjne – prowadzą do zmniejszenia napięcia psychofizycznego, prowadzą np.: do koncentracji uwagi.

## **2. Muzykoterapia dzieci**

Bardzo dobre efekty daje muzykoterapia u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Terapia przez sztukę łączy się z rozwojem psychoterapii, czyli uczeniem środkami psychologicznym. Początkowo było ono ograniczone do metod werbalnych. Potem wzbogacono je o środki ekspresji artystycznej i w ten sposób powstały nowe formy psychoterapii: muzykoterapia, psychorysunek, pantomima, psychodrama.

Formy te umożliwiają inną komunikację z pacjentem, która jest silniej zabarwiona emocjonalnie. W psychoterapii cel leczniczy nie ogranicza się do usunięcia objawów chorobowych, ale zmierza do spowodowania zmian w sposobie funkcjonowania pacjenta, które prowadzą w efekcie do rozwoju jego osobowości i poprawy kontaktu z otoczeniem. W przypadku pracy z dziećmi niepełnosprawnymi konieczne jest łączenie wychowania muzycznego i muzykoterapii. Oddzielnie tych dziedzin od siebie, prowadzenie muzykoterapii bez wychowania muzycznego, jest zubożeniem dzieci o istotne dla ich życia treści i formy działania. Ważne są zajęcia z zastosowaniem wszystkich treści i form wychowania muzycznego: muzykowanie głosem, granie na prostych instrumentach, ruch przy muzyce, słuchanie muzyki.

Najlepszym sposobem realizacji tych założeń są różnego rodzaju zabawy muzyczne. Mogą one być indywidualne lub zbiorowe. Lepiej, gdy są zbiorowe. Wtedy są bogatsze treściowo, uwypuklają zagadnienia relacji społecznych, które u dzieci niepełnosprawnych są najczęściej w jakimś stopniu zaburzone.

Poznawany i doświadczony w odpowiedni sposób świat muzyki daje dziecku niepełnosprawnemu radość, satysfakcję i zadowolenie. Dzieciom tym należy się bowiem dostęp do muzyki w takim samym stopniu, jak i zdrowym

rówieśnikom (Z. Konaszkiewicz; 1994r.).

### **3. Biblioterapia**

Nową metodą w kształceniu i wychowaniu dzieci niepełnosprawnych jest biblioterapia. Biblioterapia jest zamierzonym działaniem korzystania z książki lub materiałów niedrukowanych (obrazów, filmów) prowadzących do realizacji celów rewalidacyjnych, resocjalizacyjnych, profilaktycznych i ogólnorozwojowych. Wyróżnia się biblioterapię kliniczną i wychowawczo – humanistyczną. Pierwszy typ związany jest z psychoterapią.

Biblioterapia wychowawczo – humanistyczna (rozwojowa) prowadzona jest w bibliotekach, szkołach, internatach. Przez np.: literaturę można pokazać uczestnikowi biblioterapii jego prawdziwe uczucia, rozszerzyć skalę jego przeżyć, odreagować zahamowania, zranienia i lęki.

Formy pracy winny by dostosowane do cech psychofizycznych uczestników programu. Z dziećmi stosuje się formy zabawowe, inscenizacyjne, dramowe, pogadanki w trakcie rysowania lub lepienia.

Najważniejsze etapy procesu biblioterapeutycznego:

1. Identyfikacje, kiedy uczestnik biblioterapii identyfikuje się z bohaterami książki lub filmu. Pod pozorem mówienia o bohaterze może on mówić o swoich problemach.
2. Projekcje, kiedy użytkownik narzuca bohaterowi własną „teorię życia”.
3. Odreagowanie i katharsis (oczyszczenie uczuć, wzruszenie zachwyty).
4. Wgląd, czyli włączenie nowych wartości do własnego systemu, zrozumienie siebie i innych, a czasem nawet zmienne postawy.

Grupa biblioterapeutyczna zapewnia uczestnikom akceptację i wsparcie społeczne.

### **4. Hipoterapia**

Jedną z pomocniczych metod w leczeniu pacjentów z dysfunkcją narządu ruchu jest *hipoterapia*, czyli terapia jazdą konną. Terapia jazdą konną ma wiele zalet, które pozytywnie oddziałują na pacjenta. Wpływa na

wzmocnienie stymulacji ruchowej, czuciowej i psychologicznej. Ułatwia zachowanie prawidłowej pozycji, symetrii pasa barkowego i ramion, a także przyczynia się do równomiernego rozłożenia ciężaru ciała na stawy biodrowe. Hipoterapia wpływa na poprawę reakcji równoważnych i orientacji przestrzennych. Pozytywnie oddziałuje na prawidłową postawę pacjenta, na poprawę jego funkcji ruchowych, oddechowych i aparatu mowy. Powoduje wzrost kondycji ogólnej, zręczności, uaktywniania funkcji czuciowych i ruchowych dłoni oraz procesów poznawczych. Dodatkowo u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wpływa ogólnie na rozluźnienie i zmniejszenie napięcia mięśni. Hipoterapia jest jedną z form wchodzącą w skład rehabilitacji kompleksowej. Stosowana jest najczęściej u dzieci, gdyż większe są możliwości oddziaływania, korekcji oraz asekuracji (Borowska M; 1997r; s. 230).

## **5. Rehabilitacja dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym**

Rehabilitacja to wielokrotne działania podejmowane w celu. Aby przywrócić choremu w możliwie największym stopniu zdolności do samodzielnego życia w społeczeństwie, do nauki i pracy lub wyrobienia zastępczych sprawności wyrównujących ubytki funkcjonalne, to stosuje się wielokierunkowe działania, czyli *rehabilitację*.

Dzieli się ona na:

- rehabilitację leczniczą;
- psychologiczno – pedagogiczną;
- socjalną i zawodową.

Wszystkie działy rehabilitacji muszą być ściśle powiązane i wymagają współdziałania całego zespołu rehabilitacyjnego.

*Rehabilitację*, czyli usprawnianie lecznicze obejmuje:

- kinezyterapię (leczenie ruchem);
- fizykoterapię (wykorzystuje wpływ czynników fizycznych na organizm);
- terapię zajęciową (ergoterapię, leczenie zabawą);
- zaopatrzenie ortopedyczne;
- zagadnienia psychologiczne, pedagogiczne, logopedyczne i inne.

1. Kinezyterapia – leczenie ruchem osób z uszkodzeniami narządu ruchu. Ćwiczenia ruchowe dzieli się w zależności od wpływu, jaki wywierają na organizm:

- ćwiczenia ogólnie usprawniające;
- ćwiczenia działające miejscowo na pewne grupy mięśni lub zakres ruchów w stawach.

Dzieli się też ze względu na sposób wykonywania ćwiczeń leczniczych na:

- ćwiczenia bierne wykonywane przez instruktora bez udziału pacjenta;
- ćwiczenia czynne wykonywane przez osobę ćwiczoną pod kierunkiem i pomocą instruktora;
- ćwiczenia specjalne (oddechowe, rozluźniające, równoważne).

2. Fizykoterapia – polega na stosowaniu takich czynników fizycznych, które wywierają określony wpływ na organizm ludzki. Czynnikiemami tymi są: energia cieplna, elektryczna, wodna oraz masaż.

- *ciepłolecznictwo* jest najskuteczniejszym doraźnym środkiem przeciwbólowym i przeciwzapalnym. Do zabiegów cieplnych stosuje się parafinę, gorące powietrze. Ostatnio zamiast parafiny stosuje się hydrokolatory (woreczki z żelem). Stosuje się te zabiegi w chorobach gośćcowych, przykurczach, zrostach;

- *światłolecznictwo* – wykorzystuje promieniowanie widzialne i niewidzialne, podczerwone i nadfioletowe. Lampa sollux służy do podgrzania głębiej położonych tkanek, stosuje się ją jako przygotowanie do ćwiczeń lub masażu oraz w leczeniu stanów zapalnych, zapalenia stawów, nerwobólów;

- *elektrolecznictwo* – wykorzystuje prąd stały oraz prądy impulsywne małej częstotliwości. Najczęściej wykonywanymi zabiegami, do których używa się prądu stałego są: galwanizacja i jontoforeza. Galwanizacja wykorzystuje lecznicze działanie prądu przepływającego między odpowiednio ułożonymi elektrodami – ma zastosowanie w leczeniu porażień, zapaleń nerwów. Jontoforeza polega na wprowadzaniu do tkanek jonów działających leczniczo;

- *masaż* – celem jest odpowiednie działanie na tkanki i narządy umiejętnie dobranymi ruchami. Najczęściej masaż stosuje się po zabiegach ogrzewających (naświetlanie lampą sollux, okład parafinowy).

3. Terapia zajęciowa (ergoterapia), leczenie pracą lub zabawą, jest formą

leczenia usprawniającego, uzupełniającego lub kontynuującego ćwiczenia.

Terapia zajęciowa spełnia funkcje:

- *psychiczną* (pomagając pacjentom w wypełnianiu czasu choroby odpowiednim ukierunkowaniem zainteresowań możliwych w związku z obniżoną sprawnością narządu ruchu;
- *fizyczną* – odpowiednio prowadzona terapia zajęciowa jest kontynuacją ćwiczeń ruchowych, zwiększa siłę mięśni, zakres i koordynację ruchów;
- *zawodową* – przygotowuje do pojęcia nauki lub pracy zawodowej.

Zajęcia te są prowadzone pod kierunkiem instruktora terapii zajęciowej lub pedagoga specjalnego ściśle współpracujące z lekarzem specjalistą, psychologiem, fizjoterapeutami i innymi członkami zespołu rehabilitacyjnego.

4. Pomoce ortopedyczne w usprawnianiu dzieci to różnych rozmiarów dostosowane do wielkości dziecka wałki, kliny z gąbki, deski równoważne, piłki, hamaki, huśtawki.

5. Opieka pedagogiczno – psychologiczna ma na celu zaspokoić potrzeby dziecka poznawcze, emocjonalne odpowiednio do wieku.

## **6. Najczęściej stosowane metody usprawniania ruchowego dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi**

Do najczęściej stosowanych metod usprawniania ruchowego dzieci z zaburzeniami neurorozwojowymi należy:

1. Metoda NDT – Bobath – oparta jest na znajomości przebiegu procesów neurofizjologicznych, oparta jest na stosowaniu dużej liczby odruchów, celem ostatecznym jest nauczenie dziecka ruchów zbliżonych do prawidłowych, które są niezbędne do samodzielnego życia.

2. Metoda Petö - w metodzie tej chodzi o połączenie w jedną całość usprawniania leczniczego, usprawniania psychopedagogicznego i różnych form adaptacji społecznej, głównym jej celem jest odpowiednie przygotowanie dzieci niepełnosprawnych do samodzielnego życia. Metoda ta polega na uczeniu samoobsługi, technik szkolnych, mówienia, czytania – w założeniach usprawniania według metody Petö przyjmuje się zasadę, że dziecko codziennie może i powinno zdobywać nową umiejętność.

3. Metoda Glena Domana – w metodzie tej konieczne jest bardzo duże zaangażowanie rodziców, osób wspomagających oraz odpowiednio długi czas stosowania usprawnienia, w metodzie tej stosuje się wszechstronne bodźcowanie dziecka przez różnorodne sygnały. Obejmuje one kształtowanie umiejętności ruchowych dziecka, słuchowych i wizualnych, umiejętności manipulacyjne (ręce) i mowę.

4. Metoda Wojty – polega na wyzwaniu odruchu pełzania przez pobudzenie odpowiednio pól w ośrodkowym układzie nerwowym w wyniku drażnienia ściśle określonych punktów ciała, jest to metoda wczesnej interwencji, usprawnianie powinno odbywać się od pierwszego dnia życia.

## **ROZDZIAŁ IV**

### **NAUCZANIE DZIECI Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM**

W dalszej swojej pracy pragnę podjąć temat nauczania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Z badań nad dojrzałością szkolną dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym (L. Nowakowska; 1985r; J. Bogucka; 1993r.) wynika, że większość z nich ma trudności dydaktyczne będące skutkiem przyczyn biopsychicznych.

Podstawowym problemem z jakim styka się pedagog pracujący z dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym jest zwykle znacznie wolniejsze tempo pracy, duża męczliwość układu nerwowego oraz fakt, że uczniowie ci są z reguły znacznie bardziej wrażliwi na krytykę niż ich zdrowi rówieśnicy. Ponadto nauczyciel musi jeszcze pamiętać o konieczności dostosowania miejsca pracy ucznia do jego możliwości ruchowych, doborze odpowiedniego oprzyrządowania oraz zwracaniu uwagi na prawidłową pozycję przy pracy.

Aby edukacja dzieci niepełnosprawnych mogła przynosić efekty konieczne jest indywidualne podejście do każdego dziecka, sporządzenie indywidualnego programu nauczania, dostosowanego do jego możliwości. Indywidualizacja dotyczy także zakresu pracy, toku dnia, do możliwości danego ucznia.

Kierowanie dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym do



odpowiedniej dla niego szkoły powinno być wynikiem wnikliwej analizy lekarskiej, psychologicznej, pedagogicznej, uwzględniającej sytuację środowiskową dziecka. Stawianie dziecku wymagań powyżej jego możliwości zdrowotnych i umysłowych, doprowadzić może je do zniechęcenia do nauki, reakcji lękowych, wycofania się kontaktów z rówieśnikami i dorosłymi. Wymagania zaś poniżej możliwości dziecka stają się dla niego krzywdzące i ograniczają możliwości przygotowania je do życia społecznego i zawodowego (R. Michałowicz; 1986r.).

L. Nowakowska (1985r.) podkreśla, że funkcjonowanie dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym w szkole będzie uzależnione od tego, czy jego rozwój psychoruchowy jest globalnie, czy też wybiórczo opóźniony bądź zaburzony.

W przypadku najcięższych uszkodzeń może okazać się, że ani program szkoły powszechnej ani specjalnej dla dzieci lekko upośledzonych umysłowo nie jest możliwy do zrealizowania przez uczniów z mózgowym porażeniem dziecięcym. Edukacja tych dzieci będzie zatem polegała na opanowaniu programu w pełni zindywidualizowanego i dostosowanego do ich możliwości. Należy stworzyć takie warunki, by dziecko mogło realizować specjalnie dla niego program uczestnicząc zarówno w zajęciach zespołowych, jak i indywidualnych. Nauczyciel przystępując do pracy z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym powinien zasięgnąć informacji o jego stanie zdrowia, zebrać dane o sytuacji rodzinnej i warunkach życia ucznia.

Niezwykle cenne są informacje uzyskane od psychologa. Ustala on bowiem poziom rozwoju umysłowego dziecka (iloraz inteligencji), poziom analizy i syntezy słuchowej oraz wzrokowej (ASS, ASW), sprawność manualną, lateralizację, orientację w schemacie ciała i przestrzeni, ocenia stan psychiczny dziecka, procesy emocjonalno – motywacyjne, socjalizację i osobowość.

Rehabilitant powinien ocenić funkcjonowanie dziecka w zakresie dużej i małej motoryki z uwzględnieniem czynności życia codziennego. Należy wziąć pod uwagę możliwość konsultacji logopedycznej w związku z częstymi zaburzeniami mowy u dzieci porażonych. Dysponując tymi danymi nauczyciel powinien postawić diagnozę pedagogiczną, w celu oceny potencjalnych możliwości opanowania podstawowych technik szkolnych oraz ocenie

aktualnego poziomu wiadomości i umiejętności dziecka.

J. Czajkowska, K. Herda (1996r.) podkreślają, że diagnoza pedagogiczna dla potrzeb terapii pedagogicznej musi uwzględniać psychologiczną teorię czynności. Powinna zawierać ocenę końcowego wyniku danej czynności, np.: czytania w porównaniu z zamierzonym celem. Ważna jest też analiza przebiegu czynności, by porównać strukturę tej czynności ze strukturą prawidłową i znaleźć przyczyny trudności dziecka w danym okresie.

Praca wszystkich specjalistów i pedagogów nie może odbywać się w oderwaniu, muszą być łączone funkcje usprawniania i nauczania. Ich działania muszą współgrać, korelować ze sobą, aby ich praca dała wyraźne efekty. Istotnym jest także integracja dzieci sprawnych i niepełnosprawnych. Pozytywne efekty takich działań obserwuję w naszej placówce szkolnej; poprzez wspólne wycieczki, dyskoteki, spotkania na uroczystościach szkolnych. Dzieci niepełnosprawne zostały w pełni zaakceptowane przez zdrową młodzież naszej szkoły.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Arlen R, (1972) Dziecięce porażenie mózgowe; PWN; Warszawa.
- Ayres J,(1974) Nauka o zaburzeniach zmysłowej integracji osobowości; Los Angeles.
- Ayres J, (1991) Uczuciowa integracja dziecka; Los Angeles.
- Bobath K, Bobath B, (1980) Diagnoza i ocena mózgowego porażenia dziecięcego; Illinois.
- Bogucka J, E. Mazanek (1984) Rola rodziny we wczesnym usprawnianiu dziecka z mózgowym prażeniem dziecięcym; Warszawa.
- Bowlby J, (1973) Wzrastanie dziecka w trosce i miłości; Anglia.
- Borkowska, (1989) ABC, rehabilitacji dzieci. Mózgowe porażenie dziecięce; Warszawa.
- Czajkowska I, (1996) Zajęcia korekcyjno – kompensacyjne w szkole; Warszawa.
- Gałkowski T, (1972) Dzieci specjalnej troski; Warszawa.
- Ignatowicz Ł, (1993) Wybrane problemy psychiatryczne; Warszawa.
- Janowski W, (1985) Poznanie uczniów; WSiP; Warszawa.
- Kamiński A, (...) Metoda, technika, procedura badawcza w pedagogice empirycznej; studia pedagogiczne, t. XIX, s. 32.

- Konaszek Z, (1994) Muzyka i terapia; Warszawa.
- Kościńska, (1984), Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny; Warszawa.
- Mazanek E, (1998) Dziecko niepełnosprawne ruchowo; cz. 3;
- Mazanek E, (1989) Psychopedagogiczne aspekty w rewalidacji dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym; Warszawa.
- Michałowicz R, (1989) Mózgowe porażenie dziecięce.
- Michałowicz R, Ślęzak J, (1982) Choroby układu nerwowego dzieci i młodzieży; PWN; Warszawa.
- Michałowicz, Problemy kliniczno – diagnostyczne; Warszawa.
- Nowak, (1985) Metodologia badań społecznych; PWN; Warszawa.
- Nowakowska L, (1985) Przyczyny najczęstszych trudności w nauczaniu dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym; Warszawa.
- Okoń W, (1984) Słownik pedagogiczny; PWN; Warszawa.
- Pervin L, (1989) Teoretyczne badania nad osobowością; New York.
- Pieter J, (1967) Ogólna metodologia pracy naukowej; Zakład narodowy im. Ossolińskich; Wrocław – Warszawa – Kraków.
- Przetacznikowa M, (1980) Psychologia rozwojowa; WSiP; Warszawa.
- Sękowska Z, (1978) Pedagogika specjalna; Lublin.
- Siek S, (1983) Osobowość; Warszawa.
- Twardowski A, (1995) Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych; Warszawa.
- Zaczyński W, (1997) Praca badawcza nauczyciela; PZWS; Warszawa.
- Ziemska M, (1973) Postawy rodzicielskie; Warszawa.
- Żebrowska M, (1977) Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży; PWN; Warszawa.

**Zachowania agresywne  
dzieci w młodszym wieku szkolnym**

## **WSTĘP**

Agresję i przemoc występujące w świecie ludzi można analizować nie tylko w kategoriach zachowania interpersonalnego i rozwoju indywidualnej motywacji sterującej tego rodzaju czynnościami. Agresja i przemoc w świecie dzieci i młodzieży jako zjawisko społeczne przyjmuje różną postać i ma wielokrotne uwarunkowania.

Jednym z przejawów agresji wśród dzieci są relacje, jakie obserwuje się między pewnymi grupami uczniów na terenie szkoły i wokół aktywności związanych ze szkołą: chodzi o wyróżnienie tych, którzy „napastują” innych i tych, którzy są obiektami (ofiarami) różnych form owych „napastliwych” zachowań.

„Napastliwe” zachowanie częściej manifestują chłopcy niż dziewczęta, zwłaszcza ci fizycznie silniejsi od rówieśników. Dzieci tworzące grupę „napastującą” innych zazwyczaj mają dobre mniemanie o sobie, są bardziej od innych impulsywne, bardziej pozytywnie niż inne dzieci oceniają agresję i przemoc w życiu społecznym.

W ostatnich latach nastąpił znaczny wzrost agresji wśród dzieci i młodzieży. Źródeł tego można szukać przede wszystkim w szkole, rodzinie i środkach masowego przekazu. Można często w szkołach zauważyć niepokojące zjawisko polegające na przekonaniu, iż ujawnienie akcentów agresji wśród dzieci i młodzieży obniża autorytet szkoły.

Młodociani sprawcy przemocy często wywodzą się z rodzin patologicznych, lecz również pochodzą z rodzin normalnych, gdzie jednak można zauważyć zbyt małe wzajemne zainteresowanie sobą członków rodziny i brak czasu dla siebie. Jeżeli chodzi o środki masowego przekazu, to nagminnym jest pokazywanie w telewizji i kinie filmów, programów o bardzo brutalnych treściach. Również internet (w wielu przypadkach bardzo pozytywny), umożliwia nieograniczony dostęp do stron zawierających treści brutalne, na które dzieci i młodzież są bardzo podatni.

W związku z tym wzrasta potrzeba zajęcia się dziećmi wykazującymi cechy niedostosowania społecznego, mającymi trudności w kontaktach z rówieśnikami, zachowującymi się agresywnie. Nauczyciele powinni pomóc tym dzieciom, m.in. prowadząc zajęcia reedukacyjne.

Praca ta może stanowić bezpośrednią pomoc w planowaniu i prowadzeniu tych zajęć. Chciałabym też umożliwić czytelnikowi głębsze zrozumienie mechanizmów rządzących wychowaniem, a dzięki temu lepsze planowanie pracy wychowawczej w klasie szkolnej. Dobra organizacja tej pracy skutecznie zapobiega przejawom wzmożonej agresji u dzieci.

## ROZDZIAŁ I

### Teoretyczne i praktyczne spojrzenie na problem agresji

Wszyscy - dzieci, młodzież i dorośli przychodzą do szkoły z określoną biografią, przeżyciami rodzinnymi, problemami. Zamknięta przestrzeń szkoły może je potęgować, problemy jednej osoby zderzają się tu z innymi. Manifestowanie agresji jest sposobem wyrażania problemów, zmanifestowania własnej podmiotowości, poradzenia sobie z trudną sytuacją. Gdy nie potrafimy, albo nie możemy rozwiązać problemu, zareagować inaczej, odpowiadamy na agresję w ten sam sposób, o ton wyżej lub jej ulegamy i pogłębiający swój negatywny stan psychologiczny. Można znaleźć wiele publikacji dotyczących problemu agresji, sposobu jej zapobiegania.

Literatura - oprócz szukania przyczyn zachowań agresywnych stara się znaleźć odpowiedzi na pytania:

- Jak wpłynąć na dziecko agresywne, aby w sytuacjach konfliktowych na terenie grupy rówieśniczej zaczęło reagować w sposób społecznie akceptowany?

- Jak sprawić, aby grupa rówieśnicza zamiast karać za agresję zaczęła nagradzać za postawy pozytywne społecznie?

Literatura stara się nam udowodnić, że nie należy lekceważyć żadnego aktu agresji. Każdy przejaw agresji zawiera przesłanie, które trzeba odczytać. Rozważmy teraz, jakie zachowania można określić mianem agresji i zachowań agresywnych.

„**Agresja** [łac. Aggressio - napad] , w psychologii działanie skierowane przeciwko ludziom lub przedmiotom wywołujące u osobnika niezadowolenie lub gniew; celem agresji jest wyrządzenie szkody przedmiotowi agresji" (W. Okoń 1984, s. 13).

Według Tadeusza Tomaszewskiego **agresja** jest to „Zachowanie się skierowane przeciwko komuś lub czemuś. Może ono mieć dwa kierunki: na zewnątrz, przeciw przedmiotom lub osobom zewnętrznym, np. przeciw samej przeszkodzie lub osobie będącej sprawcą trudności, albo też przeciw sobie samemu". (T Tomaszewski 1963, s. 140).



Natomiast Szewczuk określa **agresję** jako „zachowanie, którego celem jest zniszczenie lub uszkodzenie przedmiotu albo osoby spostrzeganych jako przyczyna stresu lub sytuacji trudnej. Agresja może się przejawiać zarówno atakiem fizycznym (np. bicie) jak i werbalnym (przekleństwa)”. (Szewczuk 1976, s. 158).

Przez agresywne zachowanie się należy rozumieć zbiór zachowań występujących u danego osobnika. Jeżeli zachowania te są częste i liczne wtedy twierzymy, że osobnik ten jest agresywny lub, że przejawia agresywność. Zachowanie agresywne dzieci bywa niekiedy wywołane przez nieodpowiedni stosunek wychowawcy do nich, polegający na braku życzliwości, zbytnej surowości i nadużywania kar.

## **1. Rodzaje zachowań agresywnych ze względu na przedmiot agresji.**

Zachowania agresywne mają swój podmiot i przedmiot. „**Podmiotem agresji** jest osoba lub grupa osób, u których wystąpiło agresywne zachowanie się. **Przedmiotem agresji** są natomiast osoby lub rzeczy, na które jest skierowane agresywne zachowanie się”. (Z. Skórny 1968, s. 162)

Ze względu na przedmiot agresji można wyróżnić agresję **bezpośrednią | przeniesioną**. **Agresję bezpośrednią** charakteryzują zachowania skierowane na ludzi, zachowania skierowane na istoty żywe i zachowania skierowane na przedmioty martwe. Wśród zachowań agresywnych, których przedmiotem są ludzie, wyróżnia się zachowania skierowane na grupę osób, oraz skierowane na poszczególne osoby.

Przedmiotem zachowań agresywnych bywają często poszczególne osoby, zarówno dorośli jak też dzieci. Na terenie szkoły przedmiotem zachowań agresywnych skierowanych przeciw dorosłym może być nauczyciel. Dorośli, przeciw którym skierowana jest agresja to nieraz rodzice dzieci, z którymi agresor miał jakieś konflikty. Bardzo często przedmiotem agresywnego

zachowania się bywa jakieś dziecko, najczęściej koleżanka lub kolega ze szkoły, lub towarzysz zabaw, z którym dziecko nawiązuje kontakty w czasie nauki, zabawy, wykonywania różnych czynności.

Agresja skierowana jest nieraz przeciw dzieciom słabszym czy też unikającym walki. Wtedy zachowanie agresywne przybiera formę jednostronnego ataku. Zdarzają się także fakty agresywnego zachowania się w stosunku do dziecka silniejszego, które przewyższa agresora pod względem siły i sprawności fizycznej. W tym przypadku agresja jest zazwyczaj spowodowana przez silniejszego osobnika i stanowi desperacki atak, kończący się najczęściej porażką atakującego.

Przedmiotem agresywnego zachowania mogą być także dzieci nieznane agresorowi, obce, czasem spotkane po raz pierwszy.

„Osobną grupę zachowań agresywnych przy podziale ich ze względu na przedmiot agresji stanowią zachowania skierowane na istoty żywe nie będące ludźmi, a więc zwierzęta i rośliny”. (Z. Skórny, 1968, s., 164). Jeśli chodzi o napastowanie zwierząt, przedmiotem agresji bywają zarówno zwierzęta domowe, jak i dzikie żyjące w naturalnym otoczeniu przyrodniczym. Agresja skierowana na rośliny polega na ich niszczeniu.

Trzecią grupę zachowań agresywnych stanowią zachowania będące zagrożeniem dla przedmiotów martwych, będących własnością społeczną lub należących do określonych osób. Przedmiotami będącymi własnością społeczną, na które mogą kierować się zachowania agresywne chłopców w wieku szkolnym, są najczęściej rzeczy i sprzęty stanowiące mienie szkoły. Czasami dochodzi również do niszczenia przedmiotów będących prywatną własnością dorosłych lub należących do innych dzieci.

Przedstawiony podział dotyczy zachowań agresywnych przybierających formę agresji bezpośredniej. Jednak często dochodzi do sytuacji, w której agresja ulega przemieszczeniu na rzeczy należące do osoby będącej właściwym przedmiotem agresji, na osoby lub rzeczy nie mające żadnego związku z doznaną frustracją lub też przybiera formę obwiniania innych za niepowodzenia stanowiące następstwo własnej umiejętności lub obiektywnych przeszkód napotkanych w działaniu”. (Z. Skórny, 1986, s. 168). Przykładem na istnienie zjawiska agresji przemieszczonej na rzeczy należące do osoby

będącej właściwym przedmiotem agresji może być sytuacja, w której przedmiotem jest kolega, agresja zaś zostaje przeniesiona na należący do niego zeszyt; zniszczenie znajdującego się w nim zadania ma narazić kolegę na przykrości ze strony nauczyciela.

W wypadku agresji, która ulega przemieszczeniu na osoby lub rzeczy nie mające nic wspólnego z powstałą frustracją, powstaje stan ogólnego napięcia emocjonalnego, pobudzający do agresywnego zachowania się skierowanego na jakikolwiek przedmiot. Bardzo często w warunkach szkolnych, tak silny stan napięcia emocjonalnego wywołuje zachowania agresywne skierowane przeciw młodszym dzieciom w szkole lub przeciw nauczycielom.

Zdarzają się również sytuacje, kiedy powodem frustracji jest upomnienie przez nauczyciela, zaś przedmiotem agresywnego zachowania się jest koleżanka lub kolega, nie mający żadnego wpływu na powstanie wywołanej tym upomnieniem frustracji.

## **2. Podział zachowań agresywnych ze względu na formy ich występowania.**

Forma występowania agresywnego zachowania się może być kryterium podziału tychże zachowań. Uwzględniając właśnie to kryterium A. H. Buss (J. Grochulska 1993) wyróżnia agresję fizyczną i słowną oraz czynną, i bierną.

**Agresję fizyczną** Buss określa jako atak na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami, zadając ból lub wyrządzając szkody osobie będącej przedmiotem agresji.

**Agresja słowna** polega na posłużeniu się bodźcami werbalnymi szkodliwymi dla atakowanej osoby, wywołującymi w niej strach, poczucie krzywdy lub odrzucenie uczuciowe.

**Agresję czynną** stanowią działania szkodliwe dla osób lub przedmiotów, na które je się kieruje. Natomiast **agresja bierna** to powstrzymanie się od określonego działania, powodujące szkodliwe konsekwencje dla osoby będącej

przedmiotem agresji.

Dziewczynki w młodszym wieku szkolnym preferują formy agresji słownej. Najczęstszą formą są kłótnie. Nie trwają one z reguły zbyt długo. Przyczyny ich powstawania bywają rozmaite. Skutkiem zaś jest to, że dzieci są przez pewien czas obrażone na siebie i nie chcą bawić się ze sobą, siedzieć w ławce, izolują się, unikają kontaktów ze sobą, robią do siebie wrogie gesty i miny.

Wśród form wrogiego zachowania się u chłopców na pierwsze miejsce wysuwa się bicie. Należy przy tym wspomnieć, iż początek bójek ma często charakter zabawy. Poważny przebieg zaczyna się od momentu, gdy ktoś w tej zabawie za mocno uderzy. Agresja okazywana przez chłopców cechuje się dużą intensywnością, lecz stosunkowo krótkim czasem jej trwania.

Na agresję bezpośrednią mogą również złożyć się całe zespoły określonych ruchów, gestów, wypowiedzi w postaci wybuchów złości, uporów, przekory, obrażania się.

Agresję bezpośrednią stanowi szereg prostych zachowań takich jak: bicie, uderz, rzucanie przedmiotami, szczypanie, kłucie, duszenie, podstawianie nogi, przewracanie, gryzienie, cieszenie się z cudzego nieszczęścia lub niepowodzenia.

W przeciwieństwie do agresji bezpośredniej, agresja pośrednia zmierza określoną drogą do wyrządzenia szkody osobie będącej przedmiotem agresji np. przez szukanie silnych sprzymierzeńców, skarżenie, donosicielstwo, poniżanie kogoś.

Agresja może przybrać formę zachowań napastliwych. „**Zachowania napastliwe** to zachowania polegające na ataku skierowanym na określoną osobę lub grupę osób i prowadzące do zadania im bólu, lub do wywołania przestraszenia czy wyrządzenia innej przykrości”. (J. Grochulska, 1993, s. 6).

Wśród zachowań napastliwych wyróżnia się **zachowania agresywne: proste i złożone**. **Proste zachowania napastliwe** przybierają formę rozmaitych, trwających krótko ruchów poszczególnych części ciała: rąk, nóg lub odpowiednich mięśni twarzy. Zachowania napastliwe przy posługiwaniu się rękoma to: uderzenie, trącenie, szarpanie, wyrywanie, rozdieranie, ciągnięcie, szczypanie i duszenie. Uderzanie jest ruchem skierowanym na określoną część ciała osoby będącej przedmiotem agresji, powodującym zadanie bólu, który

może znajdować swój wewnętrzny wyraz w płaczu, krzyku, oskarżaniu agresora.

Trącenie lub popchnięcie wymaga posłużenia się ręką lub obiema rękoma i czasem poparte jest wysiłkiem mięśniowym całego ciała. Powoduje ono zachwianie równowagi, nieraz bolesny upadek.

Trącenie lub popchnięcie może również ułatwić zdobycie miejsca lub przedmiotu posiadanego przez agresora. Szarpanie jest skierowane na różne części odzieży. Konsekwencją szarpania jest niejednokrotnie rozdarcie odzieży napastowanej osoby.

Ciągnięcie za włosy, uszy, inne części ciała może zadawać tylko ból lub ułatwić pozbawienie przez ofiarę miejsca. Ściskanie, szczypanie, duszenie powodują wystąpienie bólu lub przestraszenia, przejawiającego się w krzyku, płaczu oraz różnych reakcjach obronnych. W prostych zachowaniach napastliwych mogą uczestniczyć określone zespoły mięśni twarzy. Zachowania napastliwe typu: wykrzywanie się i przedrzeźnianie polegają na określonych ruchach mimicznych i są powodem ośmieszenia dziecka będącego przedmiotem agresji.

Zachowania napastliwe dzieci w młodszym wieku szkolnym polegają nieraz na rzucaniu w osoby będące przedmiotem agresji: kamieniami, kijami, strzelaniu z procy, wyrzucaniu papierowych pocisków za pomocą naciągniętej gumy.

Agresja może również mieć formę ***złożonych zachowań napastliwych***: składa się na nie szereg prostych zachowań, uczestniczą w nich różne części ciała, trwają one dłużej niż zachowania proste. Do złożonych zachowań napastliwych należą: bójki, pobicie, przestraszenie i niesprawiedliwe traktowanie. Bójki polegają na starciu między dwoma względnie równorzędnymi posturami. Atak następuje w nich głównie przy udziale rąk, nieraz również nóg; jako pomoc w ataku stosowane są czasem przedmioty martwe, napastliwe wypowiedzi występują w formie różnych przezwisk, obelg i pogróżek.

Pobicie ma charakter jednostronnego ataku, gdyż ze względu na znaczną przewagę fizyczną agresora napastowany osobnik nie jest w stanie obronić się przed nim. Przestraszenie polega na szeregu powiązanych ze sobą ruchów

wywołujących przestrah u osobnika będącego przedmiotem agresji. Z niesprawiedliwym traktowaniem spotykamy się wtedy, kiedy taki osobnik zostaje pozbawiony pewnych, przysługujących mu uprawnień.

„Agresja fizyczna obejmuje oprócz zachowań napastliwych **zachowania destrukttywne**, czyli zachowania agresywne mające za przedmiot rzeczy, które wskutek ataku ulegają uszkodzeniu lub zniszczeniu.” (J. Grochulska, 1933, s. 12). Do bezpośrednich zachowań destruktyjnych należy: darcie, rzucanie, uderzanie, kopanie i wybuchy złości. Zachowania napastliwe i destrukttywne wchodzi także w skład pośredniej agresji fizycznej. Wyrządzają one przykrość lub szkodę osobie będącej przedmiotem agresji, nie skierowuje się jednak wprost na nią. Przykładem takich zachowań może być: przeszkadzanie, dokuczanie, chowanie lub zamiana przedmiotów.

W młodszym wieku szkolnym przeszkadzanie często dotyczy nauczyciela i ujawnia się w zamierzonym utrudnianiu nauczycielowi prowadzenia lekcji przez zakłócanie spokoju, rozśmieszanie kolegów, przejawianie reakcji uczuciowych przeciwnych do reakcji reszty klasy.

Dokuczanie polega na czynnościach sprawiających przykrość osobie będącej przedmiotem agresji, takich jak np. trzaskanie drzwiami, gaszenie światła, wykonywanie drażliwych rysunków. Również chowanie lub zamiana przedmiotów może być sposobem wyrządzenia określonej osobie szkody lub przykrości.

Do pośredniej agresji fizycznej o charakterze destruktynym należy: psucie, darcie, brudzenie, wybijanie szyb. Wszystkie te działania mają na celu niszczenie lub uszkodzanie rzeczy, stanowiącej własność osoby będącej przedmiotem agresji.

Wszystkie opisane powyżej formy agresywnego zachowania się sprawiają poważne trudności wychowawcze nauczycielowi i rodzicom, są powodem zaburzeń w organizacji życia dziecka agresywnego w domu i szkole i niewątpliwie wpływają w dużym stopniu na rozwój sfery emocjonalno - uczuciowej.

### **3. Podział zachowań agresywnych ze względu na źródło powstania.**

Według Janiny Grochulskiej (1993, s. 9) podziału teorii agresji dokonali Ch. N. Cofer i M. H. Appley (1972), wyróżniając cztery koncepcje agresji. Są to:

- agresja jako instynkt
- agresja jako reakcja na frustracje
- agresja jako nabyty popęd
- agresja jako zachowanie wyuczone przez wzmacnianie

#### **A) AGRESJA JAKO INSTYNYKT**

Przedstawiciele takiej interpretacji zakładają, że „powstała ona w drodze ewolucji i jest potrzebna, a konieczna do utrzymania gatunku, jako napad działania. Człowiek rodzi się z gotowym instynktem, nazwanym też instynktem walki niezbędnym do życia.” (J. Grochulska, 1993, s. 10). Wiąże się z nim uczucie gniewu, które jest impulsem do wystąpienia zachowań agresywnych. Jest to uczucie pozytywne, pobudza do zachowań umożliwiających zaspokojenie potrzeb człowieka, skłania do obrony przed atakiem, umożliwia utrzymanie dotychczasowego stanu posiadania.

Ponieważ zachowania agresywne przybierają postać ataku, spotykając się z negatywną oceną człowiek szuka innych, akceptowanych form agresji. Dowodem istnienia instynktu walki jest np. przyjemność, jaką sprawia chłopcom 9-12 letnim prowadzenie bójek. Zachowania agresywne wzbudzone przez instynkt są mniej lub bardziej podatne na wpływy wewnętrzne i mogą być modyfikowane przez wychowanie.

#### **B) AGRESJA JAKO REAKCJA NA FRUSTRACJĘ**

Człowiek, w tym również dziecko należy do różnych grup społecznych, w których odgrywa określone role społeczne. Stwarza to pewne trudności. Jeśli dziecko nie umie zachowywać się zgodnie z oczekiwaniami grupy, nie rozumie jej członków i nie domyśla się, spotyka je ze strony grupy kara. W pewnych sytuacjach zaczyna ono reagować stanem frustracji ze wszystkimi jej negatywnymi objawami dezorganizującymi działanie i hamującymi, a czasem uniemożliwiającymi rozwój pozytywnych społecznie postaw. Według

niektórych autorów rezultatem będzie zawsze agresja.

Skutkiem frustracji jest powstanie napięcia emocjonalnego. Jest ono swego rodzaju pobudką do agresji. Funkcje zachowania agresywnego stanowi wyładowanie tego napięcia. Nie we wszystkich sytuacjach frustracyjnych pojawia się agresja. Nie ma jej wtedy, gdy występują reakcje zastępcze, dzięki którym dana osoba osiąga cel podobny do zamierzonego. Jeśli zachowania agresywne nie zostały ujawnione nie oznacza to, że nie wystąpiły w ogóle, mogły przyjąć formę ukrytą. Agresja może mieć różny kierunek. Najczęściej skierowana jest na osobę lub rzecz będącą przyczyną frustracji. Nierzadko jednak zachowania agresywne zostają przeniesione na inny przedmiot, a nawet na samego siebie.

Zachowania agresywne w mniejszym lub większym stopniu występują u każdego człowieka, dlatego też stają się problemem społecznym, również wychowawczym, radzić sobie z nim muszą zarówno rodzice, jak i nauczyciele.

#### C) AGRESJA JAKO NABYTY POPĘD

Istnieje kilka, nieznacznie różniących się od siebie koncepcji agresji, jako nabytego popędu. Jedna z nich podkreśla rolę gniewu, druga rolę konfliktowych oczekiwań dotyczących wzmocnienia zachowania agresywnego. Niektórzy psychologowie sugerują, że „gniew jest wyuczonym popędem, że bicie, szarpanie itp. są wrodzonymi reakcjami gniewnymi na pewne sytuacje. Jeśli reakcje te zostaną związane z neutralnymi uprzednio bodźcami sygnałowymi, to będą inicjować reakcję gniewu.” (J. Grochulska, 1993, s. 20).

A. Buss twierdzi, że jedynym aspektem agresywnego zachowania, które można rozpatrywać w kategoriach popędu jest emocjonalna reakcja gniewu, tzw. gniewna agresja. (J. Grochulska, 1993)

Natomiast R. Sears uznaje możliwość wytwarzania się nowych popędów w wyniku zderzenia się (konfliktu) dwu jednakowo silnych tendencji: jednej związanej z oczekiwaniem nagrody; drugiej związanej z przewidywaniem kary za określone zachowanie. Tłumaczy to powstanie popędów zależności i agresji. Zachowania typu zależnościovego to objawy niezaradności i bezsilności (cichy płacz, skarga, prośba).

#### D) AGRESJA JAKO NAWYK

„Nawyk - wyuczony składnik świadomej działalności człowieka, będący



rezultatem wiele razy powtarzanych, stopniowo automatyzujących się czynności". (W. Okoń, 1984, s. 200). Nawykiem nie może być żadna tendencja, czy też skłonność.

Agresywność może być trwałą cechą charakteryzującą całą osobowość człowieka. Jeśli agresja jest nawykiem należałoby się zastanowić, od czego zależy, że jest on silniejszy lub słabszy.

Według Bussa istnieją cztery czynniki determinujące siłę agresji danej jednostki. (J. Grochulska, 1993).

1. Częstość i intensywność doznawanych napaści, frustracji, przykrości. Dziecko wychowywane w takich warunkach z reguły jest agresywne.
2. Stopień wzmacniania agresji, czyli częstość występowania w/w czynników. Chodzi tu również o częstość nagród otrzymywanych dzięki agresji. Stwarzanie sytuacji, w których zachowania agresywne nie doprowadzają do osiągnięcia nagród to również nie wzmacnianie nawyku. Karanie zachowań agresywnych nie zawsze przynosi spodziewane efekty.
3. Facylitacja społeczna, czyli wzajemny wpływ członków grupy powodujący powstanie zachowań określonego rodzaju. Rówieśnicy i inni członkowie grupy lub rodziny mogą dostarczać modelu zachowania agresywnego. W agresywnej grupie jednostka będzie prawdopodobnie nagradzana za agresję, również często do tego prowokowana.
4. Temperament jednostki. Prawdopodobnie siła, częstość występowania, rodzaj zachowań agresywnych zależą od osobowości człowieka, zadatków wrodzonych, aktywności własnej, wpływu środowiska i wychowania.

#### **4. Zewnętrzne i wewnętrzne przyczyny agresji.**

W badaniach zewnętrznych dotyczących agresywnego zachowania wskazuje się na jego zależność od podnieć frustracyjnych. Teza o związku między agresją a frustracją, znana w literaturze naukowej pod nazwą hipoteza agresji frustracyjnej, została sformułowana i rozwinięta przez J. Pallara i zespół jego współpracowników. Agresja powstała na tle frustracji określona jest mianem agresji frustracyjnej. (T. Tomaszewski, 1963).

Zagadnieniem związku frustracji z agresją zajmował się również A. T. Maslow. Zgodnie z założeniami wypracowanej przez niego teorii potrzeb, zasadniczymi motywami ludzkiego działania są potrzeby, powstające w rezultacie zachwiania równowagi między organizmem a środowiskiem. Zdaniem Masłowa potrzeby tworzą pewną hierarchię. Blokada potrzeb podstawowych powoduje powstawanie zachowań agresywnych, natomiast jako reakcje na blokadę potrzeb wyższego rzędu występują inne, nie zaś agresywne zachowania. Tak więc zgodnie z tą koncepcją nie wszystkie sytuacje frustracyjne są powodem agresji, lecz jedynie te spośród nich, które wywołują blokadę potrzeb podstawowych.

Inny punkt widzenia dotyczący teorii: frustracja – agresja, przedstawia A. Frączek. Uważa on, że „stan emocjonalnego pobudzenia wywołany frustracją jest, co najwyżej czynnikiem predysponującym do podjęcia działań o charakterze agresywnym, po to jednak, by ono rzeczywiście wystąpiło, niezbędna jest obecność pewnych bodźców zewnętrznych, określanych mianem sygnałów agresywnych. Wyodrębnić można dwie grupy takich bodźców. Do pierwszej należą przedmioty posiadające kulturowo uwarunkowany związek z działalnością przynoszącą ludziom krzywdę, cierpienie czy ból. Drugą grupę sygnałów agresywnych tworzą bodźce zewnętrzne, których obecność kojarzono z obserwowaną lub doznaną agresją.” (A. Frączek, 1979, s. 34).

Zbigniew Skorny, oprócz czynników frustracyjnych wyróżnia szereg innych czynników wywołujących agresję i wpływających na jej stopień. Zalicza do nich: zachowanie się innych osób, wypowiedzi innych, przeszkody i niepowodzenia we własnym działaniu.

Zachowania agresywne powstają szczególnie wtedy, gdy na daną jednostkę działał równocześnie szereg różnych bodźców zewnętrznych, a

określenie, który z nich był przyczyną agresji i wpłynął na jej przebieg, wcale nie jest łatwe, szczególnie w sytuacjach złożonych.

Przyczyny różnic w rodzajach zachowań określa się przy uwzględnieniu związków zachodzących między agresywnym zachowaniem się i sytuacją, w której ono wystąpiło, a odpowiednimi procesami motywacji. Znajomość procesów motywacji pobudzających do zachowań agresywnych ułatwia wprowadzenie właściwych metod postępowania z dzieckiem agresywnym.

Skuteczne oddziaływanie wychowawcze, psychoterapia i rehabilitacja psychiczna dzieci wykazujących zaburzenia przystosowania przybierające formę zachowań agresywnych są w dużej mierze zależne od poznania ich przyczyn. Znając te przyczyny, w szczególności zaś Doznawszy dokładniej motywacje agresywnego zachowania się, można skuteczniej nim kierować, przeciwdziałać sytuacjom sprzyjającym jego powstawaniu, wytwarzać właściwe hamulce utrudniające jego wystąpienie.

Termin „**motyw**” pochodzi od łacińskiego słowa *movere* (poruszać, popychać), w psychologii to swoisty stan organizmu pobudzający osobnika do działania, które ma zaspokoić jakąś potrzebę. Według definicji T. Tomaszewskiego motyw jest to stan wewnętrznego napięcia, od którego zależy możliwość i kierunek aktywności organizmu. Ten stan napięcia ulega redukcji w miarę zaspokajania potrzeby, są jednak i takie motywy, które wówczas nie słabną, lecz nasilają się”. (W. Okoń, 1984, s. 186).

Wśród motywów agresywnego zachowania się należy wymienić niezaspokojoną potrzebę uznania społecznego. Należy stwierdzić, że zaspokojeniu tej potrzeby sprzyjają zachowania innych osób wyrażające aprobatę, uznanie, podziw dla zachowania się danej jednostki. Blokada czyjejś potrzeby uznania społecznego jest natomiast następstwem cudzych zachowań zawierających dezaprobatę, lekceważenie lub negatywną ocenę postępowania danej osoby.

Potrzeba uznania społecznego manifestuje się w różny sposób, między innymi bywa ona motywem niektórych zachowań agresywnych. Przystosowawcza funkcja tych zachowań polega na tym, że mają one wzbudzać podziw otoczenia, imponować określonym osobom, pobudzać je do pozytywnej oceny walorów agresora, zaspokajając przez to jego potrzebę

uznania społecznego. Występujące pod wpływem tej potrzeby zachowania agresywne są wtedy motywowane chęcią zwrócenia na siebie uwagi, która nie jest uświadomiona przez agresora i nie znajduje odzwierciedlenia w jego wypowiedziach. U dzieci w młodszym wieku szkolnym chęć ta wyraża się niejednokrotnie demonstrowaniem swej odwagi, siły lub sprawności fizycznej przez określone zachowania agresywne. Agresor staje się nieraz dzięki nim przedmiotem podziwu ze strony kolegów, co sprzyja zaspokojeniu potrzeby uznania społecznego.

Motywy agresywnego zachowania się jest także niezaspokojenie potrzeby kontaktów uczuciowych. Blokada tej potrzeby jest następstwem odrzucenia uczuciowego, z jakim dana osoba spotkała się ze strony kogoś, z kim miała bliższe kontakty osobiste, darząc go np. sympatią, przyjaźnią, czułością. Gdy uczucia te zostaną nieodwzajemnione, co znajduje wyraz w określonym działaniu, może to stać się motywem zachowań agresywnych, skierowanych przeciw osobom, z powodu, których ktoś doznaje odrzucenia uczuciowego. Szczególnie bliskie kontakty uczuciowe łączą dziecko i matkę, z tego też względu odrzucenie uczuciowe ze strony matki może mieć silny wpływ na zachowanie się dziecka, będąc między innymi motywem wystąpienia u dziecka pewnych zachowań agresywnych. Odrzucenie uczuciowe może wystąpić ze strony kolegów, z którymi dany osobnik pozostawał w pewnej zażyłości koleżeńskiej.

Motywy agresywnego zachowania się może być niezaspokojona potrzeba samodzielności. Blokada tej potrzeby bywa następstwem określonych zakazów, lub nakazów, narzucania danej jednostce bez jej aprobaty pewnych zasad postępowania, zbyt dużego ograniczanie jej inicjatywy. Może to doprowadzić do zahamowania aktywności, biernego podporządkowywania się otrzymywanym poleceniom, w dalszych tego konsekwencjach do występowania zachowań agresywnych skierowanych przeciw osobom powodującym blokadę potrzeby samodzielności.

Blokada tej potrzeby przybiera różne formy. Jedną z nich jest ograniczenie aktywności za pośrednictwem zakazów i nakazów dotyczących czynności wykonywanych przez daną jednostkę, może być następstwem narzucenia komuś, bez jego aprobaty pewnych zasad postępowania.

Zaspokojenie potrzeby samodzielności może uniemożliwić działania pewnych osób z otoczenia zmierzających do zbytniego ograniczenia inicjatywy, narzucenia nie odpowiadających danej jednostce sposobów wykonania określonych czynności.

Wielu psychologów uważa, że przyczyną zachowań agresywnych u dzieci w młodszym wieku szkolnym jest **naśladownictwo modeli zachowania się**, z którymi spotykają się one w swym najbliższym otoczeniu. „Model taki może stać się przedmiotem mimowolnego naśladowania, przyjmowanie zaś pewnych wzorów postępowania prowadzi do powstawania określonych nawyków. Można wtedy mówić o uczeniu się agresywnego zachowania się pod wpływem jego modeli występujących w otoczeniu.” (J. Grochulska, 1993, s. 36).

To samo agresywne zachowanie się, które stanowi model, może również powodować powstanie zachowań agresywnych poprzez wpływ związanych z nim bodźców frustracyjnych. Dziecko kontaktujące się z osobą zachowującą się agresywnie, poza tym, że styka się tu z modelem agresji jest narażone na szereg frustracji z tej strony, które prowadzą do wystąpienia u niego agresji bezpośredniej lub przemieszczonej.

**Modelami agresywnego zachowania się** dla dziecka mogą być zachowania się: rodziców, rodzeństwa, kolegów, z którymi dane dziecko ma stałe kontakty. Poza tym modele takie są również zawarte w niektórych wytworach działalności kulturalnej, w szczególności w pewnych utworach literackich, widowiskach kinowych i telewizyjnych - w postaci opisów obrazów agresywnego zachowania się.

Jednym z modeli agresywnego zachowania się jest dla dziecka **zachowanie się ojca**: przejaw agresywności wobec dziecka stanowią stosowane kary fizyczne, zwłaszcza, gdy są surowe lub nieuzasadnione; oraz agresja fizyczna lub słowna w stosunku do matki i innych domowników.

Agresywności ojca towarzyszy nadmierna pobłażliwość matki wobec wykroczeń dziecka, gdyż w ten sposób chce ona wynagrodzić mu krzywdy doznane ze strony ojca. Dziecko wychowywane w takich warunkach boi się ojca, a równocześnie naśladowując jego agresywne zachowanie się i odreagowując doznane frustracje w podobny sposób odnosi się do matki oraz innych osób dorosłych, przed którymi nie odczuwa strachu.

Jeśli stanowiące model agresywne zachowanie się ojca przybiera formę niszczenia mienia społecznego, dziecko naśladowując zachowanie się ojca, niszczy sprzęty, łamie drzewka, depta kwiaty, nie uważając tego wcale za wykroczenie.

Następnym modelem agresywnego zachowania się dla dziecka bywa **zachowanie się matki**. W szczególności może nim być zachowanie się matek przejawiających nadmierną pobudliwość nerwową, łatwo wpadających w gniew, szybko tracących panowanie nad sobą. Matki takie często złością się i denerwują za drobne przewinienie „karzą” dziecko, dostarczając mu w ten sposób wzorów agresywnego zachowania się, równocześnie narażając je na związane z tym frustracje." (Bandura A., Walters R., 1986, s. 43).

Modelem agresywnego zachowania się może być także **zachowanie się obojga rodziców**. Sytuacja taka zachodzi w rodzinach rozbitych, w których dochodzi wielokrotnie do konfliktów przybierających formę różnych zachowań agresywnych, zarówno między rodzicami, jak też między rodzicami a dziećmi.

Modele agresywnego zachowania się mogą występować w różnych środowiskach pozarodzinnych. Może to być środowisko koleżeńskie, w którym nieraz bez wiedzy rodziców dziecko spędza swój wolny czas. Włączenie się do takiej grupy, a nawet luźniejsze kontakty z nią prowadzą na ogół do przyjęcia przez nie akceptowanych norm, zwyczajów, sposobu bycia, do mimowolnego naśladownictwa wśród różnych obserwowanych w jej obrębie zachowań, również agresywnego zachowania się jej członków.

Modelem agresywnego zachowania się dostarczonym odbiorcom takich wytworów działalności kulturalnej, jak książki, filmy, audycje telewizyjne, bywają przedstawione w nich walki, napady, bójki, kłótnie; mogą one stać się wzorem naśladowanym mniej lub bardziej świadomie i w ten sposób wpływać na zachowanie danego osobnika.

Wpływem wymienionym wyżej można tłumaczyć genezę niektórych zabaw dzieci, których element stanowią zachowania tracące nieraz swój pierwotnie zabawowy charakter i przekształcają się w kłótnie, bójkę, lub inne zachowania agresywne. Jeśli nawet nie dochodzi do tego, to jednak czynności zabawowe mogą wyrządzać określone szkody osobom, które zostały wciągnięte do zabawy jako ich bierni lub czynni współuczestnicy.

Przyczyną utrwalenia częstych zachowań agresywnych wśród dzieci jest tolerowanie go przez dorosłych. Przejawia się to w niestosowaniu odpowiednich: pouczeń, nakazów, upomnień, a nawet nagradzaniem i wzmacnianiem zachowania agresywnego.

Z tolerowaniem agresywnego zachowania się spotykamy się zwłaszcza u niektórych matek. Stosunek do własnego dziecka, w którym uczuciowość zagłusza rozsądek, sprawia, że matka pobłaża jego wykroczeniom w formie zachowań agresywnych, nie karze ich, bierze dziecko w obronę przed słusznymi zarzutami, skierowanymi pod jego adresem przez inne osoby.

Nieraz tolerowanie przez matkę agresywnego zachowania się idzie w parze z brakiem konsekwencji w postępowaniu wychowawczym z dzieckiem. Spotykamy się z tym szczególnie u matek wykazujących zwiększoną pobudliwość nerwową, które bez uzasadnionych powodów stosują kary fizyczne, a następnie chcą wynagrodzić to, niesprawiedliwie ukaranemu dziecku, spełniając wszystkie jego zachcianki, tolerując jego agresywne zachowanie się w stosunku do innych osób.

Jeśli zachowania agresywne są wzmacniane przez tolerancyjne zachowanie się dorosłych, wtedy utrwalają się i przechodzą w nawyk. Jeśli nawyk taki ukształtuje się i utrwali, trudno jest go zmienić, mimo zastosowania określonych środków oddziaływania wychowawczego.

Przeprowadzona analiza przyczyn agresywnego zachowania się może być pomocna w praktyce wychowawczej przy wyjaśnianiu zaburzeń emocjonalnych i analizowaniu psychiki dziecka agresywnego.

## ROZDZIAŁ II

### Psychologiczne metody zmniejszania agresji

Agresję można zmniejszyć psychologicznie podając odpowiednie leki. Skuteczność tego działania jest jednak wątpliwa. Lepiej jest stosować **psychoterapię**. **Psychoterapia** to „sam proces leczenia, jak i zespół technik psychologicznych używanych w celach leczniczych (...), proces psychoterapii oparty na zasadach teorii zachowania nazywa się niekiedy redukcją.” (J. Grochulska, 1993, s. 65).

#### 1. Terapia psychoanalityczna.

Naczelnym zadaniem terapii psychoanalitycznej Freuda było doprowadzenie do uświadomienia sobie przez pacjenta tłumionych przeżyć z dzieciństwa, czyli przyczyny choroby.

W stosowanym przez Freuda procesie terapeutycznym można wyróżnić następujące etapy (M. Grzywek - Kaczyńska, 1968, s. 118 - 127):

1. Rozładowanie napięcia, wgląd w siebie, przeniesienie na terapeutę uczuć, które łączyły go w dzieciństwie z osobami powodującymi uraz, stłumienie.

2. Etap oporów pacjenta.

3. Interpretacja, czyli wyjaśnienie pacjentowi przyczyn zaburzeń.

Do najważniejszych technik terapeutycznych należą wolne skojarzenia i interpretacja snów. Następcy Freuda (E. Fromm, K. Korney, H. S. Sullivan) zgadzali się z nim, jeśli chodzi o konieczność stosowania mechanizmów obronnych, ale uważali, że nie jest to równoznaczne z wyleczeniem. Należy ułatwić pacjentowi samorealizację. Przyczyną choroby jest nieumiejętność współżycia z ludźmi. Terapeuta ma pomóc pacjentowi w poznaniu, stosowaniu prawidłowych form współżycia, udzielanie rad i wskazówek. Terapia psychoanalityczna stosowana wśród dzieci to zabawa, rysowanie, malowanie



itp. W czasie zabawy dzieci wyrażają swoje stany emocjonalne, trudności w kontaktach z innymi. Obserwując dziecko, rozmawiając o zabawie najlepiej jest poznać jego lęki i frustracje. Zabawa daje okazję do wyładowania nagromadzonej agresji.

## **2. Metoda psychodramy.**

Według J. L. Moreno to najpopularniejszy rodzaj terapii grupowej polegający na improwizowanym odgrywaniu przez pacjenta, w sytuacji terapeutycznej pewnych ról i udratyzowanych zdarzeń. Co ma na celu ujawnienie ukrytych dla niego neurotycznych postaw, motywów i pragnień, które odczuwa w różnych sytuacjach interpersonalnych.

Stosowanie psychodramy wymaga użycia pięciu środków, narzędzi. Są to:

- słowa,
- osoba odgrywająca,
- terapeuta,
- terapeutyczne siły pomocnicze,
- grupa psychodramatyczna.

Scena jest miejscem otoczonym kręgiem siedzących pacjentów. Wewnątrz kręgu odgrywa się psychodramy. Osobie odgrywającej role nie narzuca się określonych środków wyrazu. Terapeuta czuwa nad tym, aby sceny odgrywane były odzwierciedleniem przeżyć pacjenta. Pobudza on grupę do włączenia do gry innych postaci. Dbą, aby pacjent nie utracił kontaktu z grupą. Następnie terapeuta podsumowuje wypowiedzi, pobudza grupę, obmyśla sceny. Psychodrama nie powinna być zabawą, chociaż rola, jaką się tam gra jest równie nieobowiązująca jak w zabawie, ale ułatwia rozumienie przyszłości. Jest to proces ciągły. Psychodrama powinna stanowić integralny element życia pacjenta powiązany z przeszłością, teraźniejszością oraz rzutujący na przyszłość. Należy przestrzegać swobodnego wyboru ról. Każdy seans powinien być oznaczony i dyskutowany. Psychodrama jest też

stosowana wśród dzieci.

Według Widloechera (J. Grochulska, 1993, s. 70) psychodrama jako środek pedagogiczny ma zalety:

1. Rozwój spontaniczności, - dzięki czemu dzieci zahamowane, nerwowe stają się lepiej przystosowane do warunków szkolnych.
2. Uczenie się i granie ról, - co stwarza okazję do poruszania nowych stron życia.
3. Kształtujący wpływ na dziecko - odkrywa ono względny charakter swej postawy i uczy się rozumieć innych.

### **3. Terapia behawioralna.**

Za jej pomocą leczy się zaburzenia w przystosowaniu, przejawiające się dolegliwościami somatycznymi, których przyczyna leży w sferze mechanizmów emocjonalnych człowieka. W planowaniu psychoterapii wykorzystuje się podstawowe reguły procesu uczenia się. Dość często wykorzystuje się technikę uczenia instrumentalnego, a także naśladownictwo społeczne. Stosuje się przy tym nagrody, kary ukierunkowane na motywacje o charakterze społecznym jak np. zyskanie akceptacji, zdobycie osiągnięć. Pacjentowi okazuje się zainteresowanie, zrozumienie, aprobatę, a powstające u niego ustosunkowania emocjonalne wykorzystuje się do utrwalania pożądanych sposobów zachowania w społeczeństwie.

## Uwagi końcowe

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów z rodzicami i notatek z obserwacji dzieci można stwierdzić dużą zależność między stopniem agresji, a postawą rodziców wobec takiego zachowania dziecka. Przyzwalająca lub zachęcająca postawa dorosłych wobec otwartej agresji dziecka nie zmniejsza, lecz wręcz przeciwnie, w poważnym stopniu zwiększa częstotliwość zachowań agresywnych. Dzieci karane za zachowanie agresywne powstrzymują się od przejawów otwartej agresji, ale kara prawdopodobnie spowoduje frustrację i wzbudza nowy gniew.

W pracy nad organizowaniem zjawiska agresji u dzieci w klasach początkowych bardzo ważna jest współpraca szkoły (wychowawcy klasy) z domem rodzinnym dziecka. Należy uświadomić rodzicom, szczególnie tych uczniów, którzy swoim zachowaniem sprawiają kłopoty wychowawcze, że stosowanie wobec dzieci przemocy i kar fizycznych przynosi często odwrotny do zamierzonego skutek. Stosowanie kar, bez uświadomienia dziecku, na czym polegało zło w jego postępowaniu i wskazania dróg właściwego postępowania w sytuacjach dla niego trudnych prowadzi do stanu, w którym dziecko zamyka się w sobie, uważając, że zostało niesłusznie ukarane, zaczyna kłamać, aby uniknąć kary oraz szuka okazji, by wyładować swoje negatywne emocje na innych dzieciach. Z dzieckiem należy przede wszystkim rozmawiać i tłumaczyć mu, na czym polegają błędy w jego postępowaniu i pomagać w przewyciężaniu złych nawyków. Należy również eksponować te cechy charakteru dziecka i jego postępowania, które są dobre i pożądane.

Sue Browder (1996) zwraca uwagę na rolę rodziców w przekazywaniu swoim dzieciom takich wartości moralnych jak: uczciwość, odwaga, umiejętność panowania nad sobą. Autorka podaje jednocześnie siedem skutecznych sposobów w przekazywaniu danych wartości dzieciom. Oto one:

- Powiedzcie swoim dzieciom, co jest ważne.

- Wyjaśniajcie powody, jakimi się kierujecie ustalając zasady postępowania.
- Zwracajcie uwagę na to, co czuje drugi człowiek.
- Pamiętajcie o tym, jakie znaczenie ma poczucie winy.
- Zachęcajcie szkołę do wpajania dzieciom zasad moralnych.
- Opowiadajcie dzieciom o bohaterach.
- Niech wasze życie będzie waszym przesłaniem.

Wiele z powyższych wskazówek skierowanych do rodziców wykorzystywanych jest również przez nauczycieli w praktyce szkolnej. Dlatego bardzo ważnym problemem jest korelacja postaw i wartości wyznawanych przez rodziców z postawami i wartościami reprezentowanymi przez szkołę i nauczycieli. Proces wychowania przebiegający w rodzinie oraz w szkole powinien wzajemnie się uzupełniać, a nie być w stosunku do siebie w opozycji.

Istotną rolę w ograniczaniu zjawiska agresji u dzieci pełni nauczyciel. Nauczyciel, który jako cel stawia sobie ograniczenie agresji u swoich uczniów musi ze swego arsenału środków wychowawczych usunąć te, które mogą takie zachowania wyzwać u uczniów. Dziecko powinno mieć świadomość, że nauczyciel jest jego przyjacielem, a nie tylko wyłącznie osobą przekazującą wiedzę i ją egzekwującą. Nauczyciel wyrozumiały, któremu bliskie są problemy jego uczniów, nie będzie próbował surowymi metodami złamać agresywnej postawy ucznia, bo wie, że taką postawą frustruje dziecko, powiększając jeszcze ukrytą tendencję do agresji. Zamiast upomnień czy innych kar nauczyciel powinien poznać środowisko domowe ucznia i wy badać delikatnie otwarte bądź ukryte antagonizmy między rodzicami a dzieckiem. W klasie natomiast, będzie starał się stworzyć atmosferę wolną od napięć, która nie będzie powodowała nowych konfliktów, skłaniających do agresji.

Praca nad ograniczeniem zachowań agresywnych nie może zaczynać się i kończyć na etapie nauczania początkowego. Jej początek powinien nastąpić już w okresie wczesnego dzieciństwa i trwać przez cały okres nauki szkolnej. Należy także uświadomić sobie, że działania te nie polegają również na uniemożliwianiu lub zaniechaniu obrony swojej osoby, lecz na wskazywaniu takich form zachowań, które są dalekie od narażenia godności i wolności

innych osób.

## Bibliografia

1. Bandura A., Walters (1968): ***Agresja w okresie dorastania.*** Warszawa PWN
2. Dąbrowski K. (1976): ***Nerwowość dzieci i młodzieży.*** WSiP Warszawa
3. Doroszevska J. (1981): ***Pedagogika specjalna.*** Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wrocław - Warszawa
4. Drath A. (1986): ***Jak postępować z dzieckiem nerwicowym.*** Instytut Wydawnictwa Związków Zawodowych. Warszawa
5. Frączek A. (1979): ***Studia nad psychologicznymi mechanizmami czynności agresywnych.*** Warszawa PAN
6. Grochulska J. (1982): ***Reedukacja dzieci agresywnych.*** WSiP Warszawa
7. Grochulska J. (1993): ***Agresja u dzieci.*** WSiP Warszawa
8. Kaja B. (1995): ***Zarys terapii u dziecka.*** WSP Bydgoszcz
9. Kozaczek F. (1994): ***Świat wartości młodzieży z symptomem niedostosowania społecznego.*** WSP Rzeszów
10. Łobocki M. (1978): ***Metody badań pedagogicznych.*** PWN Warszawa
11. Nowak S. (1970): ***Metodologia badań socjologicznych. Zagadnienia ogólne.*** PWN Warszawa
12. Okoń W. (1984): ***Słownik pedagogiczny.*** PWN Warszawa
13. Ranschburg J. (1993): ***Lęk, gniew, agresje.*** WSiP Warszawa
14. Skorny Z. (1966): ***Współczesne metody badań psychologicznych.*** Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Warszawa
15. Skorny Z. (1968): ***Psychologiczna analiza agresywnego zachowania się.*** PWN Warszawa
16. Strelau J., Jurkowski A., Putkiewicz Z. (1979): ***Podstawy psychologii dla nauczycieli.*** PWN Warszawa
17. Tomaszewski T. (1963): ***Wstęp do psychologii.*** PWN Warszawa