

UNIWERSYTET IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU

# Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Teoria i praktyka

Redakcja naukowa  
BARBARA JANKOWIAK



POZNAŃ 2013

ABSTRACT.. Adam Mickiewicz University Press. Seria, Pp. 000. ISBN 978-83-232-000-0. ISSN 0000-000.  
Text in Polish with a summary in English.

The book presents an approach to teaching a foreign language to students with disabilities by means of integrating individuals into the school environment. Considering the nature of a disability and the character of the learner's special educational needs, foreign language learning is not limited to purely linguistic education (developing linguistic and communicative competencies), but is also an opportunity to obtain therapeutic benefits. Such benefits can be achieved through activities which serve compensatory purposes in relation to limited/impaired communication and use of language, as well as activities that are aimed at developing learners' foreign language learning abilities. The book closes with an analysis of the effectiveness of language learning assessment instruments used as part of lower secondary and upper secondary school-leaving exams, followed by some suggestions concerning value-added assessment in foreign language learning.

, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Filologii Polskiej i Klasycznej, Instytut Filologii Polskiej, ul. Fredry 10, 61-701 Poznań, Poland

Recenzent: prof. dr hab.

Publikacja dofinansowana przez Rektora Uniwersytetu im. Adama  
Mickiewicza w Poznaniu,

© 2013

This edition © Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,  
Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2013

Projekt okładki:

Redaktor: Redaktor techniczny: Dorota

Borowiak

Łamanie tekstu: Eugeniusz Strykowski

ISBN 978-83-232-0000-0

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersytetu IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU UL. FREDRY 10, 61-701  
POZNAŃ [www.press.amu.edu.pl](http://www.press.amu.edu.pl) Sekretariat: tel. 61 829 46 46, faks 61 829 46 47, e-mail: [wyd nauk@amu.edu.pl](mailto:wyd nauk@amu.edu.pl) Dział  
sprzedaży: tel. 61 829 4640, e-mail: [press@amu.edu.pl](mailto:press@amu.edu.pl)

Wydanie I. Ark. wyd. 00,00. Ark. druk. 00,00.

DRUK I OPRAWA: UNI-DRUK s.j., LUBOŃ, UL. PRZEMYSŁOWA 13

## Spis treści

Wprowadzenie .....	7
Cześć I. SOCJOTERAPIA - REFLEKSJE TEORETYCZNE .....	13
AGNIESZKA CYBAL-MICHALSKA, Społeczeństwo globalnej zmiany i kondycja współczesnego człowieka - przyczynek do dyskusji nad ideą <i>homo explorans</i> .....	15
BARBARA JANKOWIAK, EMILIA SOROKO, Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej .....	33
EWA KASPEREK-GOLIMOWSKA, Socjoterapia a zdrowie .....	59
Barbara Jankowiak, Emilia Soroko, Czynniki pomocowe w socjoterapii dzieci i młodzieży - refleksja teoretyczna.....	83
KATARZYNA WASZYŃSKA, Socjoterapeuta: osoba i specjalista. Kompetencje i kwalifikacje socjoterapeuty .....	105
KATARZYNA PONIATOWSKA-LESZCZYŃSKA, Socjoterapia w podejściu psychodynamicznym .....	117
MACIEJ WILK, Diagnoza psychodynamiczna w socjoterapii .....	135
ŁUKASZ D. KACZMAREK, Psychologia pozytywna w socjoterapii: rozwijanie sił charakteru ...	155
IZABELA STANKOWSKA, MAGDALENA ROSZAK, ANITA MACHAJ, Kształtowanie optymizmu młodzieży podlegającej oddziaływaniom socjoterapeutycznym .....	167
Cześć II. Socjoterapia - Praktyka .....	189
MARZENA BUCHNAT, Zastosowanie socjoterapii do pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną .....	191
EWELINA SILECKA, Wybrane konteksty socjoterapii w pracy z jednostkami niedostosowanymi społecznie .....	211
KAROLINA KURYŚ, Grupowa interakcja autobiograficzna - znaczenie socjoterapeutyczne .....	228
ANNA GULCZYŃSKA, Możliwości wykorzystania elementów coachingu w pracy socjoterapeutycznej .....	241

EWELINA FLATOW, Techniki relaksacyjne w socjoterapii - perspektywa uczestnika i terapeuty ..	253
ZBIGNIEW BIELAN, IZABELA STANKOWSKA, Animaloterapia w socjoterapii .....	263
MAJA STAŃKO-KACZMAREK, Zastosowanie metod arteterapeutycznych w socjoterapii dzieci i młodzieży .....	279
KATARZYNA FORECKA-WAŚKO, Muzyka, ruch, przestrzeń w rytmice i rytmikoterapii	295
ALEKSANDRA ZAŁUSTOWICZ, Wizualizacja w socjoterapii .....	315
JOLANTA ENKO, Twórczość w socjoterapii .....	335

## Zastosowanie socjoterapii do pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną

Życie każdego człowieka przebiega w sposób z jednej strony niepowtarzalny, z drugiej przewidywalny. Niepowtarzalny, ponieważ wytyczony poprzez indywidualne cechy osobowości, które są wypadkową jego możliwości, preferencji i doświadczeń. Przewidywalny sposób funkcjonowania, człowieka wiąże się z jego procesem socjalizacji, czyli wdrażaniem go w obowiązujące w danym systemie społecznym normy i zasady. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną z racji swoich ograniczeń rozwojowych mają problemy z pełną socjalizacją. Zakres tych problemów wynika oczywiście ze stopnia niepełnosprawności, jak i jej etiologii, ale zawsze warunkuje potrzebę pomocy w podnoszeniu ich kompetencji społecznych. Kompetencje te możemy podnosić właśnie w drodze socjoterapii.

Wielu autorów różnie interpretuje pojęcie socjoterapii, kładąc nacisk na inne jego elementy. W *Słowniku psychologicznym* odnajdujemy następującą definicję: „Socjoterapia to organizowanie środowiska społecznego pacjenta w tym kierunku, by w możliwie dużym stopniu sprzyjało wyzdrowieniu i utrzymaniu zdrowia psychicznego. Socjoterapia akcentuje znaczenie kontaktów chorego z osobami z jego otoczenia społecznego - inni chorzy, personel medyczny, najbliżsi - dla procesu leczenia” (Szewczuk 1985, s. 274). Przeglądając *Słownik pedagogiczny*, natrafimy na następujące wyjaśnienie terminu: „socjoterapia jest jednym ze sposobów łagodzenia i eliminowania negatywnych norm obyczajów w zachowaniach społecznych bądź społecznie niepożądanych” (Okoń, 1984, s. 278).

Polskie Towarzystwo Psychologiczne wypracowało współczesne podejście do socjoterapii. Zawarte zostało ono w pracy J. Strzemięcznego i uwzględnia prawie wszystkie elementy wymienione w powyższych definicjach. Według niego „socjoterapia polega na celowym stwarzaniu pacjentowi warunków, tj. doświadczeń społecznych, umożliwiających zajście pro

cesu socjoterapeutycznego (zmianę sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne) (...) Socjoterapię określa cel zajęć. Jeśli głównym celem pracy z pacjentami jest stwarzanie im doświadczeń korygujących zaburzenia" (Strzemieczny, 1993, s. 45). Natomiast Z. Sobolewska kładzie nacisk na grupową formę zajęć z dziećmi lub młodzieżą. Zajęcia te ukierunkowane są na realizację celów terapeutycznych, edukacyjnych i rozwojowych. W konsekwencji w pojęciu socjoterapii zawiera się realizacja celów terapeutycznych, edukacyjnych i rozwojowych w toku planowanych spotkań grupowych (Sawicka, 1998, s. 10). Analizując powyższe definicje, nie znajdujemy wielu rozbieżności, można więc podsumować, że istotą socjoterapii jest pomoc osobom cierpiącym lub poszukującym własnej drogi rozwoju społecznego, osobistego lub zawodowego; wyróżniamy zatem jej cele terapeutyczne, edukacyjne i rozwojowe.

Cele terapeutyczne będą pochodną założenia, że trudne zachowania dzieci i młodzieży mają swoje tło psychiczne. Są one wynikiem wcześniej przeżytych lub aktualnych trudnych stanów emocjonalnych czy deprywacji potrzeb. Mogą być również spowodowane brakiem satysfakcji z kontaktów z innymi osobami, dorosłymi czy rówieśnikami, nieumiejętnością wywiązywania się z obowiązków i oczekiwań wykraczających poza możliwości dziecka. Tym przykrym doświadczeniem towarzyszą emocje takie jak poczucie winy, lęk, gniew, niepokój, złość, osamotnienie, które zagrażają rozwojowi tożsamości dziecka. Wpływają na budowanie poczucia własnej wartości, a za tym idzie poczucia bezpieczeństwa i własnej godności. Dziecko uruchamia wówczas mechanizmy obronne, boi się następnych porażek, więc albo się izoluje, nie nawiązując kontaktów społecznych, broniąc się przed własnymi emocjami, albo szuka potwierdzenia swojego poczucia wartości, często uciekając się do zachowań nieakceptowanych społecznie lub nawet szkodliwych dla samego dziecka. Przeżywane sytuacje trudne powodują uogólnienie tego doświadczenia w postaci negatywnych sądów na temat innych osób, sytuacji i samego siebie. To natomiast ujawnia się w zaburzonych relacjach pomiędzy:

- dzieckiem a dorosłymi,
- dzieckiem a rówieśnikami,
- dzieckiem a wykonywanym zadaniem,
- dzieckiem a samym sobą.

Zaburzenia zachowania charakteryzują się: nieadekwatnością, sztywnością reakcji, szkodliwością dla podmiotu i otoczenia oraz negatywnymi emocjami (Sawicka, 1998; Pileccy, 1996).

W związku z powyższym podstawowym zadaniem socjoterapii będzie odreagowanie napięcia emocjonalnego. Nie ma to być ponowne przeżycie trudnej sytuacji, ale poprzez różne formy zajęć grupowych odblokowanie

i rozładowanie nagromadzonego napięcia w atmosferze wzajemnej akceptacji i zrozumienia, z jednoczesnym przeżywaniem pozytywnych emocji. Dopiero po rozładowaniu emocji wprowadzamy działania korekcyjne. Organizowanie doświadczeń korekcyjnych ma na celu gromadzenie nowych pozytywnych doświadczeń, które pozwolą dziecku przebudować obraz samego siebie. Dziecko znajduje się w innej sytuacji, spotyka się z odmienną od dotychczasowej reakcją na siebie i swoje zachowanie, przez co może odkryć swoje mocne i słabe strony, wypróbować nowych sposobów zachowania, co pozwoli mu w przyszłości zbudować bardziej adekwatny obraz swojego „Ja”.

Podsumowując terapeutyczny charakter socjoterapii, polega ona „na organizowaniu takich sytuacji społecznych podczas grupowych spotkań, które:

- dostarczą młodym uczestnikom zajęć doświadczeń korekcyjnych przeciwstawnych doznanyh urazom oraz doświadczeń kompensujących doświadczenia deprawacyjne, hamujące rozwój emocjonalny i społeczny;
- sprzyjać będą odreagowaniu napięć emocjonalnych;
- posłużą aktywnemu uczeniu się nowych umiejętności psychologicznych” (Sawicka, 1998, s. 18).

Działania te będą miały na celu: korektę sądów o rzeczywistości i sobie, korektę postawy wobec siebie, ludzi i świata, kompensowanie „pustki emocjonalnej” - odrzucenia przez rodziców i braku oparcia w nich, kompensowanie braku satysfakcjonujących kontaktów z ludźmi, stwarzanie warunków do „zapominania” doświadczeń stresowych.

Istotą celów edukacyjnych socjoterapii jest poznanie przez dzieci i młodzież różnorodnych zagadnień, pozwalających im lepiej funkcjonować społecznie. Celami takimi mogą być:

- uczenie się rozpoznawania emocji,
- poznawanie mechanizmów uzależnień,
- poznawanie zasad dobrej komunikacji,
- uczenie się wybranych technik pracy umysłowej,
- uczenie się pełnienia określonych ról społecznych. Charakterystyczne dla celów edukacyjnych w socjoterapii jest to, że

dziecko poznaje wiedzę o funkcjonowaniu człowieka - samego siebie („samowiedzę”) i innych. Dziecko znające siebie, mechanizmy nim rządzące i innymi ludźmi w lepszy sposób rozumie otaczający go świat, wskutek czego częściej świadomie podejmuje decyzje, które są obiektywnie dla niego dobre. Doświadcza sukcesów, co powoduje zmiany w jego zachowaniu na tyle pozytywne, że chronią go przed kolejnymi urazami psychicznymi.

Cele rozwojowe są bezpośrednio związane z wiekiem uczestników zajęć. Wynika to oczywiście z odmienności dominujących potrzeb w określonej fazie życia, które mają istotne w niej znaczenie rozwojowe. I tak u dzieci

w wieku przedszkolnym będzie to głównie potrzeba aktywności ruchowej, zabawy, wsparcia ze strony dorosłych, poczucia bezpieczeństwa. W okresie wczesnoszkolnym dominuje potrzeba zdobywania wiedzy, twórczości, kontaktu z rówieśnikami, zaś u młodzieży potrzeba aprobaty społecznej, niezależności i przynależności do grupy, autonomii itd. Programy socjoterapeutyczne powinny być konstruowane w zależności od wieku, potrzeb oraz zainteresowań osób w nich uczestniczących wokół tematów: rodziny, przyjaźni, miłości, czasu wolnego, własnych aspiracji itp. Zajęcia te mają na celu stworzenie takich sytuacji, które pomogą dzieciom uświadomić sobie zarówno własne możliwości, jak i ograniczenia (Sawicka, 1998; Pileccy, 1996).

Osiąganie powyższych celów jest realizowane w ściśle określony sposób, tj. poprzez ustrukturalizowane zajęcia grupowe, składające się z odpowiednio dobranych metod i form pracy. Cykl spotkań tworzy dynamiczną całość podporządkowaną głównemu celowi zajęć, przechodzący przez etapy pracy z grupą. Pierwszym etapem jest tworzenie grupy, mające na celu zapoznanie się uczestników, wspólne określenie celów, norm i reguł, budowanie poczucia bezpieczeństwa i wzajemnego zaufania. Zadaniem tego etapu jest słuchanie grupy oraz wprowadzenie kilku podstawowych norm i zasad dających poczucie bezpieczeństwa, co ułatwia obniżanie napięcia u uczestników zajęć oraz realizację założonych celów. Do określonych standardów zachowań w grupie należą:

- dbałość o bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne członków grupy w formie normy „staramy się być dla siebie życzliwi - nie wyśmiewamy się i nie krytykujemy”,
- zapewnienie, iż każda osoba ma prawo być wysłuchana,
- to, co dzieje się tutaj, pozostaje między nami,
- spotykamy się regularnie i przychodzimy na zajęcia punktualnie,
- zwracamy się do siebie bezpośrednio,
- zajmujemy się tym, co dzieje się tu i teraz, a nie przedtem,
- mówimy o swoich odczuciach, nie opiniach (Sawicka, 1998, s. 20).

Wypracowanie zasad pracy grupy i konsekwentna dbałość o ich przestrzeganie stanowi czytelną informację, czego oczekuje się od uczestników zajęć, co kształtuje grupę, umożliwiając prowadzenie zajęć, a co za tym idzie realizację założonych celów.

Drugi etap, właściwy, polega na realizacji konkretnie zaplanowanych dla danej grupy celów terapeutycznych, edukacyjnych czy rozwojowych, stanowiących istotę programu socjoterapeutycznego. Jest to okres, w którym dzieci osiągnęły już odpowiedni poziom bezpieczeństwa, wzajemnego zaufania i dlatego mogą zostać „przepracowane” wcześniej rozpoznane urazy. Praca grupy skupia się na urazach, ale i na potrzebach danej grupy oraz na ważnych dla niej sprawach.



Trzeci etap dąży do zakończenia funkcjonowania danej grupy w taki sposób, aby dzieci odkryły satysfakcję ze wspólnej pracy, ale również by potrafiły sobie poradzić z poczuciem straty. Uczestnicy cyklu zajęć na koniec powinni otrzymać podsumowanie nabytych umiejętności ze wskazaniem możliwości wykorzystania ich w życiu codziennym. Uczestnicy wzajemnie wymieniają się informacjami zwrotnymi lub drobnymi upominkami, które będą pamiątką po wspólnej pracy.

Każde spotkanie socjoterapeutyczne oprócz etapów, przez które przechodzi grupa, ma swoją ściśle określoną strukturę. Zajęcia rozpoczynają się rytualnym powitaniem i podzieleniem się informacjami na temat wydarzeń, jakie miały miejsce przed zajęciami. Jest to bardzo istotna część zajęć, ponieważ pozwala uczestnikom wyładować emocje, z którymi przychodzą na spotkanie i skupić się na celach pracy danej grupy. W zależności od nastroju grupy zostają przeprowadzone ćwiczenia wyciszające lub energetyzujące, by optymalnie przygotować grupę do właściwej pracy. Istotą tej części jest przeprowadzenie gier, ćwiczeń psychokorekcyjnych, edukacyjnych lub rozwojowych, z pomocą których uczestnicy zdobędą wiedzę lub nowe doświadczenia emocjonalne. Każde ćwiczenie jest omawiane, podsumowywane, by skłaniało do nazywania swoich odczuć, spostrzeżeń, zauważania związków między sytuacjami z zajęć grupowych a codziennym życiem. Zajęcia kończą się wyrażeniem krótkiej podsumowującej opinii i rytualnym pożegnaniem. Stała struktura zajęć jest bardzo istotna w zajęciach socjoterapeutycznych, zwłaszcza z perspektywy osób niepełnosprawnych intelektualnie (Sawicka, 1998; Pileccy, 1996; Corey, Corey, 2002).

Zastosowanie socjoterapii w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną wpisuje się w podstawowe założenia rehabilitacji tych osób. Głównym jej celem jest mianowicie jak najpełniejsze przygotowanie do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, a więc kształtowanie gotowości do podjęcia różnych ról społecznych, tak rodzinnych (w celu osiągnięcia niezależności osobistej), jak i zawodowych (czyli podjęcia pracy i uzyskania ekonomicznej samodzielności). Niestety, u wielu osób z niepełnosprawnością intelektualną możliwość podjęcia takich ról społecznych jest bardzo ograniczona i sprowadza się do kształtowania gotowości do aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym, co oznacza optymalny rozwój umiejętności społecznych, pozwalający na wykonywanie zadań o charakterze społecznym, zgodnym z indywidualnymi możliwościami poszczególnych osób. Nieprawidłowości w funkcjonowaniu społecznym osób z niepełnosprawnością intelektualną próbuje się wyjaśnić poniższymi założeniami (za Pileccy, 1996, s. 197).

1. Pierwsze z nich zakłada, iż osoby z niepełnosprawnością intelektualną, z powodu ograniczonych możliwości rozwojowych, charakteryzują się

niewielką wiedzą społeczną i słabo ukształtowanymi umiejętnościami społecznymi, poprzez co wymagają ciągłego wspierania i rozwijania swoich możliwości społecznych.

2. Po drugie uważa się, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną posiadają odpowiednie kompetencje społeczne, lecz odczuwają lęk przed interakcją społeczną, przez co nie okazują swoich potencjalnych umiejętności. Rozwiązaniem tej sytuacji mogą być treningi mające na celu obniżenie napięcia lękowego i kształtujące stabilność emocjonalną.

3. Trzecie założenie opisuje osoby z niepełnosprawnością intelektualną jako jednostki o niskim poczuciu własnej wartości. Brak pozytywnego obrazu samego siebie, własnej godności nie pozwala na wchodzenie w życie społeczne i dlatego konieczne wydaje się wspieranie kształtowania ich pozytywnej samooceny.

Wszystkie te obszary wsparcia mieszczą się natomiast w założeniach działań socjoterapeutycznych.

Przedstawione wyżej założenia są dość ogólne, na ich zasięg ma z pewnością wpływ zarówno stopień niepełnosprawności, jak i jego etiologia. Trzeba pamiętać, że rozwój emocjonalno-społeczny osób z niepełnosprawnością intelektualną jest determinowany tak czynnikami endogennymi, jak i egzogennymi. Do czynników endogennych możemy zaliczyć: poziom rozwoju dziecka, stan zdrowia, czynniki osobowościowe, na przykład temperament itd. Do czynników egzogennych będziemy zaliczać głównie środowisko rodzinne i wcześniejsze doświadczenia dziecka. W odniesieniu do małego dziecka wcześniejsze doświadczenia społeczne wiążą się tak naprawdę głównie z domem rodzinnym. W wypadku niepełnosprawności intelektualnej szczególnie bierzemy pod uwagę rodziny wieloproblemowe, które pogłębiają trudności rozwojowe swoich dzieci. Środowisko rodzinne jest szczególnie istotne, gdy stopień niepełnosprawności jest niższy. W wypadku głębszej czy głębokiej niepełnosprawności intelektualnej determinujący wpływ na zaburzenia rozwojowe mają czynniki genetyczne lub somatyczne, nie zaś społeczne.

Stopień niepełnosprawności tak naprawdę określa zasób potencjalnych możliwości danej osoby niepełnosprawnej i tym samym wyznacza obszar do pracy socjoterapeutycznej. Osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną mogą w najszerszym zakresie skorzystać z oferty zajęć socjoterapeutycznych, co wynika z ich możliwości i etiologii. Jest to bowiem grupa, gdzie dominującym czynnikiem etiologicznym jest czynnik społeczny - głównie rodziny wieloproblemowe. U tych dzieci problemy emocjonalno-społeczne są dominujące i przeważnie wynikają z negatywnych wzorców środowiska rodzinnego. Uważa się, że gdyby były one wychowywane w rodzinach wydolnych wychowawczo, funkcjonowałyby na poziomie normy lub jej pogra

nicza. Stąd pojawiające się u dzieci trudności poznawcze są przeważnie wynikiem zaniedbań: braku stymulacji czy wczesnej profilaktyki. Natomiast trudności społeczno-emocjonalne są uwarunkowane negatywnymi wzorcami rodziców i ich otoczenia, brakiem reguł zgodnych z oczekiwaniami społecznymi. Często są to rodzice, którzy sami nie zachowują norm społecznych, występują przeciw prawu, nadużywają alkoholu, nie podejmują legalnej pracy (Kościelak, 1989; Kościelska, 1995; Obuchowska, 2003; Twardowski 2003; Wyczesany 2001).

Dzieci z takich rodzin w trakcie zajęć socjoterapeutycznych realizują zarówno cele terapeutyczne, edukacyjne, jak i rozwojowe. Głównym zadaniem socjoterapii jest dostarczenie doświadczeń korekcyjnych przeciwstawnych doznanyemu urazom i sprzyjające odreagowanie nagromadzonych napięć, czyli cel terapeutyczny. Dzieciom z lekką niepełnosprawnością intelektualną, determinowaną czynnikiem społecznym, należy przede wszystkim dostarczyć innych wzorców, odmiennych od tych, które znają. Te nowe doświadczenia mają pokazać im inny sposób funkcjonowania społecznego, skorygować wcześniej postrzegane role społeczne, pomóc w odreagowaniu napięcia emocjonalnego, często wynikającego z lęku przed przemocą. Ma to na celu późniejsze przejście do działań edukacyjnych i uczenia rozpoznawania własnych emocji, radzenia sobie z nimi zgodnie z oczekiwaniami społecznymi, rozwijanie słownictwa, które wraz z odpowiednią postawą w większym stopniu pozwoli nawiązywać pozytywne relacje społeczne. Nabywaniu nowych umiejętności społecznych powinno towarzyszyć doświadczanie sukcesu, które umożliwi budowanie poczucia własnej wartości. To ono daje siłę do przenoszenia nowo nabytych umiejętności w środowisko życia.

Po realizacji celów edukacyjnych dochodzimy do celów rozwojowych, mających pomóc uczestnikom zajęć uświadomić sobie swoje możliwości i ograniczenia, opracować strategię jak najbardziej korzystnego dla ich rozwoju oraz funkcjonowania w różnych sytuacjach społecznych. Jednak praca z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną, pochodzącymi z trudnych środowisk, nie jest łatwa. Nawet jeśli dziecko systematycznie uczestniczy w zajęciach socjoterapeutycznych (co w tej grupie dzieci jest rzadkie), wraca po nich do własnego środowiska, które nie podejmuje współpracy z terapeutą, nie wzmacnia wysiłku dziecka, często nawet go ośmiesza i deprecjonuje. Ponadto dostarcza mu negatywnych przeżyć i wzorców, często zachęcając lub nakazując zachowania niezgodne z przyjętymi normami społecznymi, na przykład kradzieże. Podczas pracy z takimi dziećmi należy mieć na uwadze, by zajęcia socjoterapeutyczne spełniły swoją funkcję, nie zaś doprowadziły do dysonansu poznawczego, a zarazem kryzysu emocjonalnego. Trzeba dobrze przeanalizować, co może stanowić osiągalny cel dla dziecka żyjącego w takim środowisku, podnoszący jego jakość życia.

Druga grupa osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną to dzieci, u których zadziałał czynnik etiologiczny, genetyczny lub somatyczny. Dokonany podział ma pokazać specyfikę funkcjonowania społecznego osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną z uwzględnieniem etiologii, chociaż oczywistym jest, że nie jest on tak jednoznaczny, jak został tu przedstawiony. Pominięte są w nim osoby, u których występują zarówno czynniki genetyczne, somatyczne, jak i środowiskowe, które stanowiłyby pewną kompilację przedstawionych grup. Analizując zastosowanie zajęć socjoterapeutycznych dla grupy dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną, wywołaną czynnikami genetycznymi lub somatycznymi, musimy wziąć pod uwagę specyfikę ich rozwoju. Oceniając ich funkcjonowanie społeczno-emocjonalne, trzeba przedstawić ogólny poziom funkcjonowania poznawczego, który będzie je determinował.

Według Piageta poziom myślenia dziecka z lekką niepełnosprawnością intelektualną nie wychodzi poza poziom myślenia konkretnego. Wskutek tego będzie ono miało problem z definiowaniem pojęć abstrakcyjnych, które w rozwoju społecznym są dominujące, na przykład przyjaźń, normy, role itp. Pojęcia te będą definiowane poprzez konkrety, co znacznie upraszcza ich rozumienie. Ograniczone są też procesy analizowania, syntezy, uogólniania, co powoduje trudności w rozpoznawaniu i przewidywaniu nowych sytuacji i ma przełożenie na zachowania społeczne. Dzieci te dobrze sobie radzą ze znanymi doświadczeniami, nie potrafią jednak tych umiejętności przełożyć na sytuacje nowe, dlatego potrzebują treningu, by w dogodnych warunkach wyćwiczyć nowe zachowania. Na niską umiejętność radzenia sobie z nowymi sytuacjami społecznymi wpływa też spowolnione przetwarzanie informacji, osłabiona przetrutowość myślenia, które znacznie wydłużają czas analizy zastanego stanu rzeczy. Dodatkowymi czynnikami obniżającymi szybkość i trafność działania są: trudności związane z posługiwaniem się wyobraźnią przy rozwiązywaniu nowych problemów, sztywność myślenia, trudności z antycypacją. Brak krytycyzmu przy niepewności własnych sądów i trudnościach w wyrażaniu słownym własnych myśli pogłębiają niskie kompetencje społeczne. Wpływ na to ma również obniżony zakres pamięci, osłabiona kontrola nad uwagą i jej niska przetrutowość, obniżony poziom organizacji czynności percepcyjnych.

Wymienione wyżej czynniki będą miały swoje odzwierciedlenie w funkcjonowaniu społecznym osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Osoby te dobrze radzą sobie ze znanymi sytuacjami społecznymi, a trudności pojawiają się w sytuacjach nowych, kiedy nie potrafią one szybko i często prawidłowo ocenić zastanej sytuacji, a także w sytuacjach dwuznacznych, z podtekstem. W spostrzeganiu i ocenianiu innych osób główny problem wynika z niskich umiejętności uogólniania. Dzieci z lekką niepełnosprawno

ścią intelektualną potrafią scharakteryzować drugą osobę zarówno pod kątem jej cech pozytywnych, jak i negatywnych, ale cechy te nie budują spójnej całości, tylko występują oddzielnie. To utrudnia zrozumienie motywów działania drugiej osoby, odczytywanie jej stanów emocjonalnych. Nieprawidłowe odczytywanie intencji drugiej osoby wpływa negatywnie na nawiązywanie wzajemnych relacji, zakłócają je również trudności związane z realizacją kontrolnej funkcji „Ja”.

Osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną często budują nieadekwatny obraz własnych możliwości, nie potrafią też sprecyzować wszystkich swoich potrzeb; do tego dochodzi osłabiona kontrola emocji i popędów wynikająca z dominacji procesów pobudzania nad hamowaniem. Wszystko to wpływa na nieprawidłowe funkcjonowanie kontrolnej struktury własnego „Ja”, co bezpośrednio obniża kompetencje społeczne. Tu wspomnieć należy o jeszcze jednym czynniku, mającym wpływ w tym zakresie, a mianowicie mowie. Jest ona uboga leksykalnie, ale także często utrudnione jest jej zrozumienie przez występujące agramatyzmy i wady wymowy. Wypowiedź oparta jest na konkretnym przekazie, z wykorzystaniem prostych konstrukcji składniowych, opartych na rzeczownikach i czasownikach (Bogdanowicz, 1991; Kirejczyk, 1981; Kościelak, 1989; Obuchowska, 2003; Wyczesany, 2001).

Wszystkie omówione wcześniej cechy osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną wpływają negatywnie na rozwój kompetencji społecznych, dlatego nieodzownym elementem pracy rehabilitacyjnej jest praca w obszarze społeczno-emocjonalnym. Zajęcia socjoterapeutyczne oparte są głównie na celach edukacyjnych i rozwojowych. Cele terapeutyczne są oczywiście realizowane, ale w znacznie mniejszym stopniu i dotyczą głównie obszaru budowania poczucia własnej wartości, przepracowania sytuacji związanych z często doświadczanymi porażkami, negatywnymi doświadczeniami społecznymi, na przykład odrzuceniem, wyśmiewaniem, upokorzeniem itd. Natomiast cele edukacyjne mogą być szeroko rozbudowane i dotyczyć następujących obszarów:

- emocji,
- poczucia własnej wartości,
- komunikacji,
- rozumienia sytuacji społecznych, ról społecznych,
- zachowania prospołeczne.

W obszarze emocji z dziećmi niepełnosprawnymi mamy bardzo dużo do zrobienia, počawszy od nauczenia ich rozpoznawania własnych emocji, czyli zapoznania z różnymi emocjami, nazwania ich, następnie pokazania różnych sposobów ich wyrażania, by dojść do prawidłowej identyfikacji u siebie własnych emocji, uświadomienia specyfiki ich wyrażania, związa

nych z tym zasobów i ograniczeń. Po procesie uświadomienia sobie własnej emocjonalności następuje etap kształcenia mechanizmów radzenia sobie z nimi, najpierw w sytuacjach powtarzalnych, później w sytuacjach tzw. trudnych. Kształcenie umiejętności wyrażania swoich emocji w sposób akceptowany społecznie w sytuacjach przewidywanych zaczyna się od pokazania dziecku dopuszczalnych sposobów ich okazywania. Często jest dla dzieci zaskakujące, że powinny okazywać wszystkie emocje nawet te, które są postrzegane społecznie w sposób negatywny. Nieokazywanie tzw. niechcianych emocji wywołuje tylko frustrację i ich nagromadzenie, co potęguje ich zakłócający wpływ na funkcjonowanie jednostki (Obuchowska, 2001). Wspólne wypracowanie z dzieckiem takiego sposobu okazywania emocji, by został on wprowadzony w wewnętrzny mechanizm regulujący samego dziecka oraz był akceptowany społecznie jest trudne, ponieważ wymaga znalezienia indywidualnego rozwiązania zgodnego z potrzebami i możliwościami każdego dziecka.

Często wypracowywane sposoby zmieniają się wraz z wiekiem, ale sama procedura zawsze pozostaje niezmienną. Nie jest istotne, czy dziecko odczuwając złość, wyciąga np. wycieraczkę „tupaczkę”, na której wyładowuje swoje emocje, wydmuchuje złość w balon czy rysuje ją na kartce, istotna jest sama umiejętność rozpoznania, nazywania przeżywanej emocji i wyrażenia jej w sposób akceptowany społecznie. Często początkowe strategie zmieniają się wraz z wiekiem, w końcu niewiele osób dorosłych ze złości tupie na wycieraczkach, co jest adekwatną alternatywą wyniesionych z dzieciństwa sposobów radzenia sobie z emocjami. Jeżeli dziecko radzi sobie z emocjami w sytuacjach przewidywalnych, powtarzalnych, przygotowujemy je do radzenia sobie z emocjami w sytuacjach trudnych. Nie jest to oczywiście w pełni możliwe do zrealizowania, ponieważ przez sytuacje trudne rozumiemy sytuacje nieprzewidywalne, dlatego celem socjoterapii w tym zakresie jest wyuczenie podstawowych umiejętności radzenia sobie w nich. W wypadku omawianej grupy dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną dodatkowy problem stanowi zdefiniowanie samej sytuacji, która jest abstrakcyjna, a jak już wcześniej wspomniano, dzieci te myślą na poziomie konkretnym. Toteż sytuacje trudne muszą zostać sprowadzone do konkretnych przykładów, co w znacznym stopniu zuboża omawiany kontekst owej sytuacji. Jednak praca, nawet w ograniczonym zakresie, zawsze podnosi kompetencje społeczne tych dzieci.

Po nauce rozpoznawania i radzenia sobie z własnymi emocjami istotną w kontekście nawiązywania społecznych relacji jest umiejętność empatii. Empatia dzieciom z lekką niepełnosprawnością intelektualną sprawia dużą trudność, często sprowadzają ją do konkretnego, czyli odczytują emocję, jaką okazuje druga osoba, nie analizując przyczyn, kontekstu danej emocji i nie

potrafiąc jej do końca zrozumieć. Dlatego ich zachowanie bywa nieadekwatne do danej sytuacji. Ćwiczenia w zakresie lepszego rozumienia emocji innych osób, adekwatnego na nie reagowania są niezmiernie trudne, bowiem znowu wchodzi w sferę myślenia abstrakcyjnego czy przyczynowo-skutkowego, jednak prowadzenie takich zajęć, nawet na poziomie konkretnym, pozwala dziecku na wypracowanie uogólnień, które na pewno w znacznym stopniu podniosą poziom jego umiejętności empatycznych.

Następny obszar jest związany z samooceną, poczuciem własnej wartości oraz godności. Samoocena i poczucie własnej wartości są związane z samowiedzą, czyli reprezentacją naszego „Ja realnego”, które kształtuje się na podstawie wiedzy o samym sobie, wynikającej z własnej refleksji nad swoimi działaniami, komunikatów odbieranych z otoczenia oraz porównywaniu siebie z innymi osobami, jak i naszego „Ja idealnego”, czyli pożądanego wyobrażenia o nas samych. Osoby z lekką niepełnosprawnością intelektualną mają problem w adekwatnym budowaniu obrazu samego siebie, wynikającym z niższego poziomu funkcjonowania poznawczego, przez co mają ograniczoną świadomość własnych możliwości i ograniczeń, umiejscowienia siebie w przestrzeni społecznej. Na nieadekwatny obraz własnej osoby wpływają często doświadczane porażki, które zaniżają poczucie własnej wartości. W pracy nad tym obszarem istotne są dwa kierunki - z jednej strony budowanie u dziecka adekwatnej oceny własnych możliwości i ograniczeń, z drugiej strony poczucia własnej wartości. Wokół dziecka trzeba zatem stworzyć takie pole doświadczeń, za pomocą którego będzie miało możliwość poznania swoich mocnych i słabych stron. Trzeba je nauczyć analizowania własnych cech, dostarczając mu takich przeżyć, na podstawie których będzie mógł budować wiedzę o samym sobie. Te przeżycia interpretuje się wspólnie, by przekazać dziecku na podstawie jego własnych doświadczeń wiedzę o nim samym. Prawidłowo ukształtowany obraz samego siebie pomaga dziecku dobierać zadania adekwatne do swoich możliwości, co pozwala na osiągnięcie sukcesu i budowanie poczucia własnej wartości.

Kolejny obszar pracy to umiejętności komunikacyjne, które w dużej mierze warunkują kompetencje społeczne. Osobom z lekką niepełnosprawnością intelektualną trudności sprawiają przede wszystkim: niski zasób słownictwa, brak zrozumienia ich mowy, bariery we wchodzeniu w interakcje. Na zajęciach socjoterapeutycznych koncentrujemy się głównie na umiejętności nawiązywania i podtrzymania relacji społecznej, dostarczamy wzorców inicjowania kontaktu, wspieramy dzieci, które przeżywają lęk związany z nawiązaniem nowego kontaktu oraz trenujemy umiejętność kończenia interakcji. Dzieci niepełnosprawne intelektualnie często mają problem z wyczcuciem granicy związanej przykładowo z brakiem czasu czy niechęcią drugiej osoby, co wynika z faktu, że takie komunikaty nie są wysyłane w sposób

jednoznaczny, tylko przeważnie stanowią podtekst danej wypowiedzi czy zachowania, to zaś jest dla nich mało czytelne. Sprowadzenie zachowań dwuznacznych do konkretnych przykładów i reakcji na nie pozwala dzieciom na lepsze funkcjonowanie społeczne.

Kompetencje komunikacyjne znacznie wzrastają u osób niepełnosprawnych, które wypracowały sobie strategie radzenia z emocjami, mającymi wysokie poczucie własnej wartości; są one wtedy bardziej zrównoważone emocjonalnie, nie wycofują się kontaktów z powodu chęci uniknięcia porażki, mają bardziej adekwatną ocenę własnych możliwości, wskutek czego nie przeżywają dysonansu pomiędzy realnymi możliwościami a postrzeganiem własnych planów.

Dalsza praca socjoterapeutyczna polega na wprowadzaniu w coraz to nowe role społeczne, analizowaniu różnych kontekstów sytuacji społecznych i kształtowaniu postaw prospołecznych, ze szczególnym uwzględnieniem aktywnego w ramach swoich możliwości samodzielnego uczestnictwa w życiu społecznym. Na tym poziomie cele edukacyjne zaczynają się wzajemnie uzupełniać z celami rozwojowymi.

W pracy z dziećmi z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną wyróżniamy też inne cele socjoterapii, wynikające głównie ze specyfiki ich funkcjonowania. W wypadku tych dzieci bierzemy głównie pod uwagę ich możliwości rozwojowe, nie zaś etiologię. Na tym poziomie niepełnosprawności intelektualnej mamy zawsze do czynienia z czynnikami genetycznymi lub somatycznymi, natomiast czynnik środowiskowy może oczywiście pogłębiać zaburzenia rozwojowe, ale nie samodzielnie je wywoływać, przez co grupa ta jest bardziej jednolita pod kątem możliwości rozwojowych niż grupa dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną.

Zaburzenia funkcjonowania społecznego będą pochodną ich ograniczonych możliwości poznawczych. Poziom myślenia nie wychodzi poza myślenie konkretne, od inteligencji przedstawieniowej (znaczną niepełnosprawność intelektualną) po wykorzystanie w myśleniu symboli (umiarkowana niepełnosprawność intelektualna). Myślenie w związku z tym charakteryzuje się organizacją informacji na poziomie konkretnym, które są definiowane przez użytek lub w ogóle nie są definiowane. Właściwości rzeczy, jak na przykład kształt, są uznawane za integralne ich cechy. Klasyfikacja elementów jest na poziomie pary lub użyteczności, np. noga - but, przybory do jedzenia. Osoby ze znaczną niepełnosprawnością potrafią dokonać antycypacji, przewidzieć konsekwencje sytuacji, których wielokrotnie doświadczyły. Natomiast dzieci z umiarkowaną niepełnosprawnością rozszerzają zakres tych umiejętności o sytuacje znane z przekazu społecznego, podobne do tych, jakich same doświadczyły. Często popełniają też błędy hipergeneralizacji lub hipogeneralizacji. Spostrzeganie jest bardzo ogólne, niedokładne,



o małym zakresie i zwolnionym tempie. Pojawiają się trudności w nadawaniu znaczenia, odróżnieniu szczegółów istotnych od nieistotnych, zauważaniu związków pomiędzy elementami. Spostrzeganie opiera się głównie na najprostszych zmysłach, takich jak: dotykowy, węchowy, smakowy, proprioceptywny czy przedsionkowy, natomiast praca złożonych analizatorów (słuchowego i wzrokowego) jest poważnie zakłócona. Występują też problemy z łączeniem doznań pochodzących z różnych zmysłów.

Pomimo występujących ograniczeń, które nasilają się u osób ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną, spostrzeganie nadal pozostaje wiodącym procesem poznawczym. Dominuje uwaga mimowolna, uwaga dowolna może być wywołana, ale u osób z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną. Występują trudności ze skupieniem uwagi. Często bodźcem, który wywołuje uwagę, jest bodziec najsilniejszy, nie zaś najważniejszy, jej utrzymanie wymaga interwencji z zewnątrz. Duża rozpraszalność uwagi zarówno na czynniki zewnętrzne, jak i wewnętrzne jeszcze bardziej utrudnia proces jej utrzymywania, brak jej podzielności.

Zakres pamięci u osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną jest znacznie zawężony. Dominuje pamięć motoryczna, dotycząca wykonywania powtarzalnych czynności w wypadku osób ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną, odnosząca się przeważnie do czynności życia codziennego. Występuje mała trwałość pamięci związanej z wiedzą, która nie ma bezpośredniego zastosowania w życiu codziennym oraz problemy z pamięcią bezpośrednią.

U osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną pojawiają się duże trudności w porozumiewaniu się słownym, spontaniczne wykorzystywanie pozawerbalnej komunikacji przez gest, przedmiot, dlatego coraz większe znacznie odgrywa komunikacja alternatywna (choć trzeba pamiętać, że jest ona dostępna dla dzieci, które osiągnęły w rozwoju poziom myślenia wyobrażeń przedoperacyjnych, co nie zawsze jest możliwe w odniesieniu do tych ze znaczną niepełnosprawnością). Mowa jest głównie rozumiana w sposób symboliczny, nie systemowy, rozpatrywana w kontekście sytuacji wcześniej przeżytych i nie zawsze jest traktowana jako element regulacyjny zachowanie.

Znacznie obniżony zakres możliwości poznawczych warunkuje obniżony zakres funkcjonowania społeczno-emocjonalnego. Ograniczone jest rozumienie sytuacji społecznej - dziecko rozumie głównie sytuacje, których doświadczyło. Inne osoby spostrzega na poziomie egocentrycznym, na podstawie fragmentarycznych informacji, bez uwzględnienia perspektywy owych osób, przede wszystkim zaś z punktu widzenia ich wartości dla samego siebie. Ujawnia jednak wrażliwość emocjonalną, głębokie przywiązanie do bliskich mu osób, umiejętność nawiązywania emocjonalnych związków

ków z innymi ludźmi (u dzieci ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną okazywanie uczuć wyrażane jest w sposób prymitywny). Rozpoznawanie i nazywanie emocji jest przy tym znacznie ograniczone, kontrola własnych emocji i popędów bardzo słaba, przechodząca w zupełny jej brak wraz z obniżonym stopniem niepełnosprawności, przez co nasila się labilność emocjonalna, nieadekwatność emocjonalna i duża wrażliwość na występowanie czynników zakłócających, wywołujących podwyższone napięcie emocjonalne, które może powodować wybuchy płaczu, agresji, lęku czy śmiechu. W zależności od stopnia niepełnosprawności dzieci te wymagają częstej lub stałej pomocy.

Występuje też zróżnicowany stopień samoobsługi, od pełnego zakresu (w podstawowych czynnościach życia codziennego) do niesamodzielności. Często obserwujemy u tych dzieci zjawisko wyuczonej bezradności. Pomimo tych ograniczeń przy odpowiednim wsparciu potrafią podejmować proste zadania społeczne, oparte na współpracy. Osoby z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną są zdolne do podjęcia bardzo prostych zadań zawodowych, polegających na wykonywaniu powtarzalnych czynności pod kontrolą osób dorosłych (Bogdanowicz, 1991; Kirejczyk, 1981; Kościelak, 1989; Lausch-Żuk, 2001, 2003; Wyczesany, 2002).

Zajęcia socjoterapeutyczne przeznaczone dla osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną dotyczą tych samych obszarów co u dzieci ze stopniem lekkim, czyli: emocji, poczucia własnej wartości, komunikacji, rozumienia sytuacji społecznych, ról społecznych, zachowań prospołecznych, tylko mają inny zakres. Często praca nie koncentruje się na wszechstronnym poszerzaniu wiedzy i umiejętności, które w wypadku tych dzieci nie byłyby do osiągnięcia, ale na wybraniu podstawowych umiejętności, które są powtarzane, pokazywane w różnych kontekstach sytuacyjnych, by mogły zostać w pełni utrwalone i wprowadzone w zasób możliwości dziecka. Dlatego głównie w pracy socjoterapeutycznej opieramy się na celach edukacyjnych i rozwojowych.

Praca nad emocjami jest bardziej skoncentrowana na poznaniu podstawowych emocji. Często są one znane jedynie z nazwy, bez możliwości zrozumienia ich istoty i zidentyfikowania ich u siebie - nie oznacza to jednak, że wszystkie dzieci nie mają zasobów pozwalających im je opanować, jest jednak duża różnica w potencjale rozwojowym dzieci z umiarkowaną a znaczną niepełnosprawnością intelektualną. W każdym wypadku zajęcia socjoterapeutyczne mają jednak w najbardziej optymalny sposób podnieść kompetencje emocjonalne dzieci. Rozpoznawanie u siebie emocji, chociażby sprowadzonych do przykładowych dwóch czy trzech sytuacji konkretnych, podnosi jakość ich życia, świadomość własnych potrzeb i możliwość samostanowienia. Znajomość i rozpoznawanie emocji ma pomóc przede wszystkim

kim w panowaniu nad własnymi emocjami i popędami. Jak wspomniano powyżej, nie jest to w pełni możliwe, dlatego celem jest rozszerzanie gamy pewnych konkretnych pożądaných zachowań, które są przypisane danym stanom emocjonalnym oraz pogłębianie wiedzy i umiejętności z zakresu nazywania, rozpoznawania i możliwego radzenia sobie z emocjami. Proces ten jest bardzo żmudny i wymaga wielokrotnego, a czasem wieloletniego powtarzania wzorców sytuacyjnych.

W zakresie podnoszenia kompetencji komunikacyjnych pracujemy w dwóch obszarach: z jednej strony w zakresie podnoszenia zasobu słownictwa, z drugiej umiejętności komunikacji: nadawania komunikatu, jego odbierania i podtrzymywania zachodzącej interakcji. W odniesieniu do poszerzania słownictwa zaznaczmy, iż jest to proces wymagający dużego nakładu systematycznej pracy. Jest on też znacznie zróżnicowany ze względu na odmienne możliwości osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością, ale także z uwagi na sprzężenia, na przykład z mózgowym porażeniem dziecięcym czy głuchotą, które będą w znaczący sposób zmieniać możliwości komunikacyjne. W tej grupie dzieci mamy do czynienia z osobami posługującymi się mową werbalną, układającymi nawet proste zdania oraz osobami posługującymi się monosylabami czy paroma wyrazami, wspomagającymi się komunikacją alternatywną, wreszcie z osobami, które komunikują się tylko za pomocą np. piktogramów lub gestów. W zależności od tych możliwości praca nad rozbudową zasobu słownictwa będzie różna, ale zawsze będzie miała na celu optymalizację możliwości dziecka w tym zakresie.

Z perspektywy wchodzenia w sytuację komunikacyjną jest to również problem złożony, zależny od możliwości rozwojowych dzieci. W przedstawianej grupie będzie on także bardzo zróżnicowany, począwszy od samego inicjowania komunikatu, poprzez nawiązanie kontaktu wzrokowego, po podtrzymywanie kontaktu i jego wydłużanie. Zajęcia socjoterapeutyczne mają jednak na wszystkich tych etapach pomóc wyćwiczyć umiejętności komunikacyjne. Wielokrotne doświadczanie określonej sytuacji pozwala dziecku z niepełnosprawnością intelektualną na zapamiętanie, ale przede wszystkim na odczucie sukcesu, który będzie budował jego poczucie własnej wartości, co jest niezbędne w inicjowaniu komunikatu (Smyczek, Szwiec, 2001).

Rozumienie sytuacji społecznych, wchodzenie w role społeczne czy budowanie zachowań prospołecznych jest sprowadzone w pracy socjoterapeutycznej z osobami z głębszą niepełnosprawnością intelektualną do sytuacji konkretnych i bardzo typowych, powszechnych. Istotny jest tutaj właśnie dobór sytuacji, które mamy przepracować z dziećmi. Musimy mieć świadomość, że znaczne ograniczenia rozwojowe tych dzieci nie pozwalają na wszechstronne opanowanie kontekstu społecznego, dlatego dokonując wyboru, należy zwłaszcza przeanalizować, czy dana sytuacja jest naprawdę

ważna i przydatna osobie niepełnosprawnej, czy z jej perspektyw zmienia jakość życia, np. umiejętność kupowania (nieraz tylko wybierania) lodów czy mięsa?

Największe jednak znaczenie w zajęciach socjoterapeutycznych, przeznaczonych dla osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, ma przebywanie w grupie i doświadczanie w niej sukcesu. Należy pamiętać, że dzieci te rzadko uczestniczą w zajęciach grupowych, większość z nich poza szkołą nie ma kontaktów z grupą rówieśniczą, a część ma przyznane nauczanie indywidualne, co w ogóle izoluje je od przebywania w grupie. Dlatego zajęcia socjoterapeutyczne są nieraz jedyną okazją do bycia z rówieśnikami i to już stanowi pozytywny ich efekt. Doświadczanie sukcesu, oprócz oczywistego podnoszenia poziomu umiejętności, w których ten sukces osiągnęły, stanowi przede wszystkim podstawę budowania poczucia własnej wartości, która pozwala dziecku tworzyć własną autonomię. To wspieranie własnej godności i autonomii dziecka stanowi właśnie główny cel zajęć socjoterapeutycznych przeznaczonych dla osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną.

Socjoterapia może być prowadzona również dla osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Jej istota zmienia się tu ze względu na możliwości rozwoju tych osób, chociaż podstawowe założenia pozostają takie same. W większości wypadków mamy jednak do czynienia tylko z elementami socjoterapii, nie zaś z pełnymi klasycznymi zajęciami prowadzonymi tą metodą.

Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną mogą osiągnąć poziom myślenia sensomotorycznego. W zależności od indywidualnych możliwości rozwojowych mogą opanować następujące stadia według Piageta (Bee, 2004; Wadsworth, 1998; Piszczek, 2007):

- stadium pierwsze - asymilowanie bodźców z otoczenia za pośrednictwem odruchów,
- stadium drugie - początki koordynacji, pierwotne reakcje okrężne,
- stadium trzecie - chwytanie i manipulowanie przedmiotami, wtórna reakcja okrężna,
- stadium czwarte - odróżnianie środków od celów, łączenie dwóch czynności, częściowo ukształtowane pojęcie stałego przedmiotu,
- stadium piąte - relacje kołowe trzeciego rzędu, rozwijanie nowych sposobów osiągnięcia celów - eksperymentowanie
- stadium szóste - początki reprezentacji myślowej, początki inteligencji przedstawieniowej, w pełni ukształtowane pojęcie stałego przedmiotu.

U osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną konkretne właściwości bodźca wywołują konkretne reakcje, czyli nie mają tutaj znaczenia potrzeby, motywy czy kontekst sytuacyjny (tzw. monokonkretny poziom

organizacji informacji). Czasami odruch orientacyjny nie przekształca się w odruch badawczy. Myślenie związane jest z subiektywnym doświadczaniem. Wiedza o świecie ogranicza się do podstawowych elementów najbliższego otoczenia. W porządkowaniu jej dominuje oparcie się na odczuciach emocjonalnych (przyjemne, nieprzyjemne), często błędne ujmowanie powiązań pomiędzy przedmiotami, niezdolność do przewidywania konsekwencji czy planowania działań. Poznanie jest wyłącznie całościowe.

Podstawową formą zachowania są reakcje okrężne, czyli powtarzanie w zależności od możliwości: pierwotne (powtarzanie czynności z wykorzystaniem własnego ciała), wtórne (powtarzanie czynności z wykorzystaniem przedmiotu) oraz trzeciego rzędu (powtarzanie czynności z wykorzystaniem przedmiotu, za każdym razem realizowane w odmienny sposób).

Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną spostrzegają niektóre wrażenia głównie związane ze zmysłami bliskimi. Bardzo ograniczona jest zdolność rozpoznawania, różnicowania i interpretowania bodźców. Czasem występują u nich sensoryzmy, czyli tendencje do preferowania lub unikania pewnych bodźców. Pojawiają się zaburzenia integracji sensorycznej oraz nieprawidłowości na wszystkich piętrach analizatorów. Mają one także niski próg tolerancji na nadmiar bodźców. Uwaga jest mimowolna, z zaznaczającym się brakiem kontroli nad nią. Czasem nie występuje odruch orientacyjny lub funkcjonuje nieprawidłowo, przykładowo odruchy pojawiają się z opóźnieniem, bywają słabe i szybko wygasają lub zbyt silne i wygasają z dużym trudem. Pamięć w znikomym zakresie dotyczy prostych czynności ruchowych (motoryczna), rozpoznawania powtarzających się bodźców (percepcyjna), emocjonalnego znaczenia bodźców (emocjonalna). U niektórych osób rozwija się pamięć proceduralna odnosząca się do prostych czynności.

Pod kątem funkcjonowania motorycznego osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną wykazują duże ograniczenia w zakresie sprawności motorycznej i opóźnienia w opanowaniu czynności motorycznych. Jednak zakres tych opóźnień i ograniczeń jest skorelowany ze sprzężeniami, np. z mózgowym porażeniem dziecięcym i wynikającymi z nich dalszymi ograniczeniami dla rozwoju fizycznego.

Poziom komunikowania jest bardzo niski. Mowa może być w ogóle niewykształcona, czasami mamy do czynienia z opanowaniem pojedynczych wyrazów lub monosylab. Rozumienie mowy jest najczęściej na poziomie wyrazu lub prostego zdania. Komunikacja odbywa się zazwyczaj na poziomie kontaktu wzrokowego (choć czasami występują trudności w nawiązywaniu kontaktu wzrokowego i skupianiu uwagi wzrokowej na twarzy) lub ekspresji, jak wymiana spojrzenia, gestu, uderzenie, pokazywanie, krzyk itp., wyjątkowo z wykorzystaniem metod komunikacji alternatywnej (tylko

w zakresie gestów, symbole graficzne są niedostępne). Trudności komunikacyjne mogą stanowić źródło zachowań agresywnych czy autoagresywnych i powodować, że funkcjonowanie społeczne jest znacznie ograniczone mimo występującej potrzeby kontaktów społecznych. Osoby te rozumieją proste, powtarzające się sytuacje społeczne, dotyczące głównie zabezpieczania ich potrzeb (np. jedzenia).

Ograniczona samodzielność lub nieraz jej brak w zakresie samoobsługi czy załatwiania potrzeb fizjologicznych oraz prawie całkowity brak czynności regulacyjnych wpływają na trudności w kształtowaniu poczucia własnej autonomii. Brak lub niska świadomość własnych emocji powoduje brak kontroli nad emocjami i popędami (Bogdanowicz, 1991; Kirejczyk, 1981; Koście-lak, 1989; Lausch-Żuk, 2001; Piszczek, 2006; Piszczek, 2007).

Możliwości rozwoju dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, które zostały przedstawione wyżej, znacznie zawężają możliwości zastosowania socjoterapii, co nie oznacza, że nie jest ona w ogóle prowadzona. W ramach zajęć socjoterapeutycznych z tą grupą dzieci, są realizowane głównie cele rozwojowe lub edukacyjne. Faktycznie w większości wypadków usprawnienie osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną przebiega w diadzie terapeuta - dziecko, co z jednej strony zwiększa efektywność działań, z drugiej, niemożliwia kontakty społeczne.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że osoby z głęboką niepełnosprawnością większość swojego życia spędzają w domu (wiąże się to często z brakiem możliwości przemieszczania się, ale nie zawsze), kontaktując się jedynie w ciągu życia z paroma osobami: rodzicami, terapeutą, lekarzem, najbliższą rodziną. Zajęcia o charakterze socjoterapeutycznym dają im możliwość chociażby przebywania w gronie rówieśników. Oczywiście, trudno tu nieraz mówić o nawiązywaniu relacji, chociaż nie zawsze potrafimy to obiektywnie ocenić. Fakt, że osoba nie mówi, nie kontaktuje się za pomocą gestu czy wzroku, nie oznacza jeszcze, że nie odczuwa bliskości innych osób, że nie wzbudzają u niej zaciekawienia i nie wpływa to pozytywnie na jej rozwój. W pracy z osobami z głęboką niepełnosprawnością intelektualną powinniśmy działać, wychodząc naprzeciw ich potrzebom, bez czekania na efekt, bo ten może, ale nie musi się pojawić (lub może zostać niezauważony). Istotną staje się też odpowiednia obserwacja podjętych działań, by móc obiektywnie ocenić ich efekty, które mogą być zauważalne nieraz po bardzo długim czasie (Kielin, 1999). Jednego możemy jednak być pewni - możliwość bycia w grupie jest dla tych dzieci swoistym wydarzeniem, które na pewno nie pozostaje bez znaczenia dla ich rozwoju.

W odniesieniu do pracy z dziećmi o wyższych kompetencjach rozwojowych w ramach tego stopnia niepełnosprawności zajęcia socjoterapeutyczne

stanowią niepowtarzalną możliwość ćwiczenia umiejętności społecznych. Jak zauważyliśmy już wcześniej, dzieci te często pozbawione są kontaktu z rówieśnikami, a bez niego nie da się opanować umiejętności społecznych. Istotą tych zajęć staje się doświadczanie drugiego człowieka, próba nawiązywania z nim kontaktu, odczytywania własnych emocji (oczywiście bez nazywania ich) i na tej podstawie budowanie, poszerzanie wiedzy o samym sobie. Pole doświadczeń, które budują zajęcia socjoterapeutyczne, nie tylko podnosi poziom umiejętności i wiedzy tych dzieci, ale także stanowi okazję do odczuwania radości, satysfakcji, o którą często tak trudno w ich życiu.

Zastosowanie zajęć socjoterapeutycznych w odniesieniu do dzieci z niepełnosprawnością intelektualną jest bardzo szerokie, zależy od stopnia niepełnosprawności, często od jej etiologii oraz sprzężeń z innymi rodzajami niepełnosprawności, które w znaczący sposób zmieniają zakres kompetencji rozwojowych danego dziecka. U dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną realizujemy cele terapeutyczne, edukacyjne i rozwojowe, natomiast w odniesieniu do dzieci z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną głównie skupiamy się na celach edukacyjnych i rozwojowych. Zajęcia socjoterapeutyczne zbiegają się z założeniami pracy z osobami niepełnosprawnymi, których podstawowy celem jest holistyczne wspieranie rozwoju dziecka niepełnosprawnego, by mogło w jak największym wymiarze uczestniczyć w życiu społecznym.

Metodologia prowadzenia socjoterapii przynosi dodatkowe korzyści osobom niepełnosprawnym. Założenie, że zajęcia muszą odbywać się w grupie powoduje, że dzieci z niepełnosprawnością intelektualną mają dodatkową a nieraz jedyną okazję przebywania z rówieśnikami. Trzeba pamiętać, że w polskiej rzeczywistości społecznej osoby z niepełnosprawnością intelektualną są wciąż zamykane w domu. Za sprawą socjoterapii mogą one nie tylko realizować analizowane w tym artykule cele, takie jak rozwijanie umiejętności porozumiewania, rozpoznawania emocji itd., ale także mają okazję do nawiązywania przyjaźni, o którą tak trudno w ich życiu.

Zajęcia te pozwalają doświadczać dziecku, samego siebie, innych osób, nowych zagadnień i sytuacji. Każde doświadczenie stanowi dla dziecka niepełnosprawnego kolejny krok w odkrywaniu wiedzy, która nie zawsze jest przez dorosłych zauważana, ponieważ jest dla nich oczywista. To doświadczanie i odkrywanie jest niezwykle emocjonujące, przez co stanowi dla dziecka źródło radości, zadowolenia, poczucia sprawstwa czy sukcesu, które buduje poczucie własnej wartości i autonomii. I to wspieranie rozwoju autonomii oraz podnoszenie kompetencji społeczno-emocjonalnych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną jest największą wartością, jaką niesie ze sobą socjoterapia.

## LITERATURA

- BEE, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- BOGDANOWICZ, M. (1991). *Psychologia kliniczna dzieci w wieku przedszkolnym*. Warszawa: WSiP.
- COREY, M.S., COREY, G. (2002). *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa: Wyd. IPZ PTP.
- KIELIN, J. (red.) (1999). *Rozwój daje radość*. Gdańsk: GWP.
- KIREJCZYK, K. (red.). *Upośledzenie umysłowe - pedagogika*. Warszawa: PWN.
- KOŚCIELAK, R. (1989). *Psychologiczne podstawy rewalidacji upośledzonych umysłowo*. Warszawa: PWN.
- KOŚCIELSKA, M. (1995). *Oblicza upośledzenia*. Warszawa: PWN.
- LAUSCH-ŻUK, J. (2001). *Pedagogika osób z umiarkowanym, znacznym i głębokim upośledzeniem umysłowym*. W: W. Dykcik (red.). *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wyd. UAM.
- LAUSCH-ŻUK, J. (2003). *Dzieci głębiej upośledzone umysłowo*. W: I. Obuchowska (red.). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- LOVAAS, O.I. (1993). *Nauczanie dzieci niepełnosprawnych umysłowo*. Warszawa: WSiP.
- OBUCHOWSKA, I. (2003). *Dzieci upośledzone umysłowo w stopniu lekkim*. W: I. Obuchowska (red.). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- OBUCHOWSKA, I. (red.) (2001). *Jak sobie radzić z niechcianymi emocjami*. Poznań: Media Rodzina.
- OKOŃ, W. (1984). *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: PWN.
- PILECCY, J., W. (1996). *Kształtowanie umiejętności społecznych*. W: J., W. Pileccy (red.). *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*. Kraków: Wyd. Naukowe WSP.
- PILECCY, J., W. (red.) (1996). *Stymulacja psychoruchowego rozwoju dzieci o obniżonej sprawności umysłowej*. Kraków: Wyd. Naukowe WSP.
- PISZCZEK, M. (2006). *Dziecko, którego rozwój emocjonalno-poznawczy nie przekracza pierwszego roku życia. Diagnoza, zasady terapii i ocena efektów zajęć*. Warszawa: CMPPP.
- PISZCZEK, M. (2007). *Diagnoza i wspomaganie rozwoju dziecka. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: CMPPP.
- SAWICKA, K. (red.) (1999). *Socjoterapia*. Warszawa: CMPPP.
- SIKORSKI, W. (1996). *Psychoterapia jako czynnik wspomagający w praktyce wychowawczej*, „Opieka - Wychowanie - Terapia”, nr 2 (26).
- SMYCZEK, A., SZWIEC, J. (2001). *Metodyka nauczania alternatywnych i wspomagających sposobów porozumiewania się i techniki posługiwania się symbolami*. W: M. Piszczyk (red.). *Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym*. Część I. Warszawa: CMPPP.
- STRZEMIECZNY, J. (1988). *Program zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci ze szkół podstawowych*. Warszawa: Wyd. MEN.
- STRZEMIECZNY, J. (1993). *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: PTP.
- SZEWCUK, W. (red.) (1985). *Słownik psychologiczny*. Warszawa: WP.
- TWARDOWSKI, A. (2003). *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych*. W: I. Obuchowska (red.). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- WADSWORTH, B.J. (1998). *Teoria Piageta. Poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*. Warszawa: WSiP.
- WYCZESANY, J. (2001). *Pedagogika osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*. W: W. Dykcik (red.). *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- WYCZESANY, J. (2002). *Pedagogika upośledzenia umysłowego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- ZBOROWSKI, Z. (1985). *Trening interpersonalny*. Wrocław: Wyd. Ossolineum.