

KONFERENCJA

# Wychowanie we współczesnej szkole

Dysfunkcje jako problem w nauczaniu  
i wychowaniu dzieci i młodzieży

Siedlce, 02.03.2013 r.



„Człowiek” - najlepsza inwestycja



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



# **Wychowanie we współczesnej szkole**

## **Dysfunkcje jako problem w nauczaniu i wychowaniu dzieci i młodzieży**

**„Człowiek – najlepsza inwestycja”**

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Siedlce, 2013

Komitet wydawniczy:

Andrzej Bałandynowicz, Andrzej Barczak, Tadeusz Boruta, Janusz Chruściel, Beata Gałek, Leszek Kania, Jarosław Stanisław Kardas, Rafał Kozak, Krzysztof Lewandowski, Violetta Machnicka (przewodnicząca), Robert Piętek, Janina Skrzyczyńska, Stanisław Socha, Andrzej Walendziak, Paweł Żarkowski

Bezpłatne materiały związane z konferencją zorganizowaną w ramach projektu Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, realizowanego w partnerstwie z Miastem Siedlce – **„Praktyki pedagogiczne – kompetentnie, twórczo, przyjemnie”**

Program Operacyjny Kapitał Ludzki  
Priorytet III. Wysoka jakość systemu oświaty,  
Działanie 3.3 Poprawa jakości kształcenia  
Poddziałanie 3.3.2. Efektywny system kształcenia i doskonalenia nauczycieli  
NR PROJEKTU WND-POKL.03.03.02-00-041/10  
NR UMOWY DOFINANSOWANIA UDA-POKL.03.03.02-00-041/10-01  
Okres realizacji projektu: 1.09.2010 r. – 20.10.2014 r.  
Wartość projektu: 3 833 175,00 zł

**Redakcja materiałów: dr Ryszard Kowalski, mgr Olga Szyrkarczyk**  
**ISBN 978-83-7051-702-1**

Biuro Projektu: ul. Bolesława Prusa 12, 08-110 Siedlce, p. 39  
e-mail: [praktyki@uph.edu.pl](mailto:praktyki@uph.edu.pl); [www.praktyki.uph.edu.pl](http://www.praktyki.uph.edu.pl)  
tel./fax. 25 6431380

Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach,  
ul. Józefa Bema 1, 08-110 Siedlce

## Spis treści

1. **Wstęp** *strona 4*
  
2. **Dysfunkcje jako problem w nauczaniu i wychowaniu dzieci i młodzieży –**  
*Hanna Michalska* *strona 6*
  
3. **Dysfunkcje jako czynnik zaburzonej komunikacji wewnątrzszkolnej –**  
*Paulina Forma* *strona 33*
  
4. **Problemy w funkcjonowaniu uczniów z padaczką, chorobami OUN  
i nietypowym rozwojem mózgu – objawy i wskazania do pracy –**  
*Aneta Borkowska* *strona 53*
  
5. **Edukacja uczniów z autyzmem – zagrożenie czy zadanie dla nauczyciela? –**  
*Katarzyna Markiewicz* *strona 68*

## Wstęp

*„Oczywiście, że to nieuczciwe zmuszać żółwie, by ścigały się z zającami. Zające rozleniwiają się i utną sobie drzemkę, a żółwie popadną w zniechęcenie, bo zwycięstwo jest nieosiągalne. Ale i żółwie i zające skorzystają, pod warunkiem, że system pomaga wszystkim uczestnikom stać się lepszymi biegaczami.” Raffini (1988)<sup>1</sup>*

Dysfunkcje jako problem w nauczaniu i wychowaniu dzieci i młodzieży - pod takim tytułem zaplanowana została trzecia konferencja zorganizowana w ramach projektu „Praktyki pedagogiczne – kompetentnie, twórczo, przyjemnie”, realizowanego przez Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, w partnerstwie z Miastem Siedlce, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego. Rok temu przedyskutowaliśmy temat „Jak sobie radzić z nadpobudliwością psychoruchową uczniów (ADHD) w klasie?” Planując projekt przewidziano zorganizowanie czterech cyklicznych spotkań naukowych, połączonych wspólnym nadtytułem „Wychowanie we współczesnej szkole”. Za rok, na zakończenie projektu, porozmawiamy o twórczym myśleniu i aktywnym działaniu w szkole. W ten sposób chcielibyśmy zakończyć nasz projekt z przeświadczeniem, że wychowanie w szkole nie składa się z samych trudności wychowawczych, takich jak poruszane na naszych konferencjach: przemoc, ADHD czy dysfunkcje. Wychowanie w szkole to przede wszystkim twórcze myślenie i aktywne działanie mające ogromne znaczenie wychowawcze, motywacyjne, rozwijające i kształtujące ucznia, a w konsekwencji wiodące do pedagogicznego sukcesu.

Wykładowcy, którzy przyjęli w tym roku nasze zaproszenie, specjalizują się w problematyce wychowania i nauczania uczniów z różnorodnymi dysfunkcjami. Znają te problemy nie tylko z lektury naukowego piśmiennictwa, ale mają także bogate doświadczenie wpływające z wieloletniej własnej

---

<sup>1</sup> Za Jere Brophy, 2002: Motywowanie uczniów do nauki. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

praktyki dydaktycznej. Będą mówić o rodzajach dysfunkcji, etiologii zaburzeń, neuropsychologicznych uwarunkowaniach, aspektach prawnych, metodach i technikach dających dobre efekty w pracy z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami dysfunkcyjnymi. Prelegenci mają też własny dorobek badawczy i są autorami publikacji naukowych na ten temat.

Wyrażam nadzieję, że konferencja będzie dla wszystkich uczestników bardzo owocna. Wierzę też w to, że za Państwa pośrednictwem wiedza przekazana na wykładach, a także opisana w konferencyjnym wydawnictwie, dotrze do całego środowiska oświatowego w naszym mieście i będzie przydatna w rozwiązywaniu problemów pojawiających się w szkołach, a Państwu ułatwi podejmowanie właściwych decyzji i dopasowanych do konkretnych sytuacji działań edukacyjnych.

Nie jestem specjalistą w zakresie pracy edukacyjnej z uczniami dotkniętymi różnymi dysfunkcjami, ale wydaje mi się, że uczniowie ci swoją naturą przypominają „żółwie” wymienione w cytacie zamieszczonym jako motto do wstępu. Mają oni niewątpliwie specjalne potrzeby edukacyjne, ale jeśli poświęci się im odpowiednio dużo czasu i zastosuje właściwe metody nauczania i wychowania, można liczyć na powodzenie. Pamiętajmy o tym, że w każdej szkole i w każdej klasie spotykają się ze sobą „zające” z „żółwiami”. Powinniśmy być tego świadomi i pracować tak, aby i jedni i drudzy stawali się coraz lepszymi biegaczami w drodze do szkolnego i życiowego sukcesu. Wierzę, że po tej konferencji także my nauczyciele będziemy sprawniej i efektywniej poruszać się po ścieżce nauczycielskiego powołania. Wyrażam przekonanie, że konferencja ta jest kolejnym krokiem wiodącym do zintegrowania wspólnoty dydaktycznej w naszym akademickim mieście.

Wszystkim gościom, wykładowcom i uczestnikom dziękuję za udział w konferencji. Mam przyjemność uczynić to w imieniu własnym, Pań pełniących funkcję koordynatorek kierunkowych oraz pracujących w biurze projektu.

*Ryszard Kowalski, kierownik projektu*

*mgr Hanna Michalska*

*dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Mińsku Mazowieckim  
(1982-2012)*

*trener, terapeuta rodzinny, mediator, socjoterapeuta*

## **Dysfunkcje jako problem w nauczaniu i wychowaniu dzieci i młodzieży**

Dnia 17 listopada 2010 roku Minister Edukacji Narodowej podpisała sześć rozporządzeń, które stanowią pakiet dokumentów opisujący kształcenie uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz organizację i udzielanie pomocy psychologiczno – pedagogicznej. Podkreślają one indywidualne podejście do dziecka potrzebującego wsparcia w rozwijaniu zdolności i zainteresowań czy pokonywaniu trudności, udzielanego jak najbliżej miejsca edukacji – w przedszkolu, szkole lub placówce. Dla nauczycieli i specjalistów z zakresu poradnictwa psychologiczno – pedagogicznego to konieczność nowego spojrzenia na dysfunkcje jako problem w nauczaniu i wychowaniu. Zacznę od przywołania bliskich mi obowiązków Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych.

Rozporządzenie MEN w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno – pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (*Dz. U. 228 poz. 1488*) precyzują zadania poradni w obszarze pomocy dziecku dysfunkcyjnemu.

### **Do zadań poradni należy w szczególności:**

1) diagnozowanie poziomu rozwoju, potrzeb i możliwości oraz zaburzeń rozwojowych i zachowań dysfunkcyjnych dzieci i młodzieży, w tym:

- a) predyspozycji i uzdolnień,
- b) przyczyn niepowodzeń edukacyjnych,
- c) specyficznych trudności w uczeniu się;

2) wspomaganie dzieci i młodzieży odpowiednio do ich potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, w tym zwłaszcza dzieci i młodzieży:

- a) szczególnie uzdolnionych,
- b) niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie lub zagrożonych niedostosowaniem społecznym,
- c) ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się,
- d) z zaburzeniami komunikacji językowej,
- e) z chorobami przewlekłymi;

3) prowadzenie terapii dzieci i młodzieży, w zależności od rozpoznanych potrzeb, w tym dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwojowymi, z zachowaniami dysfunkcyjnymi, niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie lub zagrożonych niedostosowaniem społecznym oraz ich rodzin;

4) pomoc dzieciom i młodzieży w wyborze kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniu kształcenia i kariery zawodowej oraz wspieranie nauczycieli przedszkoli, szkół i placówek w planowaniu i realizacji zadań z zakresu doradztwa edukacyjno-zawodowego;

5) wspomaganie dzieci i młodzieży z trudnościami adaptacyjnymi związanymi z różnicami kulturowymi lub ze zmianą środowiska edukacyjnego, w tym związanymi z wcześniejszym kształceniem za granicą;

6) pomoc rodzicom i nauczycielom w rozpoznawaniu i rozwijaniu indywidualnych możliwości, predyspozycji i uzdolnień dzieci i młodzieży;

7) podejmowanie działań z zakresu profilaktyki uzależnień i innych problemów dzieci i młodzieży, w tym udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom i młodzieży z grup ryzyka oraz ich rodzicom;

8) współpraca ze szkołami i placówkami w rozpoznawaniu u uczniów specyficznych trudności w uczeniu się, w tym ryzyka wystąpienia specyficznych trudności w uczeniu się u uczniów klas I—III szkoły podstawowej;



9) współpraca z przedszkolami, szkołami i placówkami przy opracowywaniu i realizowaniu indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych, o których mowa w przepisach w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych oraz w przepisach w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w specjalnych przedszkolach, szkołach i oddziałach oraz w ośrodkach oraz planów działań wspierających, o których mowa w przepisach w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach;

10) współpraca w udzielaniu i organizowaniu przez przedszkola, szkoły i placówki pomocy psychologiczno-pedagogicznej;

11) wspomaganie wychowawczej i edukacyjnej funkcji rodziny;

12) wspomaganie wychowawczej i edukacyjnej funkcji przedszkola, szkoły lub placówki, w tym udzielanie nauczycielom pomocy w rozwiązywaniu problemów dydaktyczno wychowawczych;

13) prowadzenie edukacji dotyczącej ochrony zdrowia psychicznego, wśród dzieci i młodzieży, rodziców i nauczycieli;

14) udzielanie, we współpracy z placówkami doskonalenia nauczycieli, wsparcia merytorycznego nauczycielom, wychowawcom grup wychowawczych i specjalistom udzielającym pomocy psychologiczno-pedagogicznej w przedszkolach, szkołach i placówkach.

Poradnia realizuje zadania w szczególności przez:

1) diagnozowanie;

2) opiniowanie;

3) działalność terapeutyczną;

4) prowadzenie grup wsparcia;

- 5) prowadzenie mediacji;
- 6) interwencję kryzysową;
- 7) działalność profilaktyczną;
- 8) poradnictwo;
- 9) konsultacje;
- 10) działalność informacyjno-szkoleniową.

Rozporządzenie dostosowuje zadania realizowane przez poradnie do nowej formuły udzielania dzieciom i młodzieży pomocy pedagogiczno – psychologicznej w rozpoznawaniu u uczniów ryzyka wystąpienia specyficznych trudności w uczeniu się, a także do pomocy nauczycielom w opracowywaniu indywidualnych programów edukacyjno – terapeutycznych (IPET) i planów działań wspierających (PDW). Specjaliści z poradni, w miarę potrzeb i możliwości, uczestniczą w spotkaniach zespołów nauczycieli i specjalistów w przedszkolach, szkołach i placówkach. Zespoły te zajmują się planowaniem, koordynowaniem i ocenianiem efektywności udzielania dzieciom i młodzieży pomocy psychologiczno – pedagogicznej. Pracownicy poradni realizują swoje zadania także poza poradnią, w miejscu kształcenia i wychowywania dzieci i młodzieży oraz w środowisku rodzinnym dziecka. Ustawodawca zwraca szczególną uwagę na rolę ścisłej współpracy poradni z przedszkolami, szkołami i placówkami oraz z rodzicami dziecka (§ 8 *Rozp. o Poradniach Psychologiczno- Pedagogicznych*).

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 grudnia 2010 roku w sprawie udzielania i organizacji pomocy pedagogiczno-psychologicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (*Dz. U. Nr 228, poz. 1487*), które weszło w życie w dniu 1 grudnia 2011 roku – w przedszkolach, gimnazjach i placówkach szkolnych podstawowych specjalnych i szkołach ponadgimnazjalnych specjalnych oraz w oddziałach specjalnych zorganizowanych w szkołach podstawowych ogólnodostępnych i szkołach ponadgimnazjalnych ogólnokształcących, a w dniu 1 września 2012 roku –

w szkołach pozostałych. Pomoc psychologiczno-pedagogiczna w szkołach i placówkach została szczegółowo wpisana w:

- zadania zespołów i tryb ich powoływania,
- kompetencje i zadania nauczycieli,
- zadania nauczycieli specjalistów,
- kompetencje i zadania rad pedagogicznych,
- kompetencje i zadania dyrektora.

### **Powoływanie zespołów**

Zespół tworzy dyrektor przedszkola, szkoły i placówki, o której mowa w art. 2 pkt. 5 ustawy dla:

- **ucznia posiadającego** orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, orzeczenie o potrzebie indywidualnego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania lub opinię poradni psychologiczno – pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej – niezwłocznie po otrzymaniu orzeczenia lub opinii;
- **ucznia**, o którym mowa w § 18 ust.2, który **nie posiada** orzeczenia lub opinii wymienionych w pkt. 1 – **niezwłocznie po przekazaniu przez nauczyciela**, wychowawcę grupy wychowawczej lub specjalistę informacji o potrzebie objęcia ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną (§ 19 ust.2 Rozporządzenia MEN z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach placówkach (Dz. U. z 2010 r., Nr 228 poz.1487).

### **Zadania zespołów to m.in.:**

- zakładanie i prowadzenie karty indywidualnych potrzeb ucznia (§ 27 ust.1 Rozp. jw); /KIPU/ - **nie zakłada się** dla ucznia z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego

- opracowanie planu działań wspierających ucznia (§ 22 ust.1-3 Rozp. jw.) /PDW/ - **zakłada się** dla ucznia z opinią PPP, z orzeczeniem o potrzebie indywidualnego nauczania i indywidualnego rocznego przygotowania przedszkolnego, na podstawie rozpoznanych potrzeb w wyniku przeprowadzonych działań w przedszkolu/szkole
- dokonanie wysokospecjalistycznej oceny poziomu funkcjonowania ucznia posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (§ 5 ust.3 Rozp. MEN w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych)
- opracowanie indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego dla ucznia posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (§5 ust.1 i 2 Rozp. jw.) /IPET/.

### **Kompetencje i zadania nauczycieli**

Nauczyciele, wychowawcy grup wychowawczych oraz specjaliści w przedszkolu, szkole i placówce, prowadzą działania pedagogiczne mające na celu:

- **rozpoznanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych uczniów**, w tym uczniów szczególnie uzdolnionych oraz zaplanowanie sposobów ich zaspokojenia, w tym:
  - a/ **w przedszkolu** – obserwację pedagogiczną zakończoną analizą i oceną gotowości dziecka do podjęcia nauki w szkole (diagnoza przedszkolna),
  - b/ **w klasach I-III szkoły podstawowej** – obserwacje i testy pedagogiczne mające na celu rozpoznanie u uczniów ryzyka wystąpienia specyficznych trudności w uczeniu się,

c/ w **gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej** – doradztwo edukacyjno – zawodowe.

- **rozpoznanie zainteresowań i uzdolnień uczniów**, w tym uczniów szczególnie uzdolnionych oraz zaplanowanie wsparcia związanego z rozwijaniem zainteresowań i uzdolnień uczniów,
- **niezwłoczne informowanie dyrektora szkoły** o tym, że uczeń ze względu na potrzeby rozwojowe lub edukacyjne wymaga objęcia pomocą psychologiczno – pedagogiczną, (*§18 Rozp MEN z dnia 17 listopada 2010r. w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach. Dz.U. z 2010 r., Nr 228 poz.1487*).

**Ponadto do zadań i kompetencji nauczycieli należy na podstawie Rozp. MEN z dnia 17 listopada 2010 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (Dz.U. z 2010 r., Nr 228 poz.1491).**

- **indywidualizowanie pracy z uczniem** na obowiązkowych i dodatkowych zajęciach rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia (*§6 ust.1 Rozp. jw.*);
- **dostosowanie wymagań edukacyjnych** do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia (*§6 ust.1a Rozp. jw.*);
- na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego oraz ustaleń zawartych w indywidualnym programie edukacyjno-terapeutycznym,
- na podstawie orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania oraz ustaleń zawartych w planie działań wspierających,
- na podstawie opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej, o specyficznych trudnościach w uczeniu się

- lub innej opinii poradni psychologiczno- pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej oraz ustaleń zawartych w planie działań wspierających,
- na podstawie ustaleń zawartych w planie działań wspierających.
  - **wnioskowanie o wydanie przez poradnię opinii o specyficznych trudnościach w uczeniu się uczniowi gimnazjum**, po uzyskaniu zgody rodziców lub pełnoletniego ucznia (*§ 6a, ust.2 Rozp. jw., od 1 września 2011r, uczniowi szkoły ponadgimnazjalnej od 1 września 2012 r.*)
  - **wnioskowanie do rady pedagogicznej o pozytywne zaopiniowanie dostosowania warunków przebiegu egzaminu gimnazjalnego do indywidualnych potrzeb edukacyjnych i możliwości psychofizycznych ucznia**, po uzyskaniu zgody rodziców lub pełnoletniego ucznia w przypadku uczniów, którzy byli objęci pomocą psychologiczno – pedagogiczną w roku przystąpienia do egzaminu z uwagi na:
    - trudności adaptacyjne związane z wcześniejszym kształceniem za granicą,
    - zaburzenia komunikacji językowej,
    - sytuację kryzysową lub traumatyczną (*§ 37, ust.4 i 5 Rozp.jw.*), **od roku szkolnego 2011/12 dotyczy gimnazjów**

### **Zadania nauczycieli specjalistów**

*(Rozp. MEN z 17 listopada 2010 r. w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz.U. z 2010 r., Nr 228, poz. 1487).*

- **Zadania psychologa i pedagoga szkolnego** (*§29 Rozp. jw.*)
  - 1/ prowadzenie badań i działań diagnostycznych dotyczących poszczególnych uczniów, w tym diagnozowanie indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, a także wspieranie mocnych stron uczniów:

2/ minimalizowanie skutków zaburzeń rozwojowych, zapobieganie zaburzeniom zachowania oraz realizacja różnych form pomocy psychologiczno – pedagogicznej w środowisku szkolnym i pozaszkolnym poszczególnych uczniów;

- **Zadania logopedy** (§ 30 Rozp. jw.);

1/ prowadzenie nadań wstępnych w celu ustalenia stanu mowy uczniów, w tym mowy głośnej i pisma;

2/ diagnozowanie logopedyczne oraz, odpowiednio do jego wyników, udzielanie pomocy logopedycznej poszczególnym uczniom w trudnościach w uczeniu się, we współpracy z nauczycielami prowadzącymi zajęcia z uczniem;

3/ prowadzenie terapii logopedycznej indywidualnej i grupowej dla uczniów, w zależności od rozpoznanych potrzeb;

4/ podejmowanie działań profilaktycznych zapobiegających powstawaniu zaburzeń komunikacji językowej, w tym współpraca z najbliższym środowiskiem ucznia.

- **Zadania doradcy zawodowego** (§ 31 ust.1 Rozp. jw.).

1/ systematyczne diagnozowanie zapotrzebowania poszczególnych uczniów na informacje edukacyjne i zawodowe oraz pomoc w planowaniu kształcenia i kariery zawodowej;

2/ gromadzenie, aktualizacja i udostępnianie informacji edukacyjnych i zawodowych właściwych dla danego poziomu kształcenia;

3/ prowadzenie zajęć przygotowujących uczniów do świadomego planowania kariery i podjęcia roli zawodowej;

4/ koordynowanie działalności informacyjno-doradczej prowadzonej przez szkołę i placówkę;

5/ współpraca z innymi nauczycielami w tworzeniu i zapewnieniu ciągłości działań w zakresie doradztwa edukacyjno – zawodowego.

- **Kompetencje i zadania rady pedagogicznej**
- opiniowanie wniosku o wydanie opinii o specyficznych trudnościach w uczeniu się ucznia gimnazjum, **od roku szkolnego 2011/2012; ucznia szkoły ponadgimnazjalnej od roku szkolnego 2012/2013** (§6a Rozp. MEN z dnia 17 listopada zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz sposobu przeprowadzania sprawdzianów w szkołach publicznych ( Dz. U. z 2010 r., Nr 228 poz.1491),
- opiniowanie wniosku nauczyciela lub specjalisty wykonującego w szkole zadania z zakresu pomocy psychologiczno – pedagogicznej, prowadzących zajęcia z uczniem (słuchaczem) w szkole i po uzyskaniu zgody rodziców (prawnych opiekunów) albo pełnoletniego ucznia (słuchacza), **lub na wniosek rodziców** (prawnych opiekunów) albo pełnoletniego ucznia (słuchacza), o przystąpienie do sprawdzianu lub egzaminu gimnazjalnego w warunkach dostosowanych do potrzeb i możliwości psychofizycznych,
- wskazywanie sposobu lub sposobów dostosowania warunków przeprowadzenia sprawdzianu lub egzaminu gimnazjalnego do potrzeb i możliwości uczniów (słuchaczy) spośród możliwych sposobów dostosowania warunków przeprowadzania sprawdzianu lub egzaminu gimnazjalnego, określonych w szczegółowej informacji dyrektora Centralnej Komisji Egzaminacyjnej (§ 37 ust.8 Rozp. jw.).

### **Kompetencje i zadania dyrektora**

- tworzenie zespołów (§ 19 ust.2 Rozp. MEN z dnia 17 listopada w sprawie udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2010 r., Nr 228, poz. 1487),
- wyznaczanie osoby koordynującej pracę zespołu (§ 19 ust.3 Rozp. jw.),



- ustalanie dla ucznia formy, sposobów i okresu udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiaru godzin, w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane (§ 21 ust.1 Rozp. jw.),
- informowanie na piśmie rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia o ustalonych dla ucznia formach, sposobach i okresie udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiarze godzin, w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane (§ 21 ust.2 Rozp. jw.),
- informowanie rodziców ucznia o terminie posiedzenia zespołu (§ 26 ust.2 Rozp. jw.)
- ustalenie formy, sposobów i okresów udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej oraz wymiaru godzin, w którym poszczególne formy pomocy będą realizowane (§ 27 ust.2 pkt 6 Rozp. jw.), dokonanie wpisu w karcie i podpisanie jej z zaznaczeniem daty dokonania wpisu (§ 27 ust.3 Rozp. jw.)
- przekazanie kopii karty, za zgodą rodziców ucznia albo pełnoletniego ucznia, do przedszkola, szkoły lub placówki, do której uczeń został przyjęty (§ 28 ust.3 Rozp. jw.)
- wyznaczanie nauczyciela planującego i realizującego zadania z zakresu doradztwa edukacyjno-zawodowego w przypadku braku doradcy zawodowego w szkole lub placówce (31 ust.2 Rozp. jw.)
- przyjmowanie i przekazanie wniosku o wydanie opinii o specyficznych trudnościach w uczeniu się wraz z uzasadnieniem oraz opinią rady pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej i poinformowanie o tym rodziców (prawnych opiekunów) lub pełnoletniego ucznia (§ 6a Rozp. MEN z dnia 17 listopada zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków i sposobu oceniania, klasyfikowania i promowania uczniów i słuchaczy oraz przeprowadzania sprawdzianów i egzaminów w szkołach publicznych (Dz. U. Nr 228, poz.1491).

- przyjmowanie do dnia 15 października roku szkolnego, w którym uczeń (słuchacz) przystępuje do sprawdzianu, egzaminu gimnazjalnego opinii o specyficznych trudnościach w uczeniu się (§ 37 ust.2 Rozp. jw.).

### **Formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkole**

- 1. Klasa terapeutyczna** – organizuje się ją dla uczniów wykazujących jednorodne lub sprzężone zaburzenia, wymagających dostosowania organizacji i procesu nauczania do ich specyficznych potrzeb edukacyjnych oraz długotrwałej pomocy specjalistycznej – **liczba uczestników do 15;**
- 2. Zajęcia rozwijające uzdolnienia** – organizuje się je dla uczniów szczególnie uzdolnionych oraz prowadzi się przy wykorzystaniu aktywnych metod pracy – **liczba uczestników do 5;**
- 3. Zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze** – organizuje się je dla uczniów mających trudności w nauce, w szczególności w spełnianiu wymagań edukacyjnych wynikających z podstawy programowej kształcenia ogólnego dla danego etapu edukacyjnego - **liczba uczestników do 8;**
- 4. Zajęcia korekcyjno – kompensacyjne** – organizuje się je dla uczniów z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi lub specyficznymi trudnościami w uczeniu się – **liczba uczestników do 5;**
- 5. Zajęcia logopedyczne** – organizuje się je dla uczniów z zaburzeniami mowy, które powodują zaburzenia komunikacji językowej oraz utrudniają naukę – **liczba uczestników do 4;**
- 6. Zajęcia socjoterapeutyczne i inne zajęcia o charakterze terapeutycznym** – organizuje się je dla uczniów z dysfunkcjami i zaburzeniami utrudniającymi funkcjonowanie społeczne – **liczba uczestników do 10;**
- 7. Zajęcia związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej** – organizuje się je w celu wspomagania uczniów w podejmowaniu decyzji edukacyjnych i zawodowych, przy wykorzystaniu aktywnych metod pracy –

**rozporządzenie nie określa liczby uczestników, można ją określić w statucie;**

**8. Porady i konsultacje dla uczniów** – prowadzi się je w celu pomocy i wsparcia;

**9. Porady, konsultacje, warsztaty i szkolenia dla rodziców** – prowadzi się je w celu wspierania rodziców;

**10. Porady, konsultacje, warsztaty i szkolenia dla nauczycieli** – prowadzi się je w celu wspierania nauczycieli.

## **Wybrane dysfunkcje uczniów i problemy, jakie sprawiają w toku nauki i wychowania**

Zaburzenia rozwoju dziecka mogą przybierać różny charakter np.:

- **deficytów rozwojowych** w zakresie poszczególnych analizatorów, np. wzroku czy słuchu,
- **dysfunkcji** albo **opóźnień rozwoju psychomotorycznego**, co w przyszłości może powodować zaburzenia mowy czynnej lub zaburzenia grupy dysleksji rozwojowej,
- **zaburzeń o globalnym charakterze**, ograniczających możliwość prawidłowego funkcjonowania społecznego dziecka jak ADHD, autyzm czy zespół Aspergera.

Osoby zajmujące się deficytami rozwojowymi dziecka powinny zwrócić uwagę na wyróżniki terminologiczne:

- **parcjalne zaburzenia rozwoju psychomotorycznego**: dotyczą większego obszaru czynności, np.: motoryki dużej (zdolności do przemieszczania się) czy rozwoju mowy (trudności lub nieumiejętność rozumienia, słowotwórstwa),
- **fragmentaryczne zaburzenia rozwoju psychomotorycznego**: dotyczą mniejszego obszaru czynności, np.: motoryki małej (precyzyjne ruchy

manualne), mowy czynnej (dobre rozumienie tego co mówią inni, ale trudności w zakresie artykulacji dźwięków),

- deficyty rozwojowe związane z zaburzeniami w zakresie analizatorów: oka, ucha, zmysłu równowagi, dotyku, czasami węchu i smaku.

W/w zaburzenia mogą przyczyniać się w dalszej perspektywie do trudności szkolnych dzieci. Przybierają formę dysleksji, dyskalkulii, dysortografii czy dysgrafii.

### **Czym jest dysleksja rozwojowa?**

W wąskim rozumieniu to specyficzne trudności w czytaniu, szersze ujęcie mówi o problemach w zakresie czytania i pisania. Czasami ludzie włączają w pojęcie dysleksji dysgrafię czy dysortografię. Dysgrafia to trudności w opanowaniu poprawnej formy graficzne pisma, trudności w odtworzeniu liter, litery są nieproporcjonalne, dzieci piszą zbyt gęsto lub zbyt rzadko, nie ma między nimi odpowiednich odstępów ani połączeń.

Dysortografia to trudności w poprawnej pisowni, co objawia się błędami ortograficznymi, myleniem liter, przestawianiem liter, dodawaniem lub zjadaniem literek, słów, pisaniem cyfr w postaci zwierciadlanego odbicia.

Dysleksje rozwojową pełnoobjawową diagnozuje się zazwyczaj w wieku szkolnym dzieci, jest ona jednak konsekwencją nieskorygowanych we właściwym czasie deficytów rozwojowych, które obserwuje się od najmłodszych lat dziecka.

Symptomy ryzyka dysleksji (utrzymywanie się więcej niż jednego z wymienionych objawów):

**1 rok życia**: opóźniony lub nietypowy rozwój ruchowy, dziecko nie raczkuje, nie trzyma główki, ma obniżone napięcie mięśniowe, utrzymuje pierwotne odruchy wrodzone.

**2-3 rok życia**: trudności z utrzymaniem równowagi i automatyzacja chodu, opóźnione bieganie, mała zręczność manualna, trudności w zabawach

manipulacyjnych, opóźnienie rozwoju grafomotorycznego np.; 2-latek nie rysuje linii, 3-latek nie rysuje koła, zaburzone czynności samoobsługowe, opóźniony rozwój mowy.

**Wiek przedszkolny:** trudności w bieganiu, nieumiejętność jazdy na rowerku, trudności w zabawach ruchowych, problemy z równowagą, nieumiejętne wykonanie rysunków, zbyt mocne trzymanie ołówka, trudności w rysowaniu figur np. koło, trójkąt, kwadrat, opóźniony rozwój lateralizacji, zaburzona orientacja w schemacie ciała, w przestrzeni, trudności w zapamiętywaniu: przypominaniu nazw np.; dni tygodnia, pór roku, mały zasób słów, trudności w zapamiętywaniu krótkich piosenek i wierszyków.

Niezwykle ważna w rozwoju dziecka jest mowa, umożliwia komunikację potrzeb i wywieranie wpływu na otoczenie.

Zaburzenia mowy u dzieci najczęściej wynikają z zaburzeń funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego. Około 2 roku życia dziecko w miarę sprawnie posługuje się językiem i zaczyna doskonalić się w zakresie komunikacji, zaś starsze dzieci mają problem z akcentem, melodią czy intonacją (należy wykluczyć uszkodzenie słuchu). Nieumiejętność mówienia w 2-3 roku życia powinna wzbudzać obawy rodziców.

Do podstawowych rozwojowych zaburzeń mowy zaliczamy m. in. jąkanie, dyslalię, lenienie, eholalię. Ważna jest wczesna interwencja i właściwa terapia.

Musimy pamiętać, że ogólny rozwój małego dziecka uzależniony jest od wielu czynników i nie zawsze przebiega harmonijnie. Dzieci rozwijają się wg własnego tempa i rytmu, zgodnie ze swoim zegarem biologicznym. Rozwój dziecka związany jest także z cechami temperamentalnymi i jego aktywnością. Kiedy mówimy o ukierunkowanym rozwoju dziecka może to być zarówno opóźnienie jak i przyspieszenie tego rozwoju – jeśli różnice są niewielkie mówimy o różnicach indywidualnych, jeśli są poważniejsze mówimy o zaburzeniu tempa i rytmu procesu rozwojowego.

Przykładowe, najczęściej spotykane dysharmonie rozwojowe w okresie przedszkolnym:

### **Zaburzenia rozwoju ruchowego**

#### **Dzieci 3-4 letnie:**

- czynności samoobsługowe wykonuje bardzo wolno i bardzo niezręcznie,
- niechętnie buduje z klocków,
- źle koordynuje ruchy rąk,
- niezręcznie schodzi po schodach, szuka przy tym opieki,
- niechętnie bierze udział w zabawach ruchowych, boi się ich i unika.

#### **Dzieci 5-6 letnie:**

- zbyt silny nacisk na ołówek czy kredkę,
- ruchy ręki są gwałtowne, kanciaste i mało płynne,
- w rysunkach przeważają linie proste,
- zbyt mały nacisk na ołówek,
- kłopoty z wycinaniem,
- częste przypadki upuszczania różnych przedmiotów,
- trudności w zapinaniu guzików,
- kłopoty ze złapaniem piłki.

### **Zaburzenia percepcji wzrokowej**

#### **Dzieci 3-4 letnie:**

- trudności w odszukiwaniu takich samych elementów obrazka,
- niechęć do rysowania, budowania z klocków, spostrzegania.

#### **Dzieci 5-6 letnie:**

- ubogi opis ilustracji – jednowyrazowy lub jednozdaniowy,
- źle odtwarzany wzór, zła kompozycja,
- trudności w zapamiętywaniu spostrzeżeń wzrokowych, niechęć do układania puzzli, obrazka z części

## **Zaburzenia percepcji słuchowej**

### **Dzieci 3-4 letnie:**

- nieprawidłowy rozwój mowy, mowa późna, długo utrzymujące się agramatyzmy, mały zasób słów,
- szybkie nużenie się podczas słuchania, szukania obrazków ilustrujących opowiadanie,
- problemy z zapamiętaniem wierszyka czy piosenki.

### **Dzieci 5-6 letnie:**

- budowanie prymitywnych zdań podczas opowiadania zdarzeń lub treści ilustracji
- udzielanie najczęściej jednowyrazowej odpowiedzi na pytania
- trudności w odtwarzaniu rytmów dźwiękowych, zabawach tanecznych

## **Zaburzenia rozwoju mowy i myślenia**

### **Dzieci 4 letnie:**

- opóźnienie rozwoju mowy,
- bogate słownictwo, ale wypowiedziane bez zrozumienia,
- niedostrzeganie związków treściowych,

### **Dzieci 5-6 letnie:**

- błędne wymawianie niektórych głosek,
- niezrozumienie historyjek obrazkowych, nieumiejętność rozwiązywania zagadek,
- trudności w rozumieniu zasad i prawideł gier, zabaw dydaktycznych, gier planszowych.

## **Zaburzenia rozwoju emocjonalno – uczuciowego**

### **Dzieci 4 letnie:**

- płaczliwość,
- kapryśnienie,
- zmienność nastrojów,

- częste reakcje agresywne,
- reakcje lękowe,
- nadmierna wrażliwość w kontaktach społecznych, nadmierna wstydlivość,
- unikanie kontaktów z rówieśnikami – zahamowania emocjonalne.

### **Dzieci 5-6 letnie**

- wszystkie wymienione wcześniej u 4 latków, a także objawy oraz reakcje nieadekwatne do sytuacji, np. brak umiejętności opanowania reakcji pozytywnych, jak i negatywnych, częste obrażanie się, agresja z błahych powodów (infantyizm),
- mała samodzielność, uporczywe poszukiwanie pomocy,
- ogromny lęk przed nową sytuacją,
- wielki stres przed rozstaniem z rodzicami, a czasami wręcz niemożność rozstania,
- mała aktywność,
- nieśmiałość, silny opór przed jakimkolwiek działaniem,
- ogromna wrażliwość na ocenę innych,
- szybkie męczenie się.

## **Inne dysfunkcje wymagające specjalistycznych działań nauczycieli**

### **ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej**

Według ICD-10 wymaga stwierdzenia wyraźnie nieprawidłowego nasilenia zaburzenia uwagi, nadmiernej aktywności i niepokoju, które wzmagają się w różnych sytuacjach i utrzymują się w czasie, a które nie są spowodowane przez inne zaburzenia, takie jak autyzm czy zaburzenia afektywne. Wyróżniamy także ADD – zespół deficytów uwagi.



## Zaburzenia więzi

Są zaburzeniami związanymi z więzią pomiędzy matką, a dzieckiem. Stworzenie więzi to kluczowy aspekt rozwoju człowieka, mający wpływ na jego życie. Jest procesem dynamicznym i długofalowym. Przyjmuje różne formy na przestrzeni czasu, aż do osiągnięcia stanu dojrzałości. Wzajemne oddziaływania matki i dziecka prowadzą do powstania prawidłowych relacji i przywiązania. Według twórcy teorii przywiązania *Johna Bowlby* (2007), przywiązanie jest jednym z podstawowych systemów, który umożliwia dziecku elementarne uczenie się świata i innych, uczenie się zaufania do drugiego człowieka. Przy nieprawidłowej relacji więzi zaburzona jest elementarna potrzeba bezpieczeństwa, a w ślad za tym system regulacji emocji, który reguluje stosunek z otoczeniem. Już pod koniec I roku życia dziecko ma reprezentacje umysłowe interakcji z opiekunem, które w późniejszym okresie rzutują na postrzeganie siebie i innych oraz swoje miejsce wśród ludzi. Zaburzenia w tym obszarze to przewlekłe schematy zachowań, niekonstruktywne, powodujące problemy w funkcjonowaniu dziecka (opóźnienia, zaburzenia rozwoju). Do czynników zaburzających więź zalicza się dysfunkcje występujące w rodzinie (separacja, rozwód, silne konflikty – przemoc fizyczna, alkoholizm, znieważanie słowne, kazirodztwo (*S. Forward*, 1992)). Psychologowie zwracają uwagę także na: brak troski, brak czasu dla dzieci, brak rozmowy i zainteresowania problemami dzieci, nieznanostwo indywidualnych potrzeb, przeżyć oraz na niewłaściwe interpretowanie reakcji i zachowań dzieci.

Wyróżnia się: RAD (*Reactive Attachment Disorder*) – określa ostre i względnie nietypowe zaburzenia więzi, które dotyczą dzieci do 5 roku życia. W większości dotyczy zaburzeń w nawiązywaniu więzi społecznych. Zaburzenia więzi RAD może przyjmować formę: **zahamowaną**, przejawiającą się stałą niemożnością zainicjowania lub odpowiedzenia na większość interakcji społecznych zgodnie z etapem rozwoju oraz **niehamowaną** – przejawiającą się bezkrytyczną towarzyskością, przesadną poufałością z nieznanymi.

**Symptomy RAD u dzieci** (opracowane przez Zachodniopomorską Fundację Pomocy Rodzinie):

1. Nadzwyczaj czarujące i ujmujące, szczególnie w stosunku do obcych lub tych, którymi mogą manipulować.
2. Bezkrytycznie czułe, często w stosunku do obcych, ale brak czułości w stosunku do rodziców (nawet celowe ranienie ich uczuć).
3. Problem z utrzymaniem kontaktu wzrokowego, z wyjątkiem sytuacji, kiedy są zezłoszczone lub kłamią.
4. Posiadające ogromną potrzebę kontrolowania wszystkiego i wszystkich, nasilająca się wraz z wiekiem.
5. Nadzwyczaj czujne.
6. Nadaktywne, ale leniwe w wykonywaniu zadań.
7. Kłótniwe, często o nie mające znaczenia rzeczy (sprawy).
8. Często wybuchające wściekłością, dostające napadu szału, nawet w trywialnych sprawach.
9. Wymagające lub czepliwe, często w nieodpowiednim czasie.
10. Trudno rozumiejące (lub wcale) związek między przyczyną i skutkiem.
11. Słabo kontrolujące impulsy (odruchy).
12. Brak morale (zasad moralnych), wartości i wiary duchowej.
13. Słaba lub brak empatii, często nawet brak rozwiniętego sumienia.
14. Okrucieństwo wobec zwierząt.
15. Kłamanie bez powodu.
16. Fałszywe zarzuty o nadużycie.
17. Niszczenie własności lub samego siebie.
18. Kradzież.
19. Bezustanne gadanie, bezsensowne pytania.
20. Nienormalny (dziwny) sposób mówienia, brak zainteresowania w rozwijaniu umiejętności komunikowania się.

21. Opóźnienia (braki) w przyswajaniu wiedzy, przy normalnym rozwoju umysłowym.
22. Fascynacja ogniem, krwią, bronią, złem, dokonywanie zwykle złych wyborów.
23. Problemy z jedzeniem: albo objadanie się, albo odmawianie przyjmowania jedzenia.
24. Koncentrowanie się na detalach, ale ignorowanie spraw ważnych.
25. Posiadanie niewielu lub nie na długi okres przyjaciół, tendencja do bycia samotnym.
26. Postawa roszczeniowa, egoizm.
27. Podbieranie rzeczy bez pozwolenia, nawet jeżeli można je otrzymać po oproszeniu o nie.
28. Manipulowanie dorosłymi, nastawianie ludzi przeciw sobie.

Dzieci te wymagają intensywnej terapii. Najlepsze rezultaty osiągamy rozpoczynając ją przed 12 rokiem życia dziecka. W terapii ważne jest umożliwienie dziecku nawiązania pozytywnej więzi oraz zapewnienie mu bezpiecznego i stabilnego środowiska. Są także programy terapeutyczne mające leczyć zaburzenia więzi u niemowląt. Koncentrują się one na zwiększeniu odzewu i wrażliwości opiekunów.

Zaburzenia więzi mogą pojawiać się także jako efekt innych zaburzeń, takich jak: FAS (*Fetal Alcohol Syndrom*) i FAE (*Fetal Alcohol Effects*).

Ponieważ w ostatnich latach wiele uwagi poświęcono w publikacjach i na konferencjach problematyce Alkoholowego Zespołu Płodowego (FAS), ograniczę się więc tylko do przypomnienia definicji: FAS – zespół wad wrodzonych, które są następstwem picia alkoholu przez matkę w okresie ciąży. Jest zaburzeniem pełnoobjawowym, obejmującym sferę fizyczną, intelektualną i społeczną. Objawy te w mniejszym natężeniu określamy jako Alkoholowy

Efekt Płodowy – FAE .Zachęcam do analizy trudności edukacyjno-wychowawczych w tym kontekście.

Coraz powszechniej diagnozowanymi przypadkościami wśród dzieci są zaburzenia spektrum autystycznego. W Polsce, wg danych z 2006 roku, szacuje się występowanie autyzmu wśród 30 tys. osób, w tym ok. 20 tysięcy dzieci. Wzrasta też liczba przypadków zaburzeń przebiegających łagodniej. Jednym z nich jest zespół Aspergera, upośledzenie funkcjonowania społecznego jest tu łagodniejsze. Charakterystyczną cechą dla wszystkich zaburzeń spektrum autystycznego jest jakościowe nieprzystosowanie w interakcjach społecznych. Dziecko autystyczne nie jest zdolne do relacji z rówieśnikami. W rozmowie często nie patrzy rozmówcy w oczy, ma nieadekwatną ekspresję twarzy, dziwne, nienaturalne gesty. Wymaga więc od pedagogów szczególnej uwagi, pomocy w nauce i zdobycia akceptacji wśród rówieśników. Pozwoli to uniknąć dziecku wielu przykrości.

### **Tak i nie ucznia z dysfunkcjami**

#### **NIE**

1. Nie traktuj ucznia jak kaleki.
2. Nie krytykuj i nie ośmieszaj.
3. Nie łudź się, że uczeń sam „weźmie się w garść”.
4. Nie spodziewaj się, że uczeń pozbawiony pomocy z twojej strony sam sobie poradzi.
5. Nie ograniczaj uczniowi udziału w zajęciach pozalekcyjnych.
6. Nie każ wykonywać uczniowi trudnych koordynacyjnie ćwiczeń przed całą klasą.

#### **TAK**

1. Postaraj się zaakceptować ucznia. Nie wszyscy muszą być wybitnie sprawni.

2. Aby pomóc uczniowi, zapoznaj się dokładnie z opinią Poradni P.P, porozmawiaj z uczniem i jego rodzicami.
3. Spróbuj jak najszybciej wychwycić trudności ruchowe ucznia.
4. Zaproponuj sposoby pracy ucznia nad sprawnością motoryczną.
5. Zaobserwuj podczas lekcji, co najskuteczniej pomaga uczniowi.
6. Przeprowadź rozmowę z całą klasą na temat dysfunkcji uczniów z dysleksją rozwojową.
7. Oceniaj ucznia w oparciu o zalecenia zawarte w opinii PPP oraz na podstawie stopnia zaangażowania, pokonywania własnych trudności i wysiłku wkładanego w pracę nad sobą.

W opiece nad dzieckiem z dysfunkcją rozwojową niezbędne jest zdobycie odpowiedniej wiedzy, nabycie umiejętności właściwej komunikacji z dzieckiem, ćwiczenie zmysłu obserwacji oraz empatia. W toku edukacji i wychowania warto wykorzystywać coraz szerszą ofertę metod znanych na świecie od wielu lat, wspomagających reedukację zaburzonych funkcji. Zaliczyć do nich można: Kinezylogię Edukacyjną Paula Dennisona, metodę Bon Deport, czyli Dobrego Startu, metodę Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, terapię proprioceptywną, nazywaną „Rytmicznym Ruchem”, Integrację Sensoryczną dr Jean Ayres i wiele innych.

Niepowodzenia szkolne, niezależnie od swojej etiologii, są przeżyciem traumatycznym dla dzieci i młodzieży. Mogą być przyczyną trwałych zaburzeń zachowania. Powtarzające się niekorzystne sytuacje w szkole, grupie rówieśniczej, środowisku domowym powodują zaburzenia zachowania. Jest niezwykle ważne, aby dziecko znalazło w szkole lub poza nią pomoc w pokonaniu urazów.

Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynają się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym. Dzieci w tymi zaburzeniami są niepopularne wśród rówieśników, mogą być izolowane, wtórne komplikacje obejmują zachowania

aspołeczne oraz niską ocenę własnej wartości. Przyczyny zaburzeń zachowania uczniów wiążą się często z problemami życia rodzinnego lub najbliższego otoczenia. Jako nauczyciele i wychowawcy możemy stworzyć dzieciom możliwość udziału w zajęciach socjoterapeutycznych, by zmienić ich sądy poznawcze i wzorce zachowań, by uczyć je odreagowywania emocjonalnego. Studium doskonalące dla nauczycieli z zakresu socjoterapii jest corocznie realizowane w Siedlcach .

Na rynku edukacyjnym dostępnych jest wiele programów wychowawczych i profilaktycznych. Ośrodek Rozwoju Edukacji (ORE) rekomenduje na swojej stronie [www. Bank Programów Terapeutycznych](http://www.BankProgramowTerapeutycznych.pl). Są wśród nich programy wczesnej profilaktyki, uzależnień i przemocy, np. „Cukierki”, „Spójrz inaczej”, które wspierają rozwój osobowości ucznia i jego zdolności przystosowania społecznego. Są tam także programy profilaktyczne nakierowane na profilaktykę uzależnień. Do dyspozycji nauczycieli i trenerów jest też program profilaktyczny mający na celu zmianę agresywnych i przemocowych zachowań dzieci, młodzieży i dorosłych na zachowania pożądane i społecznie akceptowane – Trening Zastępowania Agresji (PART). Są także inne propozycje, np. dla dzieci z rodzin dysfunkcyjnych: „Odczuwaj, ufaj, mów”, „NOE”, „Korekta”. Na uwagę zasługują także programy profilaktyczne adresowane do młodzieży, np. „Nasze Spotkania”, zwraca się tu uwagę na własny rozwój i pomaganie innym ludziom. Mówiąc o działaniach profilaktycznych szkoły należy pamiętać, że ich oddziaływanie będzie skuteczniejsze i pełniejsze, jeśli włączymy w ich realizację środowisko rodzinne.

„Szkoła dla rodziców i wychowawców” to znakomita propozycja programu wzmacniającego więzi między dziećmi i znaczącymi dla nich osobami dorosłymi, tj. rodzicami i nauczycielami.

Wcześnie zdiagnozowane dysfunkcje i właściwa pomoc terapeutyczna mogą uchronić dzieci i młodzież przed problemami w nauczaniu i wychowaniu.

## **Dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia**

(Zestawienie bibliograficzne w wyborze)

1. *Aase J.M.*, (1998). Kliniczne rozpoznawanie Alkoholowego Zespołu Płodowego (FAS). Trudności w wykrywaniu i diagnostyce (w:) *Śłosarska M.* (red.) Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
2. *Bolwby J.* (2007). Przywiązanie. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa.
3. Ćwiczenia w czytaniu i pisaniu : poradnik metodyczny do terapii dzieci dyslektycznych / *Krystyna Grabałowska i in.* – Wyd. 2 popr. i uzup. - Toruń : Dom Organizatora, 1995.
4. Dar dysleksji: dlaczego niektórzy zdolni ludzie nie umieją czytać i jak mogą się nauczyć / *Ronald D. Davis, Eldon M. Braun.* – Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo, 2001.
5. Diagnoza dysleksji / red. *Barbara Kaja.* – Bydgoszcz: Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego, 2003.
6. Diagnoza psychopedagogiczna: podstawowe problemy i rozwiązania / *Ewa Jarosz, Ewa Wysocka.* – Warszawa: Żak, 2006.
7. Dysleksja / *Gavin Reid.* – Warszawa: K.E. Liber, 2006.
8. Dysleksja: nie jesteś sam / *Wojciech Brejnak.* – Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2005.
9. Dysleksja w kontekście nauczania języków obcych / red./ *Marta Bogdanowicz, Mariola Smoleń.* –Gdańsk : Harmonia, 2004.
10. Dysleksja w opinii językoznawcy : składnia w wypowiedziach pisemnych uczniów dyslektycznych / *Renata Makarewicz.* – Olsztyn: Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, 2006.
11. Dziecko z zaburzeniami rozwoju i zachowania w klasie szkolnej: vademecum nauczycieli i rodziców / *Urszula Oszwa.* – Kraków: „Impuls”, 2007.

12. *Hryniewicz D.*(2008) . Korzenie zaburzeń, czyli wpływ przywiązania na jakość funkcjonowania psychospołecznego za szczególnym uwzględnieniem problemów dzieci z FAS. Konferencja „Dziecko z Zespołem Zaburzenia Więzi. Szczecin.
13. Informator o egzaminie gimnazjalnym w 2003 roku z aneksem dla uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się. - Warszawa: Centralna Komisja Egzaminacyjna, 2001.
14. Jak pokonać trudności w mówieniu, czytaniu i pisaniu : dla rodziców i nauczycieli / *Antoni Balejko*. – Białystok: Orthdruk, 2001.
15. Jedynka z ortografii?: rozpoznawanie dysleksji, dysortografii i dysgrafii w starszym wieku szkolnym / *Janina Mickiewicz*. – Wyd. 2.- Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, 1997.
16. Język, czytanie i dysleksja / *Grażyna Krasowicz*; Polskie Towarzystwo Neurolingwistyczne. – Lublin: *Antoni Dudek*, 1997.
17. Ministerstwo Edukacji Narodowej o dysleksji czyli specyficznych trudnościach w nauce / red. *Wojciech Książek* i in.; oprac. *Wojciech Brejnak* i in. – Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej, 1999.
18. Nauka czytania krok po kroku : jak przeciwdziałać dysleksji / *Jadwiga Cieszyńska*. – Warszawa: Akademia Pedagogiczna, 2001.
19. Niepowodzenia w nauce: przyczyny, skutki, zapobieganie : nauczanie początkowe / *Bogumiła Łuczak*. – Poznań: G&P, 2000.
20. Pedagogiczna diagnoza specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu / *Ewa Garniewicz*. – Wyd. 2 popr. - Toruń: *Adam Marszałek*, 1995.
21. Pokonujemy trudności w czytaniu i pisaniu : przegląd metod pracy korekcyjno-kompensacyjnej / *Teresa Opolska*. – Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, 1997.



22. Pomóż dziecku z... dysgrafią / *Jacek Lewinson*. – Warszawa: K.E. Liber, 2006.
23. Przewyciężenie trudności w czytaniu i pisaniu: terapia pedagogiczna / *Halina Pętlewska*. – Wyd. 3 poszerz. - Kraków: „Impuls”, 2003.
24. Reedukacja dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu metodą 18 [osiemnastu] struktur wyrazowych / *Ewa Kujawa, Maria Kurzyna*. – Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1994.
25. Ryzyko dysleksji: problem i diagnozowanie / *Marta Bogdanowicz* [współaut. *Dorota Kalka i Grzegorz Krzykowski*]. – Wyd.5. – Gdańsk: Harmonia, 2005.
26. *Schaffer S.* (2005). Psychologia dziecka. Warszawa. PWN.
27. Uczeń z dysleksją w szkole: poradnik nie tylko dla polonistów / *Marta Bogdanowicz, Anna Adrjanek*. – Wyd. 2 zm. – Gdynia: Operon, 2005.
28. *Wciórka J.* (1998). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze Kryteria Diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius IPiN, Kraków-Warszawa.
29. W krainie ortografii: materiały pomocnicze z uczniem dyslektycznym w starszym wieku szkolnym. Zeszyt. 2 / *Anna Kaszuba-Lizurej*. – Goleszów: Innowacje, 1999.
30. W krainie ortografii: materiały pomocnicze z uczniem dyslektycznym: klasy IV VI i gimnazjalne. Zeszyt. 1 / *Anna Kaszuba-Lizurej*. – Wyd. 2. – Goleszów: Publisher-Innowacje, 2001.
31. Zachodniopomorska Fundacja Pomocy Rodzinie; Reactive Attachment Disorder – Zespół Zaburzeń Więzi, Zrozumieć zachowania dziecka z RAD.

## **Dysfunkcje jako czynnik zaburzonej komunikacji wewnątrzszkolnej**

### **Wprowadzenie**

Oddziaływanie na dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi jest jednym z najważniejszych, ale i zarazem najtrudniejszych zadań rodziców, nauczycieli, pedagogów, opiekunów i wychowawców.

Satysfakcja dorosłych i dzieci zależna jest w dużym stopniu od prawidłowej komunikacji. Sama komunikacja nie jest jednak celem samym w sobie. Należy bowiem pamiętać, iż organizując środowisko opiekuńczo-wychowawcze i socjalizacyjne względem dzieci z dysfunkcjami, ważne są uprzednie systemy, narzędzia oraz organizacja generacyjnego domu. Takie tło daje bowiem możliwość dobrego przekazu pożądanych wartości, pojęć, zasad czy idei. Rozumiane w ten sposób wykorzystanie komunikacji jest dziś kluczowym składnikiem organizacji pracy z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Warto dodać, że komunikując się z innymi, mówiąc i słuchając innych, przekazujemy nie tylko słowa. Wiele także znaczą gesty, mimika, strój, czy zachowanie.

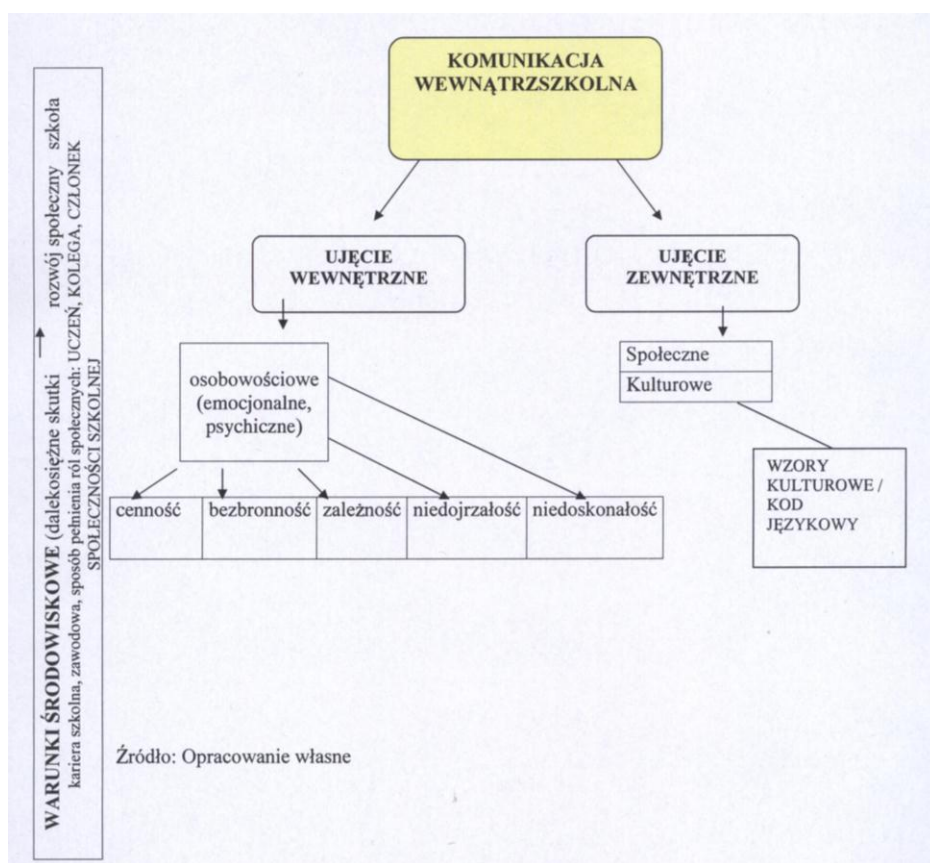
W niniejszym ujęciu skupiono się jednak na procesie wewnątrzszkolnej komunikacji.

### **Warunki prawidłowej komunikacji**

Konceptualizacja zakresu znaczeniowego wewnątrzszkolnej komunikacji wiąże się z uchwyceniem dialektycznej zależności wielu czynników i mechanizmów wychowania i edukacji jednostki i jej funkcjonowania. Procesy te łączą i ukazują indywidualne i społeczne wysiłki kształtowania osobowości

dzieci i odkrywają problematyczność na przykład ich edukacji. Ten kontekst umożliwia uchwycenie niezbędnych warunków – przydatnych m.in. do zrozumienia wychowawczo-edukacyjnego wsparcia aktywności dziecka, w ukierunkowaniu (zgodnie z teoriami socjalizacji) wysiłku budowania siebie i swoich relacji ze środowiskiem społecznym.

Poniżej zamieszczam schemat ukazujący ową złożoność rozumienia wewnątrzszkolnej komunikacji.



Schemat 1. Dwa ujęcia wewnątrzszkolnej komunikacji. Źródło: opracowanie własne.

Dysfunkcje w obszarze funkcjonowania dziecka w szkole mogą mieć związek w przedstawionym powyżej WEWNĘTRZNYM WYMIAREM, którego charakterystyka została ujęta w tabeli (Tab. 1):

Tabela 1. Dysfunkcje w obszarze funkcjonowania dziecka w szkole

<b>CECHA</b>	<b>REAKCJA in plus (+)</b>	<b>REAKCJA in minus (-) / brak reakcji</b>
<b>CENNOŚĆ</b>	troska, akceptacja, pozytywne uczucia, emocje	odrzućenie, egoizm, egocentryzm, chłód emocjonalny
<b>ZALEŻNOŚĆ</b>	racjonalne zaspokajanie potrzeb dziecka	wypominanie zadań wynikających z innej roli społecznej, rodzicielskiej, opiekuńczej itp.
<b>BEZBRONNOŚĆ</b>	dbałość o stan zdrowia, życie i bezpieczeństwo dziecka	przemoc, agresja,
<b>NIEDOJRZAŁOŚĆ</b>	dawanie wymagań na miarę możliwości dziecka, z uwzględnieniem jego dysfunkcji, potrzeb, okresu rozwojowego	zbytńia swoboda „dziecko małe stare” lub infantylizowanie dziecka
<b>NIEDOSKONAŁOŚĆ</b>	pełna, bezwarunkowa akceptacja dziecka takim jakim ono jest	wypominanie wad, zbytńia surowość, porównywanie do innych, różnicowanie

Źródło: opracowanie własne

Podstawą prawidłowej komunikacji bez względu na ujęcie, jest słowo, zarówno mówione, jak i pisane. Rzadko jednak bywa ono jednoznaczne, dlatego ważna jest precyzja komunikacyjna, która wbrew potocznym mniemaniom nie jest zbyt prosta.<sup>2</sup>

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na dwa aspekty komunikacji. Obrazuje je poniższy schemat.



Schemat 2. Dwa wymiary komunikacji. Źródło: opracowanie własne.

Mając na uwadze celowość wykorzystania jej w obrębie szkolnego środowiska, należy uwzględnić szczegółowe implikacje procesu komunikacyjnego.

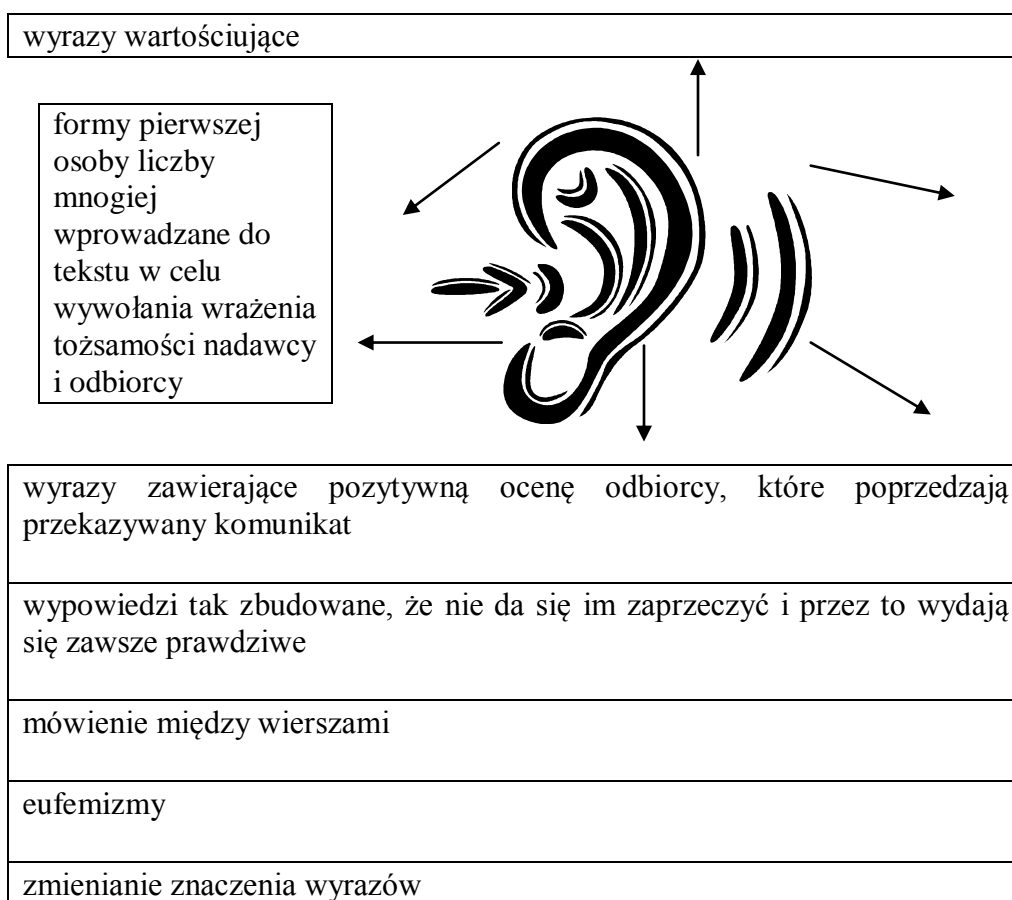
Mogą one bowiem służyć następującym celom:

- **informacyjnym** – przekazywanie dzieciom, podopiecznym zestawów informacji określających ich zainteresowania, zadania, prawa, techniki działania;
- **integracyjnym** – skupianie uwagi na najważniejszych, strategicznych treściach i pokazywanie wspólnych celów;
- **zarządczym** – przekazywanie poleceń i sterowanie nimi.

<sup>2</sup> L. Kamiński, Komunikacja korporacyjna a biznes. Praktyczny poradnik, Bydgoszcz – Warszawa 2007, s. 116.

Inicjujący szkolną opiekę i edukację, muszą pamiętać o tym, iż komunikat - słyszane słowo, wielokrotnie może być wykorzystywane jako forma zamierzonego i intencjonalnego działania, mającego na celu wywarcie korzystnego dla nauczyciela wpływu na podopieczne mu osoby lub grupę. Ta tzw. manipulacja słyszonym słowem dotyczy jednak bardziej relacji między nadawcą i odbiorcą, nie zaś używanych środków, gdyż działania manipulacyjne często są ukryte dla świadomości dzieci.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na różne rodzaje środków językowych. Obrazuje je poniższy schemat.

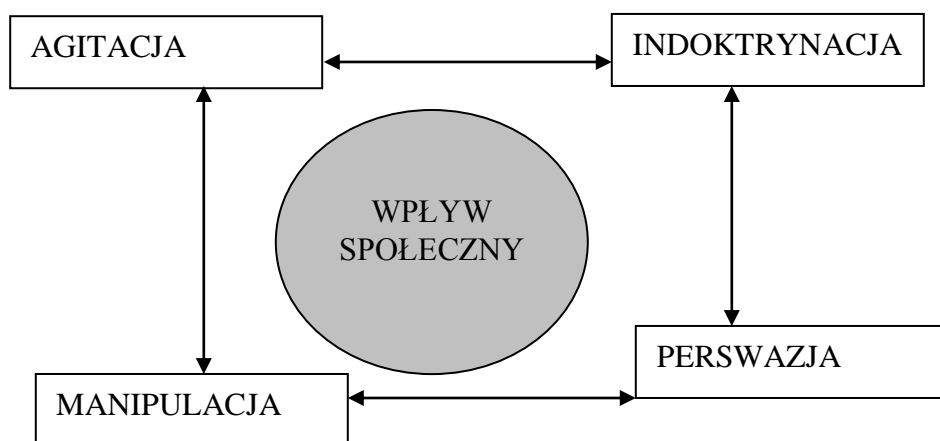


Schemat 3. Najczęstsze środki językowe wykorzystywane względem dziecka.  
Źródło: opracowanie własne

Warto zaznaczyć, iż słyszane słowa, poza tym, iż niosą informację, działają także jak swoistego rodzaju katalizatory, które uruchamiają u dzieci stany emocjonalne oraz wywołują pewne obrazy, dźwięki i głosy. Jest to bardzo ważne wskazanie, które stanowi jeden z fundamentów języka perswazji.

Nauczyciele, pedagodzy i in., od których czasami oczekuje się wychowawczo-socjalizacyjnego „cudu”, chcąc doskonalić swoje kompetencje perswazyjne coraz częściej sięgają po tzw. „mapy” obszaru komunikacji perswazyjnej.<sup>3</sup>

Perswazja w dzisiejszym świecie stanowi jedną z form wpływu społecznego,<sup>4</sup> który stanowi aparaturę pojęciową,<sup>5</sup> jaką bezwzględnie powinien znać kreator edukacji, opieki i wychowania.



Schemat 4. Składowe wpływu społecznego – potrzebne pedagogom. Źródło: opracowanie własne

<sup>3</sup> P. Fortuna, Perswazja w pracy trenera – czyli jak kształtować postawy uczestników szkoleń, WYD. GWP, Sopot 2011, s. 8.

<sup>4</sup> J. C. Turner, Wpływ społeczny [w:] A. S. Manstead, M. Hewstone, red. Encyklopedia Blackwella. Psychologia społeczna, Wyd. J. Santorski & CO, Warszawa 2001, s. 706.

<sup>5</sup> R. Cialdini, Wywieranie wpływu na ludzi, Teoria i praktyka, Wyd. GWP, Gdańsk 1995, s. 107.

Znany psycholog społeczny, Robert Cialdini, wskazuje na sześć zasad perswazji:

- zasada wzajemności / zobowiązanie,
- konsekwencja,
- dowód społeczny słuszności („inni tak robią”),
- lubienie kogoś (przeniesienie uczuć dotyczących osoby na przekazywaną przez nią propozycję),
- autorytet (oceniaamy kogoś według atrybutów, a nie merytorycznej wartości przekazu),
- niedobór czegoś / niedostępność („może zabraknąć”), których znajomość jest niezwykle ważna dla organizatorów konferencji.

Warto zwrócić uwagę nie tylko na wyróżnienie tych zasad, ale ich komponent czyli – ich wdrażanie, ich stosowanie wobec współczesnych wyzwań, a przede wszystkim etykę perswazji względem dzieci/podopiecznych/uczniów, by zmierzały w kierunku cenionych powszechnie wartości i zasad.

Warto podkreślić, że wśród wymienionych powyżej sześciu podstawowych zasad, wspomniany autor nie wyróżnia reguły maksymalizacji własnego interesu, choć wskazuje, że ludzie zwykle pragną otrzymać jak najwięcej za jak najmniejszą cenę. Nie znaczy to, że nie wierzą w powszechność tej reguły, czy też, że nie doceniają jej ważności w kształtowaniu decyzji.

Organizatorzy wewnątrzszkolnego procesu edukacyjno-opiekuńczo-wychowawczego wielokrotnie, często nieświadomie, stosują szczególne słowa, w szczególny sposób oddziałujące na umysł dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Pierwszym z tych strategicznych słów jest słowo „*nie*”. Każdy człowiek, więc także nauczyciel, pedagog wypowiada je codziennie dziesiątki razy, ale tylko bardzo nieliczna grupa w pełni sobie uświadamia, jak wielka moc w nim drzemie.



Umysł każdego człowieka składa się z dwóch integralnych części: świadomej i nieświadomej. Nieświadomy umysł to miejsce, gdzie przechowywane są dobrze wyuczone umiejętności, znajdujące się na poziomie nieświadomej kompetencji.

Edukatorzy winni również pamiętać, iż „*automatyczne wyzwalacze uległości*” – słyszalne, celowe wybierane względem dzieci słowa, wywołują doraźnie pożądaną ich reakcję.

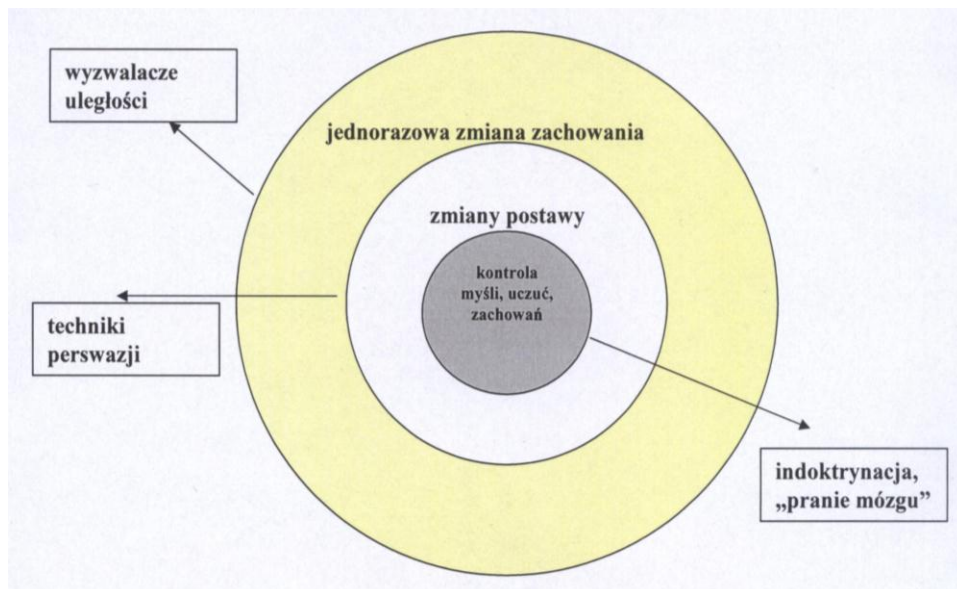
Powołując się na teorię Basila Bernsteina, warto także wskazać na *system ról* w wewnątrzszkolnym środowisku, na istniejące w nim formy komunikacji między nauczycielami i dziećmi. Wspomniany autor uważał, że warianty mowy są ściśle związane ze strukturą osób biorących udział w sytuacji komunikowania się. Relacje między rolami odnoszą się natomiast do stopnia izolacji znaczeń dostępnych przez daną rolę, a więc do ich klasyfikacji.<sup>6</sup>

W praktyce są one powszechnie stosowane przez wielu aktywizatorów, negocjatorów, ankieterów, merchandiserów, ale i każdego, komu zależy na szybkiej, najlepiej bezrefleksyjnych reakcji. Odbiorcy zachowują się tu zgodnie z intencjami nadawcy, jednak nie widać długotrwałego śladu w systemie wartości, czy strukturze przekonań.

Poniższy schemat obrazuje techniki wywierania wpływu na dzieci, z uwagi na głębokość ingerencji w ich psychikę.

---

<sup>6</sup> B. Bernstein, A Sociolinguistic Approach to Socialization: with Some Reference to Educability [w:] D. Hymes, D. Gumperz, J.J. Holt, red. Directions in Sociolinguistic, New York, Rinehart&Wintston, s. 465-497; B. Bernstein, J. Cook- Gumperz, Sociolinguistic: A Personal View, [w:] Ch. B. Paulston, G.R. Tucker, red. Summer Institute of Linguistics, Dallas, TX, s. 43-52.



Schemat 5. Techniki wywierania wpływu na dzieci. Źródło: P. Fortuna, Perswazja w pracy trenera – czyli jak kształtować postawy uczestników szkoleń, WYD. GWP, Sopot 2011, s. 15, cyt. za: Witkowski, 2000.

Należy podkreślić, iż użyteczność kolejnych technik dla osób organizujących wewnątrzszkolne środowisko jest różna. W przypadku „automatycznych wyzwalaczy uległości” jest dość niska, bo efekt takich zabiegów pojawia się wyłącznie w danej chwili, sytuacji, np. nauczyciel nakłania dziecko do wykonania zadania, ćwiczenia, poprzez delikatny dotyk jego ramienia - i nie ma w tej sytuacji zmiany przekonań dziecka, czy jego systemu wartości.

### **Komunikacyjne idee Korczakowskie dziś...- racja - relacja**

W oddziaływaniu na dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi niezwykle cenne jest „*podmiotowe traktowanie uczestnika*”. Edukatorzy mający pewną przewagę i kontrolę sytuacji, powinni mieć świadomość

samoobserwacji, identyfikacji własnych zachowań, form wywierania wpływu i wygaszanie tendencji manipulacyjnych względem dzieci. Nie jest to zadanie łatwe, gdyż wiele podobnych zachowań nieświadomie nabywamy w procesie rozwoju i bezwiednie oraz automatycznie je stosujemy. Większa świadomość powinna zatem skutkować wzmożoną uwagą i wrażliwością na słuch dzieci.

**Sukces wychowawczy  
w korczakowskiej idei**

**CEL SUKCESU WYCHOWAWCZEGO**

Sukces wychowawczy = właściwy przebieg  
komunikacji pomiędzy:

- a) dziecko – dziecko (samymi dziećmi)
- b) dziecko – rodzice (opiekunami a dziećmi)

↓

WYKORZYSTYWANE PRZEZ KORCZAKA różnorodne techniki porozumiewania się:  
-słowa, pismo, rysunek, język ciała (gesty, wzrok)  
BUDOWANIE WŁASNEJ TRADYCJI RODZINNEJ

Organizując wewnątrzszkolną edukację i opiekę oraz komunikując się z dziećmi z różnymi dysfunkcjami trzeba mieć także świadomość słyszalnych narzędzi manipulacji. Należą do nich m.in.:

- a) ***implikatura*** – określana jako wprowadzenie sugestii sądu, który jest konwencjonalnie oczywisty, ale bezpośrednio nie wyrażony. Ponieważ częściej zdarza nam się słyszeć o efektach usiłowań niż o samych usiłowaniach, informacja, że *usiłowano dowieść* ... może być odebrana przez dziecko jako znak, że usiłowania się nie powiodły;
- b) ***falszywe presupozycje*** – określane jako część znaczenia, która jest wspólna zdaniu i jego zaprzeczeniu. Oddziałuje ona na podświadomość

sluchajacego czlowieka, zmuszajac go do przyjecia jako prawdziwe pewnych faktow i zalozen warunkujacych sens i prawdziwosc komunikatu. Zazwyczaj presupozycja jest prostą konsekwencją wspólnej wiedzy mówiącego i sluchacza;

- c) **stosowanie figur retorycznych** – takich jak metafory i porównania. Odwoływanie się do skojarzeń, ma też konotacje emocjonalne, zatem może być przejawem manipulacji;
- d) **używanie słów nieostrych** oraz **zawierających wyraźną ocenę** (negatywną lub pozytywną), przemilczenia, niedomówienia, aluzje, dygresje może skutkować nieprecyzyjnym przekazywaniem treści, w efekcie dość mglistymi ocenami;
- e) **umieszczanie w wypowiedzi perswazyjnej definicji**, które dodają do znaczeń słów komponenty oceny, np. łączenie nazw wartości ze słowem *prawdziwy*;
- f) **stosowanie wyrazów i wyrażeń nacechowanych emocjonalnie** – powoduje rozbudzenie emocji.
- g) **odwoływanie się do podstawowych potrzeb** – np. stosowanie zabiegów zjednujących - pochwał i komplementów oraz używanie zwrotów i wyrażeń akcentujących rzekomy szacunek odbiorcy do nadawcy takich jak np.: *jako osoba mająca doświadczenie, znająca zagadnienie rozumiesz,, że ta inwestycja jest najlepsza*;
- h) **sformułowania podkreślające pewne treści, a pomijające inne** – służą intencjonalnemu kierowaniu myśli dziecka w pożądaną stronę;

Mając świadomość znaczenia prawidłowości wewnątrzszkolnej komunikacji, nauczyciele powinni akceptować dzieci takimi, jakie są oraz identyfikować się z nimi.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na kilka charakterystycznych stylów komunikowania się, zarówno dorosłych, jak i dzieci. Poniżej

zamieszczono narzędzie autorstwa Barbary Kowalczyk<sup>7</sup>, za pomocą którego można dokonać charakterystyki stylu najczęściej prezentowanego.

### **Ćwiczenie 1. Przeanalizuj swój styl porozumiewania się**

*Instrukcja:* Poniżej zamieszczono cztery stwierdzenia, a do każdego z nich cztery możliwe zakończenia. U szereguj zakończenia do każdego ze stwierdzeń wg. tego, jak dobrze opisują one twój sposób reagowania, nadając im kolejność od 1 do 4. Cyfrę 1 napisz przy tym stwierdzeniu, które najlepiej pasuje do ciebie, zaś cyfrę 4 przy tym, które jest dla twojego zachowania nieprawdziwe.

*Kolejność stwierdzeń:*

#### **1. CZERPIĘ NAJWIĘCEJ ZADOWOLENIA W SYTUACJI.....**

- a. gdy poszukuję nowych i innowacyjnych idei, koncepcji, zasad, teorii,
- b. gdy mogę mieć takie kontakty z innymi, które dają mi możliwość badania i zrozumienia źródeł ludzkiej emocji, wzajemnych relacji i zachowań ludzi,
- c. gdy mogę oprzeć się na logicznym myśleniu, wnioskowaniu i systematycznych dociekaniach w procesie definiowania problemu, jego analizy i poszukiwania rozwiązań,
- d. gdy mogę zaangażować moją energię w realizację takiego typu zadania kiedy rezultat działania jest szybko widoczny.

#### **2. ZAUWAŻAM, ŻE PRACUJĄC Z INNYMI STAJĘ SIĘ ZANIEPOKOJONY/A, GDY ONI.....**

- a. poświęcają zbyt dużo czasu na dyskusję nie podejmując odpowiednich działań,
- b. nie widzą sytuacji w aspekcie czynnika ludzkiego,

---

<sup>7</sup> [www.cal.ngo.pl](http://www.cal.ngo.pl)

- c. ograniczają się do starych sposobów działania nie chcą wziąć pod uwagę czegoś nowego,
- d. poświęcają zbyt mało czasu na przeprowadzenie dokładnej analizy wszystkich istotnych aspektów danej sprawy.

3. GDY PRACUJĘ NAD ZADANIEM NAJWAŻNIEJSZE JEST DLA MNIE.....

- a. logiczne, systematyczne, racjonalne podejście do zagadnienia,
- b. jak najszybsze osiągnięcie celu przy użyciu środków i metod najbardziej sensownych w danym czasie,
- c. rozważenie możliwych skutków danego działania i przemyślenie różnorodnych podejść, które mógłbym zastosować,
- d. to, jakie reakcje, uczucia wywołuje u innych moje podejście do zadania, jak jest ono oceniane.

4. CZUJĘ SIĘ NIEZADOWOLONY Z SIEBIE KIEDY.....

- a. przysporzyłem innym nieprzyjemności i w rezultacie tego popsułem nasze stosunki.
- b. spóźniłem się z podjęciem stosownych działań i w wyniku tego straciłem szansę osiągnięcia celu.
- c. posługiwałem się, starą znaną metodą realizując dane zadanie po czym dowiedziałem się, że są odkryte nowsze metody działania.
- d. pomiąłem jakieś istotne czynniki czy też dokonałem niedokładnej analizy zebranych danych.

Przeprowadzenie powyższej analizy, możliwe jest po zliczeniu wyników, wpisywanych do wskazanej poniżej tabeli. Daje ono możliwość interpretacji siebie, jak i dzieci pod kątem prezentowanych, a wyróżnianych m.in. przez R. Cialdiniego typów komunikowania się.

## ZLICZANIE WYNIKÓW

Wpisz do poniższej tabelki liczby, które zapisałeś/aś przy poszczególnych zakończeniach dla każdego z czterech stwierdzeń i dodaj je w kolumnach pionowych.

Tabela 2. Typy słuchaczy, a sposoby odbioru komunikatów i interpretacji

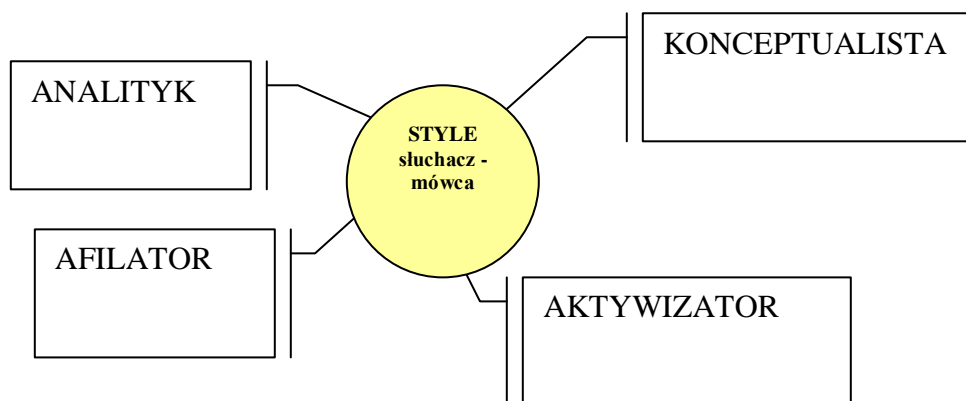
ANALITYK	AFILIATOR	KONCEPTUALISTA	AKTYWIZATOR
1c .....	1b .....	1a .....	1d .....
2d .....	2b .....	2c ...	2a ...
3a .....	3d .....	3c ...	3b ...
4d .....	4a ...	4c .....	4b .....
WS (sumy) .....	WS .....	WS .....	WS .....

## INTERPRETACJA WYNIKÓW

W ten sposób dowiadujemy się jaki styl komunikacji prezentujemy my i nasi podopieczni najczęściej i zdobywamy wiedzę, jak najskuteczniej do nich dotrzeć. Styl, przy którym wypełniający ćwiczenie zdobyli najmniejszą sumę, jest stylem, który dominuje w ich zachowaniu. Natomiast styl, gdzie uzyskana suma jest liczbą najwyższą, jest stylem, który najrzadziej prezentują w kontaktach z innymi.

### **Podsumowanie**

Prawidłowa, wewnątrzszkolna komunikacja jest kluczem do rozumienia drugiego człowieka (dziecka). Wskazując na literaturę przedmiotu należy wyróżnić 4 podstawowe jej typy (Rys. 5).



Schemat 5. Style komunikacji – a słuchanie dziecka. Źródło: opracowanie własne.

Interpretując kolejno poszczególne style, jakie mogą prezentować rodzice i dzieci, należy wskazać, iż każdy człowiek przechodzi w swoim życiu kolejno różne etapy rozwoju, a styl warunkowany jest także poprzez różne czynniki środowiskowe.

**Analityk** - przywiązuje dużą wagę do faktów, poszukuje danych liczbowych, szczegółowych informacji, przesłanek. Jego działanie jest analityczne, metodyczne i uporządkowane. Zwykle podchodzi do problemu w sposób usystematyzowany, jest dobrze zorganizowany we wszystkim co robi. Czasami może być postrzegany przez innych jako zbyt ostrożny, zbyt ustrukturalizowany i działający wg. „wiedzy książkowej”. Analizuje dane odnoszące się do przeszłości, rozważa sytuację obecną i na podstawie tego planuje fakty.

**Afiliator** - przywiązuje dużą wagę do relacji międzyludzkich, jest zainteresowany wzajemnymi oddziaływaniami ludzi, ich uczuciami i jednoczeniem się z innymi. Często opisywany jako osoba ciepła, wrażliwa na uczucia innych, spostrzegawcza, potrafiąca ocenić sytuacje w kategoriach zaangażowanych w nie ludzkich emocji. Jest uważany za lojalnego i pomocnego przyjaciela, choć czasami może być postrzegany jako zbyt emocjonalny



i ulegający zbyt niu wpływu innych. Często tworzy odniesienia do przeszłych wydarzeń i swoich relacji z innymi w danym okresie czasu. Jest nastawiony (zorientowany) na przeszłość.

**Konceptualista** - przywiązuje dużą wagę do koncepcji, idei, teorii. Jest często zorientowany na przyszłość. Postrzegany przez innych jako innowacyjny, twórczy i posiadający wyobraźnię. Widzi świat pełen możliwości. Zadaje pytania, poddaje w wątpliwość uznane prawdy, nie uważa rzeczy za przesądzone. Wielu ludzi nazywa go wizjonerem, czy idealistą. Czasami inni mają o nim zdanie, że jest abstrakcyjny, niepraktyczny, że „buduje zamki na lodzie”.

**Aktywizator** - kładzie nacisk na działanie i jego rezultaty, wyniki. Jest postrzegany przez innych jako podejmujący szybkie decyzje (decyzyjny), kierunkujący i praktyczny. Jest zorientowany na „tu i teraz”. Lubi działanie, tworzenie, konkrety. Przekształca idee w działania, dynamiczny i pomysłowy. Można go oskarżyć o to, że poszukuje tylko krótkotrwałych rezultatów, nie myśląc o ich długoterminowych implikacjach. Ta tendencja często wystawia go na krytykę ze strony tych, którzy postrzegają go jako osobę zbyt prostą i impulsywną, która najpierw działa potem myśli.

W analizie oddziaływania komunikacyjnego na dziecko z dysfunkcjami, niezwykle ważne jest tzw. „nadawanie na tych samych falach”. Szansa, że informacja będzie usłyszana i zrozumiana zwiększy się, jeżeli dorosły i dziecko będą „nadawać na tej samej długości fali”. Osoba, która chce, aby jej informacja była zrozumiała powinna tak zmienić własną „długość fali”, aby ją dopasować do innych osób. Należy zatem wziąć pod uwagę podmiotowość dziecka, jego poglądy, zainteresowania, orientację (tj. czy jest ono zorientowane na przyszłość, przeszłość czy na „tu i teraz”), oraz to, jakie tendencje przejawia w swoich zachowaniach.

Próbując doskonalić swoje umiejętności komunikacyjne, nauczyciel mówca, mający świadomość stylu prezentowanego przez siebie i dziecko musi uwzględnić następujące założenia, które zamieszczono w tabeli poniżej (Tab. 3).

Tabela 3. Sposoby docierania do konkretnego dziecka z dysfunkcjami

LP.	TYP DZIECKA (JAKO SŁUCHACZA)	SPOSÓB DOCIERANIA (MÓW TAK, ABY...)
I.	<b>Z analitykiem</b>	W swoim przekazie użyj faktów, danych, wykresów. Wykorzystuj dokumentację, która będzie wspierać twój przekaz, jeżeli to pomoże ci zaprezentować informacje w bardziej uporządkowany sposób. Bądź przygotowany na to, aby dać analitykowi możliwość dokładnego zbadania tego, co mu zostało przekazane.
II.	<b>Z afiliatorem</b>	W swoim przekazie zrób odniesienie do ludzkich aspektów sytuacji. On będzie chciał wiedzieć jak inni odczuwają tę sytuację, kto jeszcze jest w nią wciągnięty, jakie są przeszłe doświadczenia z podobnego typu sytuacji.
III.	<b>Z konceptualistą</b>	Miej świadomość, że on będzie w twoim przekazie szukał nowatorskiego, innowacyjnego czy oryginalnego aspektu.
IV.	<b>Z aktywizatorem</b>	On chce tylko wiedzieć: „Czy to zadziała?” i „Jak szybko możemy to zrobić?”

Źródło: opracowanie własne

Warto dodać, że styl ten można także rozpoznawać obserwując sposób pisania przez dzieci (sposób sporządzania przez nie notatki). I tak:

**Analityk** zwykle jest formalny i precyzyjny, wymienia kluczowe punkty, czasami może użyć stylu szkicuującego (podrozdziały, numerowane części) chętnie używa tabel, wykresów, schematów. **Afiliator** często posługuje się stylem nieformalnym, gawędziarskim, przyjacielskim. Używa nazwisk i robi uwagi na temat innych oraz na temat przyszłych działań. **Konceptualista** w pisaniu przejawia tendencje do bycia abstrakcyjnym i niejasnym. Ma inklinacje do orientacji na idee i bardzo powolnego zmiernia do konkluzji. **Aktywizator** pisze w sposób jasny, szkicuujący, świeży. Uważa, że opisywanie jest niepotrzebną stratą czasu. Często gryzmoli krótką odpowiedź na informację, którą otrzymał.

Wskazując na celowość docierania do dzieci w szkole musimy także mieć świadomość postaw swoich podopiecznych, które są różne (Tab. 4).

Tabela 4. Postawy dzieci jako cel wewnątrzszkolnej komunikacji

POSTAWA DZIECKA	REFLEKSJE	WSKAŹNIK
<b>Wobec nowego rozwiązania</b>	Oszczędza czas, przyjemne w obyciu	Stosuje je w praktyce
<b>Wobec nauczyciela</b>	Kompetentny dający poczucie bezpieczeństwa	Wyraża chęć ponownego rozmawiania, przebywania bezpośredniego
<b>Wobec sytuacji wychowawczej</b>	Inspirujące, przydatne	Pozytywna ocena, chęć dalszego doskonalenia się
<b>Przekonanie o własnej skuteczności</b>	Potrafę stawić czoło trudnym zadaniom	Bierze udział w wymagających ćwiczeniach, podejmuje się realizacji trudnych zadań np. w szkole

Źródło: P. Fortuna, Perswazja w pracy trenera – czyli jak kształtować postawy uczestników szkoleń, WYD. GWP, Sopot 2011, s. 113.

Reasumując, gwarancją osiągnięcia przez nauczycieli – będących w roli partnerów społecznych dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi jest wiedza: co mówić oraz świadomość, że żadne słowo nie powinno być zbędne.

Przygotowując słyszalny komunikat do dziecka warto wziąć pod uwagę swój typ wypowiedzi, łączyć perswazję retoryczną z narracyjną i pamiętać, że „dziecko to nie zadatek na człowieka, a pełnowartościowy człowiek”.<sup>8</sup>

## **Bibliografia**

1. Bernstein B., A Sociolinguistic Approach to Socialization: with Some Reference to Educability [w:] D. Hymes, D. Gumperz, J.J. Holt, red. Directions in Sociolinguistic, New York, Rinehart&Wintston.
2. Bernstein B., Cook- Gumperz J., Sociolinguistic: A Personal View, [w:] Ch. B. Paulston, G.R. Tucker, red. Summer Institute of Linguistics, Dallas, TX.
3. Cialdini R., Wywieranie wpływu na ludzi, Teoria i praktyka, Wyd. GWP, Gdańsk 1995.
4. Forma P., Rodzina wielodzietna jako środowisko wychowawczo-edukacyjne. Diagnoza i możliwości wsparcia (na przykładzie województwa świętokrzyskiego). Wyd. Impuls, Kraków 2011.
5. Forma P., Znane i nieznane ADHD [w:] O poznaniu siebie i świata przez dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, red. W. Pilecka, K. Bidziński, M. Pietrkiewicz, Wyd. UJK, Kielce 2008
6. Fortuna P., Perswazja w pracy trenera – czyli jak kształtować postawy uczestników szkoleń, WYD. GWP, Sopot 2011
7. Gołaszewska M., Estetyka pięciu zmysłów, Wyd. PWN, Warszawa 1997

---

<sup>8</sup> J. Korczak, Jak kochać dziecko, Wyd. Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa 1992

8. Korczak J., Jak kochać dziecko, Wyd. Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa 1992
9. Matyjas B., Dzieciństwo w kryzysie. Etiologia zjawiska, Wyd. Żak, Warszawa 2008
10. Turner J. C., Wpływ społeczny [w:] A. S. Manstead, M. Hewstone, red. Encyklopedia Blackwella. Psychologia społeczna, Wyd. J. Santorski & CO, Warszawa, 2001
11. Wawrzak –Chodaczek M., Jagoszewska I., red. Komunikacja wobec wyzwań współczesności, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2011.

*Dr hab. Aneta R. Borkowska, prof. UMCS*

*Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Psychologii*

*UMCS w Lublinie*

## **Problemy w funkcjonowaniu uczniów z padaczką, chorobami OUN i nietypowym rozwojem mózgu – objawy i wskazania do pracy**

### **Wprowadzenie**

Z perspektywy współczesnej wiedzy neuropsychologicznej (neuropsychologia to nauka zajmująca się badaniem związków pomiędzy mózgiem a zachowaniem człowieka) oczywistym jest założenie o neuronalnym podłożu wszystkich procesów psychicznych przebiegających prawidłowo lub w sposób zakłócony. Co oznacza pojęcie „zakłócenie przebiegu rozwoju procesów psychicznych”? Jakie ma przyczyny i konsekwencje? Ogólnie rzecz ujmując, mózg o prawidłowej makroskopowej strukturze anatomicznej, którego składowe czyli komórki nerwowe (neurony) wykazują prawidłowy metabolizm komórkowy, charakteryzują się prawidłową pobudliwością, wytwarzają odpowiednie ilości neurotransmiterów, mają w odpowiedni sposób zmielinizowane włókna nerwowe, prawidłowo funkcjonuje i zapewnia dobrą jakość przebiegu procesów psychicznych. Zaburzenia strukturalne na poziomie makroskopowym lub zmiany komórkowe, zaburzenia metabolizmu, pobudliwości, przepływu pobudzeń mogą powodować zaburzenia widoczne w postaci objawów dysfunkcji w zakresie wielu różnych procesów psychicznych.

Dysfunkcjonalność mózgu dziecka może być spowodowana głównymi dwoma grupami czynników: wrodzonych i nabytych. Obecnie przyjmuje się, że około 80% chorób układu nerwowego dzieci i młodzieży stanowią zespoły

chorobowe o charakterze wrodzonym, natomiast 20% to choroby nabyte będące skutkiem procesów zapalnych, uszkodzeń mechanicznych, nowotworów i innych (Michałowicz, Józwiak 2000).

Wady rozwojowe, choroby wrodzone i nabyte ośrodkowego układu nerwowego wiążą się z wieloma problemami w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym czy społecznym. Te dysfunkcje mają różne nasilenie i charakter, od rozległych obejmujących wiele procesów i funkcji, głębokich zaburzeń, po dyskretne trudności ujawniające się w jednej sferze rozwoju poznawczego.

Czynnikami wrodzonymi nazywamy te, które spowodowały, że dziecko urodziło się z niepełnowartościowym układem nerwowym. Wszystkie czynniki działające na organizm dziecka po urodzeniu, powodujące zmiany strukturalne lub funkcjonalne w OUN określane są mianem nabytych.

### **Czynniki wrodzone w etiologii patologii OUN**

Do czynników wrodzonych powodujących patologię OUN zaliczyć należy etiologiczne czynniki genetyczne i wewnątrzmaciczne czynniki teratogenne. Mogą one powodować następujące skutki w procesach rozwoju OUN:

- zakłócenia proliferacji – zaburzenia namnażania komórek macierzystych skutkujące małogłowieiem lub makrocefalią; obie formy patologii strukturalnej mają negatywny wpływ na rozwój dziecka, ponieważ w mózgowiu, aby mogło pracować efektywnie i realizować zadania rozwojowe, liczba komórek musi być optymalna;
- migracji – zaburzenia przemieszczania się komórek i w efekcie budowania odpowiedniej struktury makroskopowej; zaburzenia migracji powodują zarówno poważne zmiany strukturalne jak schizencefalia (szczelina poprzeczna mózgu), czy lisencefalia (mózg gładki, bez bruzd

i zakrętów), polimikrogyria (zmiana liczby i wielkości zakrętów mózgu), jak i niewielkie zmiany umiejscowienia komórek zwane heterotopiami;

- synaptogenezy (w tym ograniczania liczby synaps) – zaburzenia tworzenia połączeń;
- mielinizacji – zaburzenia tworzenia osłonki mielinowej zapewniającej szybkość i dokładność przepływu pobudzenia drogami nerwowymi;
- niedorozwój komórek (np. na skutek niedotlenienia) co skutkuje dysfunkcjonalnością obszaru objętego niedotlenieniem;
- zmiany w przepływie płynu mózgowo-rdzeniowego (wodogłowie) (Borkowska, Domańska, 2006).

Działanie czynników teratogennych w okresie okołoporodowym może skutkować:

- obumieraniem komórek na skutek niedotlenienia,
- zmianami strukturalnymi na skutek udarów krwotocznych domięszkowych i dokomorowych; te ostatnie są przyczyną wodogłowia wtórnego.

W okresie postnatalnym na mózg dziecka mogą działać te same czynniki patogene, które są przyczyną patologii u człowieka dorosłego. Zaliczyć do nich można m.in.:

- choroby metaboliczne,
- zakażenia,
- zatrucia,
- procesy rozrostowe,



- urazy czaszkowo-mózgowe,
- choroby układu krążenia.

Efekt na poziomie makroskopowym:

- Odmienność budowy – nieprawidłowa budowa zakrętów, głębokość bruzd,
- Zmiany ubytkowe,
- Odmienna aktywność mózgową (Borkowska, Domańska, 2006).

Efektami zmian strukturalnych i funkcjonalnych są różnego rodzaju i różnym nasileniu obserwowane na poziomie behawioralnym objawy trudności rozwojowych.

Jakość i nasilenie trudności rozwojowych zależy:

a/ od wieku dziecka,

b/ lokalizacji zmiany – miejsce zmiany warunkuje jakość deficytów, co wiąże się ze specjalizacją funkcjonalną mózgu,

c/ rozległości zmiany – najczęściej im mniejsza zmiana tym lżejsze skutki,

d/ mechanizmów plastyczności – mózg dziecka jest bardziej plastyczny, zdolny do reorganizacji strukturalnej i funkcjonalnej, niż mózg dorosłego,

e/ zasobów mózgowych – poziom rozwoju uzyskany do momentu zadziałania czynnik szkodliwego,

f/ płci - dziewczynki charakteryzują się mniejszą niż chłopcy asymetrią funkcjonalną, dlatego łatwiej wykorzystać im mechanizmy reorganizacji,

g/ stymulacji środowiskowej – w okresie postnatalnym mózg dziecka uczy się i rozwija dzięki doświadczeniom i stymulacji środowiskowej. Im lepsza, bogatsza wieloaspektowa stymulacja, tym większe możliwości poprawy stanu funkcji psychicznych dziecka.

Koniecznym jednak należy podkreślić, że nie ma prostych zależności pomiędzy wyżej wymienionymi czynnikami, a jakością rozwoju dziecka. Wzajemna relacja i interakcja wielu czynników o charakterze biologicznym (stan mózgu) i środowiskowym decyduje o ostatecznym kształcie obrazu klinicznego. Zdarza się na przykład, że dziecko z dużymi zmianami strukturalnymi rozwija się podobnie jak rówieśnicy, wykazując jedynie niewielkie trudności w niewielu obszarach rozwoju. W dalszej części niniejszego opracowania przedstawionych zostanie kilkoro dzieci i młodzieży z chorobami ośrodkowego układu nerwowego, których dysfunkcje są na tyle dyskretne, że realizują oni obowiązek szkolny w szkołach masowych, uzyskują satysfakcjonujące rezultaty, nie wymagają szkolnictwa specjalnego, jednak specyfika ich zaburzeń wymaga indywidualnego dostrzeżenia trudności i indywidualizacji pracy z nimi w szkole.

### **Przykłady trudności dzieci ze zmianami strukturalnymi w OUN**

#### **AGENEZJA CIAŁA MODZELOWATEGO (corpus callosum, spoidło wielkie)**

Agenezja ciała modzelowatego to zaburzenie neurorozwojowe, powstałe na skutek błędu genetycznego, polegające na braku rozwoju jednej z najważniejszych struktur w mózgowiu, czyli ciała modzelowatego, wiązki włókien nerwowych łączących prawą i lewą półkulę mózgu. Corpus callosum zapewnia zintegrowaną pracę całego mózgu, szybką wymianę informacji pomiędzy półkulami. Skutki braku rozwoju ciała modzelowatego różnią się istotnie od skutków przecięcia czy uszkodzenia tej struktury. Uszkodzenie

włókien spoidłowych powoduje duże problemy w całościowym spostrzeganiu świata. Natomiast w sytuacji, gdy mózg od początku rozwija się inaczej, bez połączenia międzypółkulowego, stopniowo dostosowuje swoje funkcjonowanie do odmiennych warunków i reorganizuje pracę obu półkul. Dlatego dzieci z agenezją ciała modelowatego mogą mieć niewielkie i trudno dostrzegalne dysfunkcje (Paul i in, 2003).

Opis dziecka z agenezją ciała modelowatego (chłopiec, 16 lat, wczesne dzieciństwo - nieharmonijny rozwój psychoruchowy)

Mocne strony:

- WISC-R - w wieku 13 lat - wyniki wskazujące na inteligencję powyżej przeciętnej,
- udział w olimpiadzie przedmiotowej – chemia na poziomie międzyszkolnym,
- nie ma trudności z rozumieniem informacji językowych na poziomie pojedynczych słów, zdań, tekstów dosłownych,
- dobrze rozwinięte myślenie abstrakcyjne w oparciu o materiał językowy - dobrze radzi sobie z wyjaśnianiem znaczenia metafor pisanych,
- nie ma również trudności w zakresie prozodii językowej.

Dysfunkcje:

- zakłócenia pewnych funkcji językowych i komunikacyjnych,
- największe problemy w zakresie samokontroli zachowania oraz umiejętności dyskursywnych,
- trudności z utrzymywaniem wątku rozmowy i powstrzymywaniem się od wypowiadania nieistotnych komentarzy,
- osłabiona zdolność wyboru ważnych dla wypowiedzi informacji,
- brak spójności tekstu,
- nadmierna gestykulacja,
- brak kontaktu wzrokowego,

- trudności w odbiorze elementu humorystycznego w przekazie językowym,
- mniejsze niż u rówieśników, zdolności rozumienia prozodii emocjonalnej,
- dosłowna interpretacja metafor rysunkowych.

Mechanizm trudności można wyjaśnić jako zaburzenia transferu międzypółkulowego, szczególnie podczas opracowywania złożonych informacji. Jak wynika z powyższego opisu, dziecko bardzo późno, bo dopiero w wieku 15 lat, trafiło na badania neuropsychologiczne z powodu swoich specyficznych trudności. Rodzice i nauczyciele od początku zauważali „nietypowość” jego zachowania, trudności społeczne, chaotyczność zachowania, problemy w samokontroli. Ale ze względu na dobre osiągnięcia w nauce, nawet wyższe niż przeciętne, nie poszukiwano źródeł specyficznych zachowań.

## **ROZSIANE ZMIANY NOWOTWOROWE**

Wśród nowotworowych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym wyróżnić można guzy germinalne, zarodkowe, których powolny rozwój przebiegać może bezobjawowo przez kilka lat. Nowotworowe zmiany zarodkowe mogą mieć charakter rozsiany, co oznacza wiele, początkowo niewielkich zmian rozproszonych po całym mózgowiu, zarówno w korze mózgowej, jak i strukturach podkorowych. Leczenie nowotworów mózgu, zwłaszcza małych, rozsianych zmian, wobec których nie ma możliwości wykonać zabiegów operacyjnych, najczęściej wymaga połączenia chemioterapii i radioterapii. Radioterapia jest skutecznym leczeniem przeciwnowotworowym, ale wykazuje poważne skutki uboczne w postaci uszkodzania zdrowych komórek mózgu. Jeśli radioterapią objęty jest cały mózg, efekty uboczne mogą mieć poważny wpływ na rozwój dziecka.

## Opis dziecka z rozszianymi zmianami nowotworowymi poddanego chemioterapii i radioterapii całego ośrodkowego układu nerwowego

- Dziewczynka aktualnie 12 letnia,
- Do 9 roku życia jej rozwój przebiegał prawidłowo, była dobrą uczennicą i miłą dziewczynką,
- Diagnoza nowotworowych zmian rozszianych w mózgu ujawniła je w wielu strukturach podkorowych: hipokampie, prążkowie, podwzgórzcu i przysadce oraz na powierzchni kory mózgu i w istocie białej.

Stan funkcjonowania poznawczego dziecka to efekt zmian chorobowych, radioterapii i chemioterapii. Ponieważ zarówno uszkodzenia wynikające z choroby nowotworowej, jak i skutki uboczne leczenia dotknęły wiele struktur mózgowia, dysfunkcje mózgowe dotknęły różne procesy psychiczne. Nasilone objawy obserwowano w zakresie pamięci i uwagi. Dziewczynka miała duże trudności w zapamiętywaniu zarówno wydarzeń, faktów, sytuacji (tzw. pamięć epizodyczna), jak też nowych informacji, nowej wiedzy (pamięć deklaratywna). Opanowanie nowego materiału wymagało od niej znacznie więcej czasu i większej liczby powtórzeń niż uprzednio, przed chorobą. Proces uczenia się nowego materiału był wydłużony, mniej efektywny i wymagał większych nakładów wysiłku. Drugim problemem były zaburzenia uwagi. Dziecko wykazywało tzw. wyłączenia uwagi czyli chwilowy brak świadomości tego, co dzieje się w danym momencie. Objawy te przypominały padaczkę typu „absence”, jednak wykluczono tego typu rozpoznanie. Wyłączenia trwały przez kilkanaście do kilkudziesięciu sekund, po czy świadomość powracała. Innym objawem dysfunkcji uwagowych była niska efektywność ogólnej zdolności do podtrzymywania uwagi, co oznaczało krótki czas pracy umysłowej. Dziewczynka wymagała wielu przerw w pracy i dłuższych chwil odpoczynku. Zdarzało się, że zasypiała podczas nauki czy terapii. Wszystkie omawiane

czynniki patogenne spowodowały też zwiększoną podatność na czynniki dystrakcyjne czyli łatwo rozpraszały ją bodźce wzrokowe (przedmioty leżące na biurku, widok za oknem), czy słuchowe (kroki osoby schodzącej po schodach, rozmowy w pokoju obok itd.). Innym skutkiem choroby i leczenia była adynamia. Oznacza to, że dziewczynka miała trudności z tempem odpowiadania na pytania czy reagowania w inny sposób na sytuację zadaniową. Czas latencji (odroczenia) reakcji był wydłużony do tego stopnia, że często konieczne było powtórzenie (czasem wielokrotne) polecenia.

Natomiast nienaruszone pozostały funkcje językowe, czytanie i pisanie. Wprawdzie tempo wypowiedzi werbalnych i pisemnych jest wolne, a wypowiedzi krótkie, ale nie wynika to z specyficznych zaburzeń językowych, a ze wspomnianej adynamii. Dziewczynka doskonale radziła sobie w zadaniach angażujących spostrzeganie wzrokowe. Procesy myślenia zostały tylko nieco osłabione.

Ze względu na opisany zakres i nasilenie dysfunkcji, bezpośrednio po leczeniu dziecko wymagało nauczania indywidualnego, po półtora roku powróciła do szkoły.

## **PADACZKA**

Padaczka nie jest odrębną jednostką chorobową. Jest traktowana jako zespół objawów zaburzających czynność ośrodkowego układu nerwowego w związku z powstaniem w nim zmian strukturalnych lub /i metabolicznych (Michałowicz, Józwiak, 2000).

Objawy te są spowodowane nadmiernymi wyładowaniami neuronów i nieprawidłowym rozprzestrzenianiem się pobudzenia w mózgu. Charakterystyczne są tu napady padaczkowe, którym towarzyszą objawy somatyczne, wegetatywne i psychiczne. Napady te powtarzają się z różną częstością i można je potwierdzić na podstawie zapisu elektroencefalograficznego (EEG).

Okolo 80% pacjentów z padaczką można skutecznie leczyć. U ponad 20% chorych - mimo leczenia farmakologicznego - nie udaje się w pełni opanować napadów. Wśród przyczyn braku efektu terapeutycznego wymienia się nieodpowiedni dobór leku (leków), ich nieregularne stosowanie i w zbyt małych dawkach, a zwłaszcza przedwczesne odstawienie przepisanych preparatów (nierzadko bez porozumienia się w tej sprawie z lekarzem).

Napady padaczkowe szczególnie często występują u dzieci: w 30% przypadków napady padaczki ujawniają się już przed 4. rokiem życia, w ok. 50% - przed ukończeniem 10. roku życia, a w ok. 70% - przed ukończeniem 15. roku życia. Po 25. roku życia pierwsze napady padaczkowe występują w ok. 15%, natomiast po 50. roku życia - w ok. 2%.

Padaczkę objawową mogą wywołać:

- uszkodzenia mózgu w okresie prenatalnym powstałe w wyniku działania wielu czynników patogennych jak np. zakażeń wewnątrzmacicznych, zatruc, przewlekłych chorób matki w okresie ciąży itp.,
- uszkodzenia mózgu w okresie okołoporodowym,
- uszkodzenia mózgu dziecka powstałe w okresie postnatalnym np. na skutek zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, urazów czaszkowo-mózgowych, guzów mózgu itp.;
- choroby uwarunkowane genetycznie, np. dysplazje (nieprawidłowa budowa części mózgowia) czy zaburzenia metaboliczne.

Są też formy padaczki, których źródeł nie można określić (Michałowicz, Jóźwiak, 2000).

Skutki zachorowania na epilepsję dla rozwoju dziecka nie są jednoznaczne. Dysfunkcje obserwowane u dzieci chorych na padaczkę są wynikiem interakcji

zmiany mózgowej, powodującej napady padaczkowe, zmian metabolicznych w komórkach mózgowych podczas napadu, przyjmowanych leków przeciwpadaczkowych oraz jakości oddziaływania środowiska społecznego dziecka. Dużą rolę odgrywają też różnice indywidualne i odporność osobnicza (tzw. rezyliencja). Opisywane poniżej zmiany patologiczne nie dotyczą wszystkich dzieci chorych na padaczkę.

Zmiany patologiczne polegają na pogłębianiu się istniejących przed chorobą zakłóceń w funkcjonowaniu oraz pojawianiu się nowych. Obserwuje się pogarszanie się rozwoju funkcji percepcyjnych i motorycznych, pogarszanie się ogólnej sprawności intelektualnej, funkcji pamięciowych, narastanie zaburzeń neurodynamicznych, a także zmian osobowościowych. Najczęstszymi skutkami ubocznymi padaczki są zmiany neurodynamiczne występujące ciągle lub czasowo u prawie 50% chorych dzieci. U 20% mogą wystąpić poważniejsze zmiany funkcji psychomotorycznych i trudności w rozwoju społecznym. 17% dzieci wykazuje niewielkie izolowane dysfunkcje w sferze percepcyjnej lub tempie funkcjonowania psychicznego. Około 15% dzieci z padaczką nie przejawia żadnych, oprócz napadów, trudności rozwojowych (Kościelska, 1976).

Zmiany neurodynamiczne mogą występować w postaci:

- a/ wzrostu lub obniżenia pobudliwości emocjonalnej,
- b/ wzmożenia lub spadku ogólnego poziomu aktywności,
- c/ przyspieszenia lub spowolnienia tempa reagowania,
- d/pogorszenia jakości samokontroli,
- e/ zmniejszenia odporności na znużenie.

Te objawy są skutkiem zaburzeń równowagi funkcjonowania całego mózgu. Podobnie można wyjaśnić zmiany w sferze emocjonalnej, a także dysfunkcje pamięciowe i uwagi.



### Opis dziecka z padaczką

Dziewczynka, aktualnie 15 letnia. W wieku 5 lat przeszła bakteryjne zapalenie mózgu. Półtora roku po zakończeniu leczenia, pojawiły się napady padaczkowe, początkowo częściowe, aktualnie uogólnione atoniczne (razem z utratą przytomności ma miejsce nagłe zwiotczenie mięśni oraz upadek ciała). Zatem do momentu zachorowania, dziecko rozwijało się prawidłowo. Bakteryjne zapalenie mózgu jest poważną infekcją mózgu obciążoną dużym ryzykiem powikłań. Jednym z nich, jak w opisywanym przypadku, może być padaczka.

Charakterystyczne cechy funkcjonowania dziewczynki to:

- Spowolnienie psychoruchowe (zaburzenie neurodynamiczne),
- Obojętność w stosunku do swoich trudności,
- Osłabione procesy uwagowe i pamięciowe,
- Brak motywacji,
- Zachowane procesy myślowe, intelektualne, dziecko adekwatnie do wieku czyta i pisze.

Zatem w omawianym przypadku widoczne są skutki ogólnomózgowe, będące reakcją mózgu na zaburzenia homeostazy.

## **DYSPLAZJA ROZWOJOWA W PRAWEJ PÓŁKULI MÓZGU**

### Opis dziecka z dysplazją rozwojową w prawej półkuli mózgu

Dysfunkcje chłopca są przykładem ogniskowych (zlokalizowanych) objawów wynikających z umiejscowienia zmian strukturalnych. Na skutek zadziałania nieznanymi czynnikami patogennymi w okresie prenatalnym, dziecko urodziło się z odmienną budową okolicy czołowej w prawej półkuli mózgu. Dysfunkcje dziecka są zbiorem objawów typowych dla uszkodzeń prawej półkuli mózgu (Herzyk, 2005).

Aktualnie najistotniejszymi cechami charakteryzującymi 13-letniego chłopca są:

- Przeciętny poziom procesów intelektualnych (IQ w badaniu WISC-R w przedziale inteligencji przeciętnej),
- Dobre funkcjonowanie językowe na poziomie języka dosłownego,
- Problemy z rozumieniem sarkazmu, ironii, humoru,
- W sytuacji konfliktowych przekazów: werbalny inny niż niewerbalny, dziecko za podstawę przyjmie werbalny,
- Interpretuje sytuację na podstawie detali, nie bierze pod uwagę kontekstu,
- Nie jest wrażliwy na niewielkie zmiany w zachowaniu emocjonalnym innych ludzi, nie potrafi dostosować swojego zachowania do innych,
- Wykazuje zakłócenia uwagi.

## **PODSUMOWANIE**

W szkołach masowych uczniami są nie tylko dzieci zdrowe, o adekwatnej do wymagań szkolnych, jakości i tempie rozwoju. Wśród dzieci z dysfunkcjami są też uczniowie z niepełnowartościowym układem nerwowym. Ich trudności mogą mieć bardzo zróżnicowany charakter i nasilenie.

Oprócz deficytów wpływających bezpośrednio na naukę, czyli dotyczących procesów spostrzegania, myślenia, języka występują:

- zmiany niespecyficzne: spowolnienie lub nadpobudliwość,
- zakłócenia uwagi,
- zakłócenia pamięci,
- nietypowe zaburzenia komunikacji.

## **Specyfika pracy z dzieckiem z dysfunkcjami wynikającymi z zaburzeń OUN:**

**Warunkiem wstępnym w pracy z dzieckiem jest zrozumienie**, dlaczego dziecko zachowuje się w nietypowy, często specyficzny dla siebie sposób, akceptacja dla odmienności jest niezbędna, aby dziecko mogło odczuwać dobrą atmosferę dla swojego rozwoju. Inne zasady pracy wynikają ze specyfiki dysfunkcji. Przykładowo:

- Dygresje, trudności w utrzymaniu wątku –wymagają kontroli zewnętrznej, stosowania testów pisemnych, form ustrukturalizowanych,
- Trudności w rozumieniu humoru, ironii, metafor, prozodii – w takich przypadkach nie należy stosować tych środków językowych wobec ucznia, trzeba posługiwać się językiem jednoznacznym, zwłaszcza przy wskazywaniu błędów,
- Trudności uwagowe – należy wychwytywać momenty np. wyłączania się, przywracać uwagę, nawet poprzez fizyczne dotknięcie,
- Adynamia/wolne tempo przetwarzania informacji - wówczas konieczne jest wydłużanie czasu, stosowanie powtarzania zadania, przypominanie, sprawdzanie czy zadanie wykonane itp.

## **LITERATURA**

1. Borkowska A.R., Domańska Ł. (red)(2006) Neuropsychologia kliniczna dziecka. Warszawa: Wyd. naukowe PWN.
2. Herzyk A. (2005). Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej. Warszawa: Wys. Naukowe Scholar.
3. Michałowicz R., Józwiak S. (red.)(2000). Neurologia dziecięca. Wrocław: Wydawnictwo medyczne Urban & Partner.
4. Kościelska M., Psychologiczne problemy padaczki u dzieci, PWN, Warszawa 1976.

5. Paul L. K., Van Lancker-Sidtis D., Schieffer B., Dietrich R., Brown W.S (2003). Communicative deficits in agenesis of the corpus callosum: Nonliteral language and affective prosody. *Brain and Language*, 85, 313 – 324.

*Dr hab. Katarzyna Markiewicz, prof. UMCS*

*Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Psychologii*

*UMCS w Lublinie*

## **Edukacja uczniów z autyzmem – zagrożenie czy zadanie dla nauczyciela?**

### **1. Zarys historii badań nad autyzmem**

W 1943 roku Leo Kanner (1894-1981), amerykański psychiatra po raz pierwszy opisał zespół symptomów zaobserwowanych u grupy chłopców będących jego pacjentami. Objawy były podobne i znacznie utrudniały społeczne, jak również poznawcze funkcjonowanie chłopców, jednocześnie odbiegały od tych, które powszechnie stosowano przy opisie upośledzenia intelektualnego. Na liście podstawowych kryteriów opisujących to zaburzenie znalazły się (Kanner, 1943, Kanner, Eisenberg, 1956):

1. głęboki brak kontaktu emocjonalnego z innymi ludźmi,
2. pełne niepokoju, obsesyjne pragnienie zachowania niezmienności,
3. fascynacja przedmiotami, którymi dziecko umiejętnie się posługuje dzięki precyzji ruchowej,
4. mutyzm lub rodzaj mowy, którego celem nie wydaje się być komunikacja z innymi,
5. zachowanie inteligentnej i myślącej fizjonomii oraz duży potencjał poznawczy, ujawniający się niezwykłą sprawnością pamięci.

Wśród nieprawidłowości charakteryzujących opisywane zaburzenie wyodrębnione zostały dodatkowo:

- upośledzenie niewerbalnych aspektów komunikacji i reaktywności społecznej,
- częste stereotypie ruchowe,

- upodobanie do nietypowych form aktywności fizycznej, jak chodzenie po dachu, wspinanie się na meble,
- osobliwe reakcje na niektóre bodźce sensoryczne, jak fascynacja światłem czy niechęć do niektórych dźwięków,
- problemy z jedzeniem,
- częste napady złości i agresji.

Dla opisanie powyższego zespołu zaburzeń, Kanner zapożyczył termin zastosowany po raz pierwszy około 1911 r. przez Eugene Bleulera, szwajcarskiego psychiatrę, który w ten sposób nazywał niektóre z objawów zaobserwowanych u pacjentów ze schizofrenią. Autyzm. Zaczepnięte z greki terminy „autos” + „ismos” oznaczają odpowiednio „ja” i „działanie” lub „stan”. W kontekście zaobserwowanych przez Kannera objawów termin autyzm zaczepnięty został dla opisanie dziwnego zachowania pacjentów, nie uwzględniającego kontekstu społecznego, skierowanego do wewnątrz. Jest to stan wyizolowania, zamknięcia, braku kontaktów z otoczeniem. Zaproponowany przez Kannera opis stał się na wiele lat podstawą kryteriów diagnozowania autyzmu.

W roku 1944 mało znany austriacki pediatra Hans Asperger opublikował pracę *Die „Autistischen Psychopathen” im Kindesalter*, w której opisywał zespół objawów po części korespondujący z przedstawionymi przez Kannera. Dokument zawierał jednak również informacje, których we wcześniejszych propozycjach opisu autyzmu nie uwzględniano. Podobnie, jak w pracach Kannera, Asperger podkreślał brak podstawowych umiejętności społecznych, znaczne trudności w nawiązywaniu relacji z innymi, brak empatii, niezdolność do tworzenia bliskich więzi emocjonalnych, zamknięcie we własnym świecie. Badacz zwracał również uwagę na zaburzenia motoryczne, występujące u tych pacjentów. Jednak tym, co różniło pacjentów opisywanych przez Aspergera od dotychczasowych opisów autyzmu, była zachowana, choć zniekształcona zdolność komunikowania się z otoczeniem i występujące w wielu przypadkach

„nadzwyczajne umiejętności” w bardzo wąskich zakresach. Asperger zauważył ponadto, iż zespół opisanych objawów znacznie częściej występuje u chłopców niż u dziewcząt. Uważał również, że opisane przez niego zaburzenie pojawia się głównie we wczesnym dzieciństwie, na ogół po 3 r.ż. Autor ten opisał osiem głównych obszarów, charakterystycznych dla pacjentów, pozostających pod jego opieką. Były to:

1. **Komunikacja:** opóźniony rozwój mowy. Gramatyka zostaje opanowana prędzej czy później, jednak osoba taka może mieć trudności w poprawnym używaniu zaimków, różnicowaniem form osobowych („ja” – „ty” - „on”). Treść wypowiedzi nie zawsze jest adekwatna do sytuacji. Pacjenci skupiają się na pedantyczności wypowiedzi a nie na treści przekazu. Mówią głównie na temat, który ich interesuje. Mają skłonność do stereotypowego powtarzania pojedynczych słów lub frazy. Mogą zrozumieć prosty humor słowny, ale mają problemy z rozumieniem bardziej złożonych wypowiedzi, zwłaszcza o metaforycznym charakterze, ironii czy subtelnym, słownym żartów.

2. **Zdezorganizowana komunikacja niewerbalna.** Pacjenci mogą rozpoznawać jedynie te reakcje mimiczne, które związane są z silnymi, wyraźnymi emocjami, jak na przykład gniew. Nie potrafią natomiast odczytywać subtelnym komunikatów wyrażanych za pomocą mimiki. Intonacja w ich wypowiedziach jest monotonna lub przesadna. Często pojawia się „buczenie”. Gestykulacja jest ograniczona i na ogół niezynchronizowana z treścią wypowiedzi. Również umiejętność rozpoznawania gestów towarzyszących danej wypowiedzi jest znacznie ograniczona.

3. Zdaniem Aspergera, najbardziej wyrazistą cechą autyzmu jest **brak umiejętności tworzenia sprzężenia zwrotnego w interakcjach społecznych.** Problem ten nie wynika z chęci wycofania się z kontaktu z innymi, ale z braku zdolności rozumienia i stosowania zasad regulujących zachowania społeczne. Tym bardziej, że zasady te są jasno określone, mają bardzo subtelny, często sytuacyjny, a więc zmienny charakter. Asperger podkreślał, że umiejętności te

są zróżnicowane także w populacji ludzi zdrowych, jednak w przypadku omawianych pacjentów znajdują się na bardzo niskim poziomie. Zachowania społeczne określone zostały jako „osobliwe”, „naiwne”, pozbawione „społecznej intuicji”, umożliwiającą dostosowywanie własnych zachowań, reakcji do potrzeb czy oczekiwań innych. Osoby z autyzmem są przy tym bardzo wrażliwe na krytykę i uwagi, co sprawia, że ich reakcje mogą być mylnie odbierane jako aspołeczne.

**4. Relacje z płcią przeciwną**, Asperger opisał w zasadzie jako podpunkt opisu relacji społecznych w ogóle. Zwrócił uwagę na nieudolność w nawiązywaniu przyjaźni, bliskiej intymnej relacji z osobą płci przeciwnej. Badacz opisał to w następujący sposób: „(...) chce być normalny w tym zakresie, ale nie ma pojęcia, w jaki sposób przyciągnąć uwagę partnera, jak wykorzystać np. zainteresowania do nawiązania więzi w sposób społecznie akceptowalny. Zdarza się, że osoba z autyzmem próbuje zwracać się do innych ludzi, lub poszukuje w książkach wyjaśnień dotyczących zasad intymnej rozmowy. Często jednak, zwłaszcza przy silnym popędzie seksualnym może podejść, dotykać i całować obcą osobę, co w konsekwencji czyni całą sytuację żenującą, trudną i przede wszystkim bardzo niekorzystną dla osoby autystycznej, która naraża się na ośmieszenie, co prowadzi do wycofania i samotności”.

**5. Brak tolerancji na zmiany w otoczeniu i skłonność do zachowań stereotypowych.** Osoby z autyzmem wykazują szczególne przywiązanie do pewnych rzeczy w otoczeniu i ich rozmieszczenia w przestrzeni, w związku z czym nie tolerują jakichkolwiek zmian w tym zakresie. Potrafią też przez długi czas skupiać uwagę na powtarzaniu pewnych czynności, np. wielokrotnie wprawiając w ruch jakiś przedmiot i obserwując go do momentu zatrzymania, po czym powtarzają tę samą czynność.

**6. Asperger zwrócił także uwagę na niezgrabność i złą koordynację ruchów osób z autyzmem.** W konsekwencji prowadzi to do trudności w wykonywaniu zadań wymagających precyzji ruchów, jak pisanie czy gry ruchowe.



Jednocześnie osoby takie z niezwykłą wręcz precyzją wykonują ruchy stereotypowe, niefunkcjonalne i nie powiązane z daną sytuacją.

7. Badani pacjenci wykazywali się **ponadprzeciętnymi umiejętnościami w zakresie wąskiego i często mało przydatnego w codziennym życiu obszaru wiedzy**, na przykład. z zakresu astronomii, geologii, konstrukcji lub historii rozwoju maszyny parowej, pełnej genealogii rodu królewskiego, znajomości tras i rozkładów jazd autobusów miejskich, itp. Badacz zwrócił również uwagę na to, że osoby takie „pochłaniają” każdy fakt, dotyczący pasjonującej ich dziedziny. Potrafią też na ten temat mówić nieskończenie długo, zupełnie przy tym ignorując zarówno stan uwagi, jak też zainteresowanie (lub raczej jego brak) u słuchacza czy osób, w obecności których się znalazły. Jednocześnie przejawiają istotne problemy w nabywaniu innych, bardziej praktycznych umiejętności, związanych z edukacją i wymogami codziennego życia.

Doświadczenia szkolne osób autystycznych pozostają w ścisłym związku z opisanymi wcześniej dysfunkcjami. Z powodu dziwacznych zainteresowań przy jednoczesnym braku podstawowych umiejętności bywają marginalizowani, postrzegani jako ekscentrycy, którzy nie chcą dostosować się do obowiązujących wymogów społecznych. Bywa też, że osoby takie są prześladowane, narażone na agresję ze strony rówieśników. Nie spotykają też zrozumienia u nauczycieli. Osoby, które mają wyższy poziom kompetencji społecznych i więcej szczęścia w ich ocenie przez grupę, do której trafiają w systemie edukacyjnym, mogą spotkać się z podziwem lub nawet szacunkiem ze strony jej członków. Ogólnie jednak, postrzegane są jako żałosne, infantylne i trudne.

Prace Aspergera, być może dlatego, że były publikowane głównie po niemiecku, a po części również z powodu powojennej sytuacji i związanego z tym braku zaufania do faszystowskiej Austrii, nie były szerzej znane. Ponadto w czasie wojennej zawieruchy znaczna część dorobku badacza uległa zniszczeniu. Sam autor dopiero pośmiertnie zyskał popularność, a w uznaniu dla

jego zasług zaczęto różnicować autyzm wyodrębniając w kategoriach diagnostycznych oprócz klasycznego, kannerowskiego autyzmu zespół Aspergera. Po raz pierwszy taka właśnie nazwa wprowadzona została w 1981r. w publikacji Lorny Wing, brytyjskiej psycholog i matki autystycznego dziecka (córkę).

Na podstawie publikacji Aspergera i prac nawiązujących do jego dorobku (m.in. Van Krevelen, 1971; Isaev, Kagan, 1974; Mnukhin, Isaev, 1975; Chick i wsp., 1979; Wolff, Barlow, 1979; Wolff, Chick, 1980), a także własnych badań oraz bardzo prywatnych doświadczeń Wing zdefiniowała na nowo ten syndrom, prezentując jednocześnie zasady diagnostyki różnicowej. Przede wszystkim zastąpiła stosowaną przez Aspergera nazwę „psychopatia autystyczna” kojarzącą się powszechnie z zachowaniami socjopatycznymi, wprowadzając termin „zespół Aspergera”. W ten sposób jednocześnie uhonorowała autora i podkreśliła znaczenie jego dorobku naukowego.

Pracę, która przyniosła jej popularność i uznanie, oparła autorka na badaniach 34 osób w wieku 5-35 lat. Wśród zbadanych przez nią pacjentów 19 miało historię obrazu klinicznego w mniej lub bardziej typowej postaci autyzmu (tzw. autyzm Kannerowski), 15 wykazało wiele objawów tego zaburzenia, chociaż - jak zaznacza Wing - nie wszystkie miały charakterystyczne objawy ujawniające się we wczesnej historii życia. Sześć osób zostało zakwalifikowanych na podstawie badań epidemiologicznych i stwierdzonych psychoz okresu wczesnego dzieciństwa (Wing, Gould, 1979). Kolejnych 11 pacjentów zostało wybranych na podstawie opinii i próśb rodziców, a także lekarza rodzinnego, lekarzy psychiatrów oraz dyrektorów instytucji opiekuńczych.

Prowadząc badania własne, Wing zwróciła uwagę na pewne rozbieżności, w stosunku do opisów zaproponowanych przez Aspergera. Przede wszystkim podkreśliła możliwość bardzo wczesnego diagnozowania autyzmu, bo już w pierwszym roku życia. Zdaniem tej badaczki, za niepokojące powinny być

uznane brak typowego zainteresowania i przejawów odczuwanej przyjemności płynącej z kontaktów z rodzicami we wczesnym etapie rozwoju. Dziecko z wczesną postacią autyzmu może nie zwracać także uwagi na dziejące się wokół niego sytuacje i wydarzenia społeczne. Nie wykazuje również inicjatywy w skupianiu na sobie uwagi dorosłych, na przykład gdy zaczyna chodzić, nie przynosi rodzicom zabawki. Wyraźny jest też brak inicjowania kontaktów z wykorzystaniem komunikacji. Zamiast tego pojawia się krzyk, bełkotliwe odgłosy, śmiech czy inne reakcje, które nie tylko są nieadekwatne do sytuacji, ale też typowe dla zachowań właściwych wczesnemu stadium rozwoju. W przypadku dzieci starszych, powyżej trzeciego roku życia, jeśli zdolność mówienia została opanowana, to ich wypowiedzi nie mają charakteru interakcyjnego. Charakterystyczne jest powtarzanie jednego - dwóch tematów, bez względu na zainteresowanie odbiorcy.

Wing, odwołując się do badań Van Krevelen (1971), stwierdziła ponadto, że rozwój motoryki dużej u dzieci autystycznych przebiega na ogół prawidłowo, lub szybciej niż przeciętnie. Dzieci te szybko opanowują umiejętność samodzielnego przemieszczania się. Natomiast z opóźnieniem na ogół przebiega rozwój motoryki małej oraz mowy, która w ogóle może się ostatecznie nie wykształcić. Może się też zdarzyć, że dziecko odtwarza zarejestrowane w pamięci formuły wypowiedzi, powtarza zasłyszane gdzieś zdania, nieadekwatnie do okoliczności i bez wartości komunikacyjnej.

Opisaną przez Aspergera, jako specyficzne zainteresowania, formę aktywności osób autystycznych, Wing (1981) ocenia jako konsekwencję ograniczeń procesów myślowych do wąskiego, pedantycznie przestrzeganego porządku (rytuału) działań. Autorka nie w pełni zgadza się też z tezą, jakoby poziom sprawności intelektualnej tych osób miał być – jak twierdził Asperger - co najmniej przeciętny lub wysoki. Zwłaszcza, że w swoich pracach nie odwoływał się on do konkretnych wyników badań z wykorzystaniem standardowych testów inteligencji. Zdaniem Wing, jeśli dochodzi do

ukształtowania wybiórczej sprawności na bardzo wysokim nawet poziomie, to jest to raczej efekt niezwyklego pamięciowego odtwarzania, a nie działania ze zrozumieniem, opartego na adaptacji sytuacyjnej.

Asperger zwracał również uwagę na względną stabilność obrazu klinicznego swoich pacjentów niezależnie od procesu dojrzewania. Tymczasem Wing zauważyła, iż obraz zaburzeń autystycznych może ulegać zmianie i dzieje się to na skutek mogących ujawniać się w rozwoju innych dysfunkcji. Szczególnie uwrażliwiała zaś na niepokój i stany depresyjne, mogące się pojawić w późnym okresie dojrzewania lub na początku dorosłości. Stany te, zdaniem autorki, wydają się być związane z bolesną i narastającą z wiekiem świadomością własnej niepełnosprawności i odmienności od innych ludzi. Powoduje to wycofanie się i samoizolację, a w niektórych przypadkach prowadzi wręcz do podejmowania prób samobójczych, co wśród własnych dorosłych pacjentów Wing odnotowała dwukrotnie. Jednak nawet w przypadku braku rozpoznawalnych dodatkowych zaburzeń psychicznych, dojrzewanie osób autystycznych Wing ocenia jako czas niezwykle trudny, mogący potęgować zachowania społecznie nieakceptowane. Badaczka stwierdza, iż osobliwe stany, zachowania, reakcje czy dodatkowe dysfunkcje, które mogą pozostać niezauważone u dziecka, nieoczekiwanie ujawniają się u dorosłej osoby z autyzmem (por. także Wolff, S. Chick, J. 1980).

Stopień osiągniętego ostatecznie dostosowania wydaje się być związany z poziomem i różnorodnością umiejętności danej osoby, a także uwarunkowany jej cechami temperamentu. Przy wysokim poziomie funkcjonowania możliwe jest, by osoba z autyzmem szczególnie zaś zespołem, któremu Wing nadała nazwę zespołu Aspergera, mogła się usamodzielnic, stać się niezależną i realizować się w pracy zawodowej. Ostatecznie, w konkluzji swoich badań, Wing (1981) podkreśla, że obraz funkcjonowania osób autystycznych jest istotnie zróżnicowany. Swoje wnioski opiera również o wyniki badań Van Krevelena (1971) oraz Wolffa i Barlowa (1979). Dlatego też dla opisu

funkcjonowania osób z autyzmem Wing proponuje wprowadzenie pojęcia „continuum”. Zdaniem Wing objawy opisane przez Aspergera występują zaledwie u ok. 20% populacji osób, u których objawy wskazują na autyzm (także Bosch, 1962).

Porównując opisy Kanner'a i Aspergera, uwzględniając własne badania oraz analizując wiele opisów (De Sanctis, 1908; Earl, C.J.C. 1934, Hulse, 1954, Mahler, 1952) dostępnych w literaturze, Wing (1981) zwróciła uwagę na różnice w funkcjonowaniu osób dotkniętych autystycznym zaburzeniem. Zdaniem autorki odnoszą się one do:

1. **Jakości relacji społecznych:** osoby z autyzmem, zwłaszcza w okresie dzieciństwa wykazują obojętność na innych, natomiast te z zespołem Aspergera są raczej pasywne lub sprawiają wrażenie egocentrycznych,
2. **Poziomu sprawności komunikacyjnych:** dzieci autystyczne nie mówią lub też rozwój mowy jest u nich znacznie opóźniony. W zespole Aspergera natomiast charakterystyczne jest relatywnie bogate słownictwo, w zasadzie poprawne stosowanie form gramatycznych, chociaż bardzo częste jest mylenie zaimków osobowych. Występują jednak istotne problemy z rozumieniem wypowiedzi innych osób, a ponadto ich własne wypowiedzi są z reguły nieadekwatne do kontekstu społecznego i sytuacyjnego.
3. **Komunikacja niewerbalna** jest zarówno w autyzmie, jak i w zespole Aspergera poważnie osłabiona. Gestykulacja w przypadku dzieci autystycznych może w ogóle nie występować, zaś w zespole Aspergera jest na ogół niedostosowana do treści wypowiedzi. W obu przypadkach niewłaściwa jest intonacja.
4. **W aktywności poznawczej** dzieci autystycznych dominują działania stereotypowe, powtarzające się procedury z udziałem stale tych samych osób lub przedmiotów. Natomiast dzieci z zespołem Aspergera mają

wybiórcze zainteresowania, które niejako obsesyjnie poszerzają, chłonąc wszystkie informacje z danego obszaru wiedzy.

5. **Reakcje na bodźce sensoryczne** w autyzmie charakteryzuje obojętność, strach lub fascynacja. Ornitz i Ritvo (1968) opisują to w kategorii niestałości percepcyjnej, zaś Lovaas i wsp. (1971) mówi o nadselaktywności uwagi. Zarówno wymienieni badacze, jak i Wing przypisują to znacznemu nasileniu niepełnosprawności oraz obniżonemu poziomowi sprawności intelektualnej. Dysfunkcje te nie są typowe dla zespołu Aspergera.

Wing wskazywała również, iż tylko część badanych przez nią osób przejawiała cechy typowe dla autyzmu Kannerowskiego czy zespołu Aspergera. U większości zaś zaobserwowała występowanie więcej cech od tradycyjnie wyróżnianych w obrębie jednego z omawianych zespołów. Ze względu na potrzeby precyzyjnego diagnozowania przy tak znacznym zróżnicowaniu funkcjonowania oraz różnych czynnikach zarówno genetycznych i przed-, około- i poporodowych, mogących prowadzić do ujawnienia autyzmu, Wing i Gould (1979) zaproponowały wprowadzenie pojęcia „triady symptomów” („triad of symptoms”), obejmującej: 1/ kompetencje językowe i komunikacyjne, 2/ zaburzenia społecznego funkcjonowania, 3/ sztywność w zachowaniu, zainteresowaniach i wzorcach aktywności.

Wspólną charakterystyką osób z triady autystycznej jest to, iż potrzebując tego samego rodzaju uporządkowanego, zorganizowanego podejścia edukacyjnego, osiągają różne poziomy funkcjonowania: od minimalnych umiejętności samoobsługowych aż po możliwość ukończenia studiów a nawet realizacji kariery naukowej.

Chociaż praca Wing (1981) stanowiła nowatorskie ujęcie problematyki autyzmu, znacznie zmodyfikowane w stosunku do dotychczas przyjmowanych stanowisk, autorka wprowadzając pojęcie kontinuum nie zrezygnowała z wyodrębnienia zespołu Aspergera. Uważała bowiem, iż z diagnostycznego

punktu widzenia wyodrębnienie to jest pomocne w diagnozowaniu niekiedy zbyt subtelnych różnic w odniesieniu do osób w dolnej granicy normy, szczególnie w zakresie możliwości społecznego funkcjonowania.

## **2. Współczesne podejście do problematyki autyzmu - diagnoza**

Badania stanowiące kontynuację prac Wing (1981) potwierdzały, że zaburzenia, jakim jest autyzm, nie da się zdefiniować w prosty sposób. Wynika to zarówno ze zróżnicowanego obrazu i jego niejednolitego charakteru, jak również ze względu na brak pewności, co do obserwowanych przyczyn.

Podstawą współczesnej diagnostyki są kolejne, rewidowane wersje podręczników ICD oraz DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Zgodnie z założeniami przyjętymi w podręczniku ICD-10, zaburzenia autystyczne klasyfikowane są jako całościowe zaburzenia rozwoju (pervasive developmental disorders – PDD – kod F84 wg ICD-10). Jest to kategoria diagnostyczna obejmująca zaburzenia mające swój początek we wczesnym dzieciństwie (0-3r.ż), charakteryzujące się symptomami wskazanymi przez Wing i Gould (1979) w „triadzie”, czyli trudnościami w komunikacji i kontaktach społecznych, często także nietypowym zachowaniem i słabością fizyczną. Do kategorii PDD należą:

- autyzm dziecięcy (F84.0),
- autyzm atypowy (F84.1),
- zespół Retta (F84.2),
- inne dziecięce zaburzenia dezintegracyjne (F84.3; obejmuje zespół Hellera),
- zaburzenia hiperkinetyczne z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi (F84.4),
- zespół Aspergera (F.84.5),
- inne całościowe zaburzenia rozwojowe (F84.8),
- całościowe zaburzenia rozwojowe, nie określone (F84.9).

Całościowe zaburzenia rozwojowe (Pervasive developmental disorder not otherwise specified - PDD-NOS, F84.8- F84.9) rozpoznaje się w przypadku, gdy badany nie spełnia wszystkich kryteriów, dla którejś ze wskazanych wyżej kategorii, ale wykazuje objawy typowe dla triady.

Wprowadzenie kolejnej, piątej edycji DSM przewidywane jest na maj 2013r. Nowa propozycja zakłada aktualizację diagnozy zaburzeń autystycznych. Zamiast odrębnego kategoryzowania różnych typów autyzmu (patrz powyżej) oficjalnie wprowadzone zostanie pojęcie spektrum zaburzeń autystycznych (autism spectrum disorder – ASD). Ze względu na podobne rodzaje objawów, kryterium triady zaburzeń autystycznych pozostaje aktualne. Zmieniona jednak będzie ich specyfikacja. Deficyty społeczne i komunikacyjne włączone zostaną do wspólnej domeny. Tak więc diagnoza osoby z ASD zostanie przedstawiona na skali społecznych objawów komunikacyjnych oraz ograniczenia zachowań i zainteresowań, a także związanych z nimi funkcji. Ponieważ stopień nasilenia symptomów może być u różnych osób istotnie zróżnicowany, a także może zmieniać się u tej samej osoby wraz z wiekiem lub w efekcie prowadzonej terapii, zgodnie z nowymi kryteriami diagnostycznymi znaczenia nabiera zróżnicowanie specyfikatorów spektrum autystycznego jako ciężkich, umiarkowanych lub łagodnych.

Należy zaznaczyć, iż mimo stale weryfikowanych kryteriów diagnostycznych i doskonalonych metod diagnozowanie autyzmu ciągle następuje trudności. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy upatrywać w opisanej wyżej wielowymiarowości zaburzenia, a także zróżnicowanym poziomie rozwoju i funkcjonowania zwłaszcza w okresie wczesnego dzieciństwa (Merin, Young, Ozonoff, Rogers, 2007; Young, Merin, Rogers, Ozonoff, 2009). Zróżnicowana jest również dynamika zmian rozwojowych w poszczególnych sferach. Różne bywają też postawy rodziców (Pianta i wsp., 1996; Hastings, 2002; Pisula, 2010) i nauczycieli, co również może istotnie modyfikować dynamikę zmian w sposobie funkcjonowania osób z ASD. Jak zaznaczono



wyżej, narzędzia diagnostyczne podlegają stale weryfikacji i są udoskonalane. Nie wszystkie ośrodki diagnostyczne dysponują jednak najnowocześniejszymi metodami. Diagnostyka autyzmu w ciągu ostatnich dziesięciu lat rozwija się szczególnie dynamicznie w Stanach Zjednoczonych, gdzie powstają placówki, specjalizujące się wyłącznie w problematyce autyzmu. Również środki finansowe przeznaczone na prowadzenie badań przesiewowych u noworodków i małych dzieci są nieporównywalnie wysokie w stosunku do tych, jakimi dysponują placówki europejskie. Nie należy zapominać, że właściwy dobór narzędzi diagnostycznych ma kluczowe znaczenie dla diagnozy i interpretacji wyników małych dzieci (Mullen, 1995). Zmiany rozwojowe zarejestrowane przez dobrze przygotowanego diagnostę umożliwiają trafne rozpoznanie autyzmu przed 2r.ż. (Moore, Goodson, 2003).

Często problemy diagnostyczne wynikają także z podobieństwa obrazu autyzmu do innych niepełnosprawności zwłaszcza w początkowym okresie rozwoju. U małych dzieci autyzm bywa ciągle mylnie diagnozowany jako niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia zachowania lub zaburzenia rozwoju mowy i języka. Ze względu na doskonale rozwiniętą już diagnostykę niedosłuchu stosunkowo najłatwiejsze do wyeliminowania we wczesnej diagnostyce jest podejrzenie niedosłuchu (Lord i wsp., 2012).

### **3. Terapia i edukacja**

Jak dotychczas nie są znane sposoby leczenia autyzmu na tyle skuteczne, że mogłyby prowadzić do całkowitego wyleczenia. Sukces i efekt prowadzonej terapii zależy od wielu czynników z osobna, a także od ich interakcji. Jednym z ważnych determinantów sukcesu terapeutycznego jest **postawa i konsekwentne zachowanie rodziców**. Zdarza się, że brak wyraźnych postępow prowadzi do zniechęcenia i zmiany formy terapii, terapeuty czy ośrodka, w którym terapia była dotychczas prowadzona. „Migracje terapeutyczne” są prawem rodziców, pragnących uczynić dla własnego dziecka

wszystko, by jakość życia całej rodziny uległa poprawie. Jednak za częstymi zmianami rodzaju terapii na ogół idzie brak systematycznej pracy z dzieckiem, a to z kolei nie sprzyja efektom. Trzeba również podkreślić, iż na widoczne efekty w przypadku ASD trzeba czekać bardzo długo. Zdarza się też, iż po okresie progresu, postępu rozwojowego i terapeutycznego następuje regres, czyli pogorszenie funkcjonowania. Takie wahania prowadzą niejednokrotnie do wypalania się rodziców, którym brakuje sił, by udźwignąć ciężar autyzmu i konieczności sprawowania nieustannej opieki nad dzieckiem. To z kolei powoduje, iż rodzice mogą niechętnie uczestniczyć w terapii, prowadzonej wspólnie z dzieckiem. Dlatego też ważne jest w odniesieniu do osób autystycznych i ich rodzin różnicowanie form terapii: od indywidualnych, dedykowanych samemu dziecku, przez formy integracyjne w grupie rówieśniczej, po prowadzone wspólnie dla dziecka i rodziców. Systematyczność pracy, a także stopień dopasowania terapii do możliwości danej osoby, należy uznać za ważny warunek sukcesu terapeutycznego.

Na potrzebę regularności pracy zarówno z dziećmi, jak i dorosłymi osobami z ASD zwróciła uwagę już Wing (1981). Autorka pisze, iż powtarzanie z dzieckiem ćwiczeń i wręcz rutynowe porządkowanie dnia powoduje, iż z upływem czasu, przy dużej cierpliwości można stopniowo uzyskać znaczącą modyfikację zachowań, tak że nabierają one charakteru „społecznie użytecznego” i akceptowalnego. Wing zaznacza, iż wszelkie techniki terapeutyczne stają się skuteczne, jeśli są stosowane z wyczuciem i miłością. Zwraca też uwagę na podkreślaną przez Aspergera (1979) konieczność zachowania przez terapeutów i rodziców odpowiedniej postawy wobec osoby autystycznej, polegającej na „uznaniu i docenieniu prawa do wolności”. Podobne stanowisko odnaleźć można w pracach Bernarda Rimlanda (1978, 1978b, 1988). Jako psycholog, ale również ojciec autystycznego syna Marka, podkreślał, iż dzięki systematycznej i przemyślanej pracy z dzieckiem autystycznym można przekształcić pewne jego zachowania, które początkowo

mogą mieć charakter reakcji kompulsywnych, natręctw czy powtarzanych bezładnie czynności w talenty. Dla określenia wybitnych zdolności, które mogą pojawić się u osoby z ASD wprowadził termin „autistic savant”, zapożyczony zresztą z wcześniejszych prac Downa (1887), określających osoby ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną, obdarzonych wyspowymi talentami – „savant idiot”.

Wśród osób diagnozowanych jako autystyczne, obdarzonych wypracowanymi wyspowymi talentami wymienić można wielu. Uznanie i międzynarodową sławę zyskał Richard Wawro (1952-2006), Szkot o polskich korzeniach. Mimo, że nigdy nie nauczył się czytać ani pisać, a mówić zaczął dopiero w wieku 11 lat, już jako trzyletnie dziecko tworzył pierwsze dzieła malarskie. Jego pasji nie ograniczało kalectwo polegające na częściowej utracie wzroku, która nastąpiła jako skutek nieprawidłowo przeprowadzonej operacji katarakty. W wieku 17 lat miał pierwszą wystawę, a jego obrazy wystawiane były w sumie około 100 razy. Sprzedanych zostało ponad 1000 dzieł, przy czym swoimi pracami obdarował on między innymi Jana Pawła II oraz Margaret Thatcher. Galerię jego obrazów można obejrzeć w Internecie ([www.wawro.net/gallery\\_home.html](http://www.wawro.net/gallery_home.html)).

Z kolei Derek Paravicini (ur. 1979 r.), nazywany „człowiekiem I-Podem” ujawnił pasję muzyczną. Ma on absolutny słuch muzyczny. Po jednokrotnym odsłuchaniu potrafi odtworzyć z doskonałą precyzją najtrudniejsze utwory muzyczne. Pierwszy jego występ publiczny z Royal Philharmonic Pops Orchestra w Barbican Hall w Londynie, miał miejsce, gdy młody autystyczny artysta miał 9 lat (<http://www.sonustech.com/paravicini/about.html>). Derek przejawia również osobiste preferencje, gdyż najbardziej lubi jazz, pop i lekką muzykę klasyczną. Mając świetną pamięć potrafi odtworzyć utwory według różnych kluczy a nawet w różnych stylach, np. gra utwory Bacha w jazzowym stylu!

Z kolei zmarły w 2009 r. Kim Peck, którego postać stanowiła prototyp dla autystycznego bohatera w filmie Rain Man, znał na pamięć około 12 tys. książek, ponieważ nie czytał ich, lecz „skanował” po dwie strony jednocześnie, koncentrując na nich przez krótką chwilę wzrok. Problemem było to, że nie mógł ich z pamięci „wykasować”. Potrafił wymienić nazwy wszystkich miast, autostrad przechodzących przez każde amerykańskie miasto, miasteczko i okręg. Znał wszystkie numery kierunkowe, kody pocztowe oraz przypisane do nich sieci telekomunikacyjne i telewizyjne. Ponadto pamiętał historię każdego kraju, każdego władcy, jego daty panowania, małżonka i historię. Rozpoznawał ze słuchu większość utworów muzycznych, podając jednocześnie datę i miejsce ich powstania oraz datę urodzenia i śmierci kompozytora. Na podstawie podanej daty urodzenia, w ciągu kilku sekund potrafił obliczyć dzień tygodnia, w którym dana osoba skończy na przykład 65 lat.

Należy jednak podkreślić, że umiejętności te, jakkolwiek rzeczywiście fascynujące, niczemu nie służyły. Ten mężczyzna pozostawał całe swoje życie pod opieką rodziców. Nie był w stanie samodzielnie funkcjonować, robić zakupów, czy wykonywać codziennych życiowych czynności, umożliwiających sprawne funkcjonowanie.

Analizy wybitnych uzdolnień osób z diagnozą ASD wskazują, że do najczęściej występujących należą:

- uzdolnienia matematyczne, polegające na umiejętności obliczania w pamięci multicyfrowych liczb, co może kontrastować niekiedy z niezdolnością do wykonywania prostych działań arytmetycznych (Sacks, 1986),
- odtwarzanie map skomplikowanych tras, aglomeracji miejskich, granic państw, itp.,
- zainteresowania mechaniczne, polegające na doskonałej orientacji w opisywaniu budowy skomplikowanych urządzeń, silników,

- znajomość wielu języków obcych (poliglotyzm), bez umiejętności porozumiewania się (Smith, Tsimpli, 1995; Hermelin, 2001).
- kalendarz, co polega na błyskawicznym ustalaniu dat, orientacji w czasie (Sacks, 1986),

Dostępne dane biograficzne potwierdzają, iż tak zwane utalentowane osoby z ASD miały szczęście trafić na nauczyciela, który nie zignorował ich dziwacznych preferencji, lecz wręcz przeciwnie, zaczął traktować je „na specjalnych warunkach”, poświęcając swojemu uczniowi i jego nietypowym umiejętnościom czas, uwagę i odpowiednio je profilując. Czasem byli to rodzice, potrafiący widzieć – oprócz sprawianych przez dziecko kłopotów – jego umiejętności i zalety (Lord i wsp., 2012). Talent dorosłych osób ze spektrum autyzmu jest owocem ich intensywnej nauki, którą akceptują, bo stanowi ona ich strefę najbliższego rozwoju, potencjał, który przy minimalnym niemal wysiłku może podlegać optymalizacji i rozwijać się.

Obecnie jednym z najbardziej znanych jest kompleksowy program terapii i edukacji dzieci z autyzmem oraz dzieci z zaburzeniami w komunikacji **TEACCH** (ang. *Treatment and education of autistic and related communication handicapped children*). Realizowany w założonym w 1972 r. przez Erica Schoplera ośrodku w Północnej Karolinie, stanowi wzór dla wielu ośrodków i programów na całym świecie. Zasadniczym celem działań terapeutyczno-edukacyjnych prowadzonych w ramach programu TEACCH jest rozwijanie umiejętności ze szczególnym uwzględnieniem stref najbliższego rozwoju osób z autyzmem, kształtowanie poczucia bezpieczeństwa i samowystarczalności oraz ukierunkowanie na samodzielność. Koncepcja programu oparta jest na teorii Wygotskiego (1978), odnoszącej się do wspomnianej wyżej strefy najbliższego rozwoju. Istotne znaczenie ma to, że strefa najbliższego rozwoju wskazuje potencjał dziecka. Tam, gdzie ten potencjał jest wysoki, istnieje możliwość osiągnięcia przez dziecko dość szybkich efektów przemiany

rozwojowej. Jednocześnie wiąże się to z minimalizowaniem wysiłku wkładanego przez osobę poddawaną terapii. Nie należy jednak mylić tego z pasywnością. Opisany model oddziaływania powoduje, że dziecko osiąga najwyższe efekty (w zakresie wybranych umiejętności) najmniejszym kosztem, doświadcza sukcesów wiążących się z własną pracą, a to z kolei prowadzi do wzmocnienia poczucia własnej wartości, wiary we własne możliwości i co najważniejsze – przynosi „radość działania”. Duży nacisk kładzie się tu na zrozumienie istoty autyzmu i indywidualnych potrzeb podopiecznego. W pracy terapeutycznej wykorzystywane są pomoce dostosowane do indywidualnych potrzeb danego dziecka. Zachowana jest dbałość o strukturyzację otoczenia, co ułatwia osobom z ASD adaptację do środowiska. Indywidualnie opracowywane programy nauczania, wykorzystujące tzw. profil psychoedukacyjny (dostępne są wersje dla dzieci, młodzieży i dorosłych) uwzględniają wiek, umiejętności, zainteresowania i potrzeby osoby z autyzmem. Ponadto zachowana jest dbałość o ścisłą współpracę z rodziną i placówkami edukacyjnymi, do których dziecko uczęszcza.

Ponieważ osobom dotkniętym autyzmem przysługuje prawo do kształcenia specjalnego, tworzone są ośrodki i placówki, specjalizujące się w terapii i edukacji oraz zawodowej adaptacji tych pacjentów. Coraz częściej wyżej funkcjonujące osoby ze spektrum autystycznego zaczynają być włączane do zespołów integracyjnych w powszechnie działających systemach edukacji. Profesjonalne przeszkolenie nauczycieli, którzy będą mogli efektywnie pracować z osobami autystycznymi, staje się tym ważniejsze, że – jak wskazują prowadzone badania epidemiologiczne – liczba osób z omawianą dysfunkcją stale rośnie. O ile w latach 1980-90 odnotowywano 4 przypadki na 10.000 osób, to dane z 2012 roku mówią już o 60-100 na 10.000 (DiCicco-Bloom i wsp., 2006, Duchan, Patel, 2012). Wypada przy tym zaznaczyć, iż znaczące zwiększenie liczby diagnozowanych jako ASD ma kilka przyczyn. Należą do nich między innymi przemiany w świadomości rodziców, przemiany

w dostępności do informacji, zwiększenie zainteresowania i rozpowszechnianie informacji na temat autyzmu w mediach, wzrost kompetencji diagnostycznych specjalistów oraz dokonania wynikające z rozwoju nauki. Nie zmienia to jednak faktu, iż większość nauczycieli szkół zarówno masowych, jak i o profilowanym charakterze, stanie wobec konieczności „zmagania się” z osobą autystyczną. Przyczynia się do tego postępująca ewolucja koncepcji autyzmu i zmiany kryteriów rozpoznania, stanowiące istotny element zmian postaw i świadomości społecznej.

#### **4. Etiologia ASD**

Istnieją liczne hipotezy na temat przyczyn autyzmu. W okresie fascynacji psychoanalizą Bruno Bettelheim (1967) opublikował pracę, w której dowodził, że istota zaburzeń autystycznych tkwi w destrukcyjnym charakterze czy postawach matek, które określił mianem „zimnych”. Przez krótki czas poglądy głoszone przez Bettelheima ulegały rozpowszechnianiu, z krzywdą dla samych matek, zwłaszcza tych, które starając się powściągać własne emocje w kontaktach z profesjonalistami poszukiwały pomocy dla własnego dziecka. Dzisiaj teorię tę prezentuje się jako ciekawostkę lub dowód na brak właściwej postawy badawczej w dociekaniu do sedna sprawy.

W latach 90-tych XX wieku pojawiła się koncepcja, zakładająca związek między szczepieniami a autyzmem. Jej autorzy w artykule opublikowanym w jednym z najważniejszych czasopism naukowych – Lancet, dowodzili szkodliwego wpływu szczepionek na rozwój dzieci. Kojarzyli działanie szczepień profilaktycznych, m.in. przeciw różyczce z możliwością wystąpienia ubocznych skutków w postaci właśnie autyzmu (Wakefield, 1998; Deer, 2011). Badacze opierali swoje wywody na niepotwierdzonych danych. Dlatego ostatecznie treść publikacji została zakwestionowana i po raz pierwszy i jak dotychczas jedyny, redakcja czasopisma zdecydowała się na usunięcie artykułu z archiwów czasopisma, publikując przy tym jego negatywną recenzję. Dodać

należy, iż skutkiem rozpowszechnienia owej publikacji było podejmowanie przez wielu rodziców decyzji o zaniechaniu szczepień dziecka, co oczywiście prowadziło do powikłań zdrowotnych i rozwojowych. Obecnie trudno jest wskazać na jedną wiodącą teorię, wyjaśniającą mechanizm i istotę ASD. Większość badaczy skłania się jednak ku stanowisku, uwzględniającemu neurologiczne przyczyny zaistniałych dysfunkcji.

Refleksje uzdolnionej osoby z zespołem Aspergera, Temple Grandin (i wsp. 2005), skłoniły grupę badaczy do podjęcia dyskusji, czy zwierzęta są autystycznymi sawantami (Are Animals Autistic Savants - Vallortigara, Snyder, Kaplan, Bateson, Clayton, i inni 2008). Doszukiwano się również analogii między niektórymi aspektami zachowań osób autystycznych, a zachowaniami zwierząt. W konkluzji autorzy stwierdzili, iż możliwym jest, że w autyzmie mamy do czynienia z brakiem hamowania korowego (top – down), co nadaje zachowaniu charakter impulsywny: Wyłącza to wprawdzie kontrolę emocji i działań prowadząc do labilności i impulsywności, jednak z drugiej strony umożliwia stosowanie niekonwencjonalnych („genialnych”) rozwiązań nietypowych problemów (Dorfman, Szames, Kihlstrom, 1996, Gabora, 2002). Badacze ci uważają, iż następstwem braku hamowania korowego jest „uprzywilejowany” dostęp do niższego (nieuświadomianego, zautomatyzowanego) poziomu przetwarzania informacji, zanim zostaną one przetworzone w skrypty. Podkreślają przy tym, że owa „skryptowa aktywność” stanowi podstawowy mechanizm przeciętnej aktywności społecznej. Brak tego mechanizmu stanowi przyczynę pojawiania się zespołu ASD.

Obecnie jedną z obiecujących wydaje się być teoria sieci aktywności standardowej (default mode network – DMN) autorstwa Markusa Raichle (2010). Badacz ten zakłada, iż większość działań świadomych związanych z wolnym potencjałem korowym (SCP – slow cortical potentials) jest odchyleniem od poziomu aktywności standardowej (DMN). Sieć aktywności standardowej (DMN) jest odpowiedzialna (prawdopodobnie) za koordynację



przechowywania i przywoływania wspomnień, działania podsystemów wymagających wstępnego wprowadzenia w stan gotowości, synchronizację pracy poszczególnych części mózgu (por. też Kaczmarek, 2012). Badania wskazują na to, iż u pacjentów z chorobą Alzheimera, depresją, autyzmem, schizofrenią połączenia neuronalne są zmienione w kierunku nasilenia aktywności DMN.

Mimo wielu prowadzonych badań zaburzenia autystyczne ciągle osnute są tajemnicą. Niezależnie jednak od postępów neuronauk jedno wydaje się być pewne. Za jakość życia osób autystycznych odpowiedzialne jest całe społeczeństwo i wszystkie systemy, zarówno zdrowotne jak i edukacyjne. Ponieważ wiele zależy od sytuacji, w jakiej znajdzie się dziecko autystyczne, należy pacjentom z ASD życzyć szczęścia w napotkaniu odpowiedniego splotu okoliczności diagnostyczno-terapeutyczno-edukacyjnych.

## Literatura

1. Asperger, H. (1944). "Die" Autistischen Psychopathen "im Kindesalter" *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 117, 132-135.
2. Asperger, H. (1979). Problems of infantile autism. *Communication*, 13, 45-52.
3. Autism from comparison infants. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 37, 108
4. Bettelheim, B. (1967). *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. New York: The Free Press.
5. Bosch, G. (1962). *Infantile Autism*. New York: Springer-Verlag.
6. Chick, J., Waterhouse, L., Wolff, S. (1979). Psychological construing in schizoid children grown up. *British Journal of Psychiatry* 135, 425-430.
7. De Sanctis, S. (1908). Dementia praecocissima catatonica oder Katatonie des fruheren Kindesalters? *Folia Neurobiologica* 2, 9-12.

8. DiCicco-Bloom, E., Lord, C., Zwaigenbaum, L., Courchesne, E., Dager, S.R., Schmitz, Ch., Schultz, R.T., Crawley, J., Young, L.J. (2006). *The Developmental Neurobiology of Autism*
9. Dorfman, J., Shames, V. A., Kihlstrom, J. F. (1996). Intuition, incubation, and insight: Implicit cognition in problem solving. (W:) G. Underwood (red.), *Implicit cognition*. (257-296). Oxford: Oxford University Press.
10. Down, J.L.H. (1887). *On some of the mental affections of childhood and youth*. J&A Churchill. ISBN 0-397-48017-2. OCLC 14771059.
11. *DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis*, <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
12. Duchan E, Patel D.R. (2012). Epidemiology of autism spectrum disorders. *Pediatric Clinics of North America*, 59(1), 27-43, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22284791>
13. Earl, C.J.C. (1934). The primitive catatonic psychosis of idiocy. *British Journal of Medical Psychology* 14, 230-253.
14. Gabora, L. (2002). The beer can theory of creativity. (W:) P. Bentley, D. Corne, (red.) *Creative Evolutionary Systems*. San Francisco: Morgan Kauffman, s.147-161. <https://people.ok.ubc.ca/lgabora/publications.htm>
15. Grandin T., Johnson C. (2005). *Animals in Translation: Using the Mysteries of Autism to Decode Animal Behaviour*. New York: Simon & Schuster.
16. Hastings, R.P., Brown, T. (2002). Behavior Problems of Children With Autism, Parental Self-Efficacy, and Mental Health. *American Journal on Mental Retardation*, . 107 (3), 222-232.
17. Hermelin, B. (2001). *Bright Splinters of the Mind: A personal story of research with autistic savants*. London: Jessica Kingsley Publishers.
18. Hulse, W.C. (1954). Dementia infantilis. *Journal of Nervous and Mental Disease* 119, 471-477.

19. *ICD-10. V rozdział. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, 2000. ISBN 83-85688-25-0.
20. Isaev, D.N., Kagan, V.E. (1974). Autistic syndromes in children and adolescents. *Acta paedopsychiatrica* 40, 182-190.
21. Kaczmarek B.L.J. (2012). *Cudowne krosna umysłu.* Lublin: Wydawnictwo UMCS.
22. Kanner L (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 2, 217-250
23. *Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV-TR.* Wrocław: Urban&Partner, 2000. ISBN 978-83-7609-000-9.
24. Lord, C.; Luyster, R.; Guthrie, W.; Pickles, A. (2012). Patterns of developmental trajectories in toddlers with autism spectrum disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 477-489.
25. Mahler, M.S. (1952). On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses. *Psychoanalytic Study of the Child* 7, 286-305.
26. Merin, N.M., Young, G.S., Ozonoff, S., & Rogers, S.J. (2007). Visual fixation patterns during reciprocal social interaction distinguish a subgroup of 6-month-old infants at risk for.
27. Mnukhin, S.S., Isaev, D.N. (1975). On the organic nature of some forms of schizoid or autistic psychopathy. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 5, 99-108.
28. Moore , V., Goodson, S. (2003). How well does early diagnosis of autism stand the test of time? Follow-up study of children assessed for autism at age 2 and development of an early diagnostic service. *Autism*, 7, 47-63.

29. Pianta RC, Marvin RS, Britner PA, Borowitz KC (1996). Mothers' resolution of their children's diagnosis: Organised patterns of caregiving representations. *Infant Mental Health Journal*; 17:239-256.
30. Pisula, E. (2010). The autistic mind in the light of neuropsychological studies. *Acta Neurobiologiae Experimentalis*, 70, 119-130.
31. Raichle, M. (2010). The Brain's. Dark Energy. <http://www.hboorcca.com/pdf/brain/The%20Brain%27s%20Dark%20Energy%20Scientific%20American%20March%202010.pdf>
32. Rimland B. (1988). Controversies in the treatment of autistic children: Vitamin and drug therapy. *Journal of Child Neurology*, 3, 68-72.
33. Rimland, B. (1978). Savant capabilities of autistic children and their cognitive implications. (W:) G. Serban (red.), *Cognitive defects in the development of mental illness*, (43–55). New York: Brunner/Mazel.
34. Rimland, B. (1978b). Inside the mind of the autistic savant. *Psychology Today*, 8, 68–80.
35. Sacks, O. (1986). *The Man Who Mistook His Wife for a Hat*. London: Picador.
36. Smith, N., Tsimpli, I.M. (1995). *The Mind of a Savant: Language learning and modularity*. Oxford: Blackwell.
37. Spectrum Disorder. *The Journal of Neuroscience*, 26(26), 6897– 6906.
38. Van Krevelen, D.A. (1971). Early infantile autism and autistic psychopathy. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 1, 82-86.

39. Wakefield, A.J., Murch, S.H, Anthony,A., Linnell, J., Casson,D.M., Malik, M., Berelowitz, M., Dhillon, A.P., Thomson., M.A., Harvey, P., Valentine, A., Davies, S.E., Walker-Smith, J.A. (1998). *Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. Lancet*;351:637-41. (artykuł wycofany z inicjatywy Brian Deer w 2011r. z powodu zarzutów o fałszowanie wyników).
40. Wing L (1981). Asperger syndrome: a clinical account. <http://www.mugsy.org/wing2.htm>
41. Wing L (1981). Asperger's syndrome: a clinical account". *Psychological Medicine*. 11 (1): 115–29.
42. Wing, L., Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 9, 11-29.
43. Wolff, S. Chick, J. (1980). Schizoid personality in childhood: a controlled follow-up study. *Psychological Medicine* 10, 85-100.
44. Wolff, S., Barlow, A. (1979). Schizoid personality in childhood: a comparative study of schizoid, autistic and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 20, 29-46.
45. Wolff, S., Chick, J. (1980). Schizoid personality in childhood: a controlled follow-up study. *Psychological Medicine* 10, 85-100.
46. Wygotski, L.S. (1978). Narzędzie i znak w rozwoju dziecka. Warszawa: PWN.
47. Young, G.S., Merin, N., Rogers, S.J., & Ozonoff, S. (2009). Gaze behavior and affect at 6 months: Predicting clinical outcomes and language development in typically developing infants and infants at risk for autism. *Developmental Science*, 12, 798-814.

## **Wychowanie we współczesnej szkole**

*Szczegółowa problematyka cyklu konferencji zaplanowanych w ramach projektu „Praktyki pedagogiczne – kompetentnie, twórczo, przyjemnie” pod wspólnym tytułem „Wychowanie we współczesnej szkole”*

*2011 – Szkoła wolna od przemocy.*

*2012 – Jak sobie radzić z nadpobudliwością psychoruchową uczniów (ADHD) w klasie?*

*2013 – Dysfunkcje jako problem w nauczaniu i wychowaniu dzieci i młodzieży.*

*2014 – Twórcze myślenie i aktywne działanie w szkole.*

## **NOTATKI Z KONFERENCJI**

Biuro Projektu  
„Praktyki pedagogiczne - kompetentnie, twórczo, przyjemnie”,  
Instytut Biologii, Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny  
w Siedlcach

ul. Bolesława Prusa 12 pok. 39,  
08-110 Siedlce,  
tel./fax: (25) 643 13 80,  
[www. praktyki.uph.edu.pl](http://www.praktyki.uph.edu.pl)  
[praktyki@uph.edu.pl](mailto:praktyki@uph.edu.pl)



Egzemplarz bezpłatny